

INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA

| | | | | | | | | | | | | |
|-------------------------|-----------------------------|---------------------------|-----------------|---|-----------------|---|-----------------|---|-----------------|--------|-----------------|---|
| NOMBRE DEL CONTRATISTA: | | BRAVO GRUESO LEIDY STELLA | | | | | | | | 370715 | | |
| TIPO DE DOCUMENTO: | Cedula | No. | 1059449144 | | | | | | | | | |
| CORREO | leidybravo20@hotmail.com | CELULAR | 3203215641 | | | | | | | | | |
| PROCESO: | CONVENIO SED / BIOSEGURIDAD | | | | | | | | | | | |
| SERVICIO: | CONVENIO SED / | | UNIDAD: | | | | Ferias - FER | | | | | |
| CENTRO DE COSTOS | Centro de costo | % | Centro de costo | % | Centro de costo | % | Centro de costo | % | Centro de costo | % | Centro de costo | % |
| | A00 | | | | | | | | | | | |
| BANCO | 13 | | | | TIPO CUENTA | | | | AHORROS | | | |
| NUMERO CUENTA BANCARIA | | 044976186 | | | | | | | | | | |

INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

| | | | | | | | | | | | |
|--------------------------------|-----|-----------|------------|--------------------------|------|-------|------------|--|--|--|--|
| NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA: | | 0191-2025 | | N° DE PAGOS DEL CONTRATO | | | | | | | |
| NÚMERO DE CDP: 1 | 173 | FECHA | 23/01/2025 | NUMERO DE CRP: 1 | 5066 | FECHA | 27/01/2025 | | | | |

| | | | | | | | | | | | |
|---------------------|--|-----|---------------------|------|-------|-----|-----|------|--|--|--|
| OBJETO: | TECNICO O TECNOLOGO EN AREAS DE LA SALUD | | | | | | | | | | |
| PERIODO CERTIFICADO | DESDE | DIA | MES | AÑO | HASTA | DIA | MES | AÑO | | | |
| | | 27 | 01 | 2025 | | 31 | 01 | 2025 | | | |
| TIPO SERVICIOS | Asistencial | | RESERVA DE GLOSA 2% | | | 0 | | | | | |
| VALOR MES | 2,585,577 VALOR LETRAS | | | | | | | | | | |

OBSERVACIONES: (Descuentos, incapacidades, licencias de maternidad y pagos por porcentaje. O cualquier otra novedad que repercute en el pago de honorarios, alivios tributarios) es de anotar que para los alivios tributarios se debe allegar los soportes.

CONTROL DE EJECUCION DEL CONTRATO

| CONCEPTO | VALORES |
|---|-----------|
| VALOR TOTAL DEL CONTRATO MAS ADICIONES: | 2,930,321 |
| VALOR EJECUTADO: | 2,930,321 |
| VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA: | 344,744 |
| TOTAL HORAS CONTRATADAS: | 0 |
| TOTAL HORAS A CERTIFICAR EN EL MES: | |
| VALOR A LIBERAR: | 0 |
| SALDO POR EJECUTAR: | 0 |
| PORCENTAJE DE EJECUCIÓN: | 100.00 % |

El interventor o supervisor del contrato CERTIFICA QUE:

Se verifica el cumplimiento del mínimo valor de los aportes al sistema de seguridad social en salud y pensiones pagado en el mes. Los honorarios inferiores a \$2.271.315, el valor para IBC debe ser sobre un salario mínimo legal vigente.

| PLANILLA | VALOR EPS | VALOR AFP | RIES | VALOR ARL | VALOR CAJA | TOTAL PLANILLA |
|-----------|-----------|-----------|------|-----------|------------|----------------|
| 191202501 | 0 | 0 | 3 | 0 | 0 | 0 |
| | 0 | 0 | | 0 | 0 | |

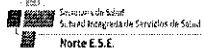
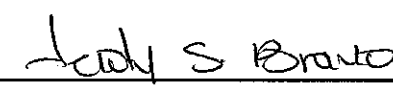
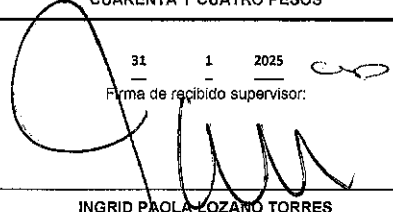
El supervisor del contrato hace constar que los datos e informe de actividades registrados en esta certificación se revisaron y son veraces.

Dado en Bogotá. Lo anterior para que surta el pago pertinente. Cordialmente,

LOZANO TORRES INGRID PAOLA
NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:

Leidy S. Bravo

BRAVO GRUESO LEIDY STELLA
NOMBRE y FIRMA DEL CONTRATISTA

| | | | | | | | |
|---|--|--|-------------------|--|------------------------------|------------|-------------------------------|
|  | | INFORME DE EJECUCIÓN DE CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS | | | CÓDIGO: AP-CT-F-60-03 | | |
| | | SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E. | | | VERSIÓN: 3 | | |
| | | GESTIÓN DE CONTRATACIÓN | | | PÁGINA: 1 DE 1 | | |
| | | | | | FECHA: 19/05/2022 | | |
| ÁREA Y/O SERVICIO: | | DIRECCIÓN DE GESTIÓN DEL RIESGO EN SALUD | | | UNIDAD: | | FERIAS - SALUD PUBLICA |
| No. DE CONTRATO: | 0191-2025 | PERIODO CERTIFICADO | | Día | Mes | Año | Día Mes Año |
| NOMBRE DEL SUPERVISOR: | INGRID PAOLA LOZANO TORRES | | | 27 | 1 | 2025 | 31 1 2025 |
| NOMBRE DEL CONTRATISTA: | LEIDY STELLA BRAVO GRUESO | | | | | | |
| OBJETO DEL CONTRATO: | TECNICO O TECNÓLOGO EN ÁREAS DE LA SALUD | | DOCUMENTO: | 1059449144 | | | |
| TOTAL DE EJECUCIÓN (%) : 100 % | | | | | | | |
| OBLIGACIONES ESPECÍFICAS | | | | ACTIVIDADES REALIZADAS | | | |
| 1.Efectuar, bajo la directriz de la IED asignada, el seguimiento de casos en la IED, correspondientes al brote epidemiológico en articulación con el equipo ERI de la Subred. | | | | Por dinámica de la institución durante el mes de enero no se presentaron casos sospechosos y confirmados de posibles brotes epidemiológicos, motivo por el cual no se realizaron reportes a los correos: emergenciaseri@subrednorte.gov.co y activacionuye@gmail.com | | | |
| 2.Aplicar de manera inmediata el protocolo de la IED para el manejo inicial de cualquier brote epidemiológico según recomendación del grupo ERI de la Subred. | | | | Por dinámica de la Institución durante el mes de enero no se presentaron casos sospechosos y confirmados de posibles brotes epidemiológicos, motivo por el cual no se realizó el proceso de recolección de datos y reporte de inicio de protocolo en la I.E.D. | | | |
| 3.Adelantar acciones pedagógicas con la comunidad educativa (estudiantes, docentes y personal administrativo) para la prevención de enfermedades transmisibles en las sedes de la IED asignada, durante las fechas y horas acordadas previamente con el (la) rector (a) del colegio o su delegado. | | | | Durante el mes de enero frente a las acciones pedagógicas para la prevención de enfermedades transmisibles, se da a conocer a la I.E.D el plan de trabajo a desarrollar, así mismo se realiza la planeación en la ejecución de las actividades a desarrollar de acuerdo con las necesidades de la I.E.D | | | |
| 4.Actuar como apoyo ante situaciones críticas que requieran la intervención del equipo OCE de la SED. | | | | Por dinámica de la institución durante el mes de enero no se reportó al promotor de bienestar situaciones críticas en donde se requiriera la Intervención del mismo con el equipo OCE de la SED | | | |
| 5.Adelantar acciones pedagógicas para la promoción en estilos de vida saludable de acuerdo con el lineamiento específico de la DSE (alimentación saludable, actividad física, accidentalidad escolar y movilidad segura) e implementar las estrategias, acciones y proyectos de la Estrategia de Promoción del Bienestar, en las sedes de la IED asignada, durante las fechas y horas acordadas con el (la) rector (a) del colegio o su delegado. | | | | Durante el mes de enero frente a las acciones pedagógicas para la promoción de estilos de vida saludable, se da a conocer a la I.E.D el plan de trabajo a desarrollar, así mismo se realiza la planeación en la ejecución de las actividades a desarrollar de acuerdo con las necesidades de la I.E.D | | | |
| 6.Apoyar las campañas concertadas que lleve a cabo la SDS en la IED asignada. | | | | Por dinámica de la institución durante el mes de enero no se desarrollaron campañas en la I.E.D que requirieran el apoyo del promotor de bienestar estudiantil | | | |
| 7.Apoyar a los comités de riesgo escolares, movilidad escolar, alimentación, tiendas escolares y convivencia escolares, cuando sean convocados | | | | Por dinámica de la institución durante el mes de enero no se programaron comites, sin embargo se socializa los lineamientos para ser convocados en comites futuros. | | | |
| 8.Apoyar al Comité de gestión de riesgo y emergencias escolares, y a la brigada escolar institucional en la actualización de los Planes Escolares de Gestión del Riesgo, Emergencias y Cambio climático. | | | | Durante el mes de enero se socializan los lineamientos para apoyar al comité de riesgo y emergencias escolares. | | | |
| 9.Actuar como apoyo al primer respondiente en casos de accidentes escolares, conforme a lo establecido en el artículo 131 del Código Penal Colombiano y acorde con lo establecido en la ruta de manejo de accidentes escolares de la SED en coordinación y colaboración con el primer respondiente del colegio. | | | | Conforme a lo establecido en el artículo 131 del Código Penal Colombiano y acorde con lo establecido en la ruta de manejo de accidentes escolares de la SED, se realiza el apoyo al primer respondiente en casos de accidentes escolares que se presentaron dentro de la institución de acuerdo a dinámica y demanda de los mismos, los cuales fueron atendidos en los puntos básicos de primeros auxilios y remitidos según su gravedad al sistema de urgencias 123, todas las atenciones se realizaron bajo el protocolo establecido en la institución, estas atenciones se encuentran registradas en el formato atención diaria primer respondiente correspondiente al mes de enero | | | |
| 10.Realizar el reporte diario de cinco (5) actividades realizadas en la IED | | | | Durante el mes de enero se asistió a la inducción los días 29,30 y 31 en las instalaciones del colegio Floridablanca. | | | |
| 11.Hacer uso semanal y reporte en los aplicativos de la herramienta pedagógica dispuesta por la SED | | | | Se realiza el diligenciamiento y la proyección del planeador de trabajo dispuesto por SED. | | | |
| 12.Presentar informes mensuales de las actividades desarrolladas en el marco del objeto contractual, junto con evidencias de su desarrollo, según las matrices o esquemas solicitados para tal fin. | | | | Por dinámicas de la institución y el desarrollo del convenio durante el mes de enero, se dieron a conocer las actividades a desarrollar del objeto contractual a través del acta de presentación en la I.E.D. | | | |
| 13.Cumplir con asistencia presencial mensual para la entrega de informes y demás gestiones administrativas en la fecha y hora indicada por la subred. | | | | Se asiste de forma presencial a la entrega de informes y gestiones administrativas según dinámica indicada por la Subred Norte para el proceso de revisión y aprobación de informes y productos para el proceso de certificación del periodo del mes de agosto | | | |
| TOTAL A PAGAR (Número y letras): M/CTE (\$) | | \$ 344.744 | | TRESCIENTOS CUARENTA Y CUATRO MIL SETECIENTOS CUARENTA Y CUATRO PESOS | | | |
|  LEIDY STELLA BRAVO GRUESO | | CC. 1.059.449.144 | | 31 1 2025 Firma de recibido supervisor:  INGRID PAOLA LOZANO TORRES | | | |

Nota: Este informe de obligaciones para aprobación estará sujeto a la certificación que expida el supervisor.

94

