CONTRATO No. – 2684-2025
INFORME No. 002 ULTIMO
PERIODO COMPRENDIDO DEL 01 DE ENERO AL 21 DE ENERO DE 2026

NOMBRE DEL CONTRATISTA: DEYSSI ALEXANDRA MILLAN DIAZ
SUPERVISOR DEL CONTRATO: OLGA MIREYA QUINCHE GONZALEZ

DESCRIPCIÓN DE ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN CUMPLIMIENTO DEL OBJETO CONTRATUAL			
No.	**OBLIGACIONES CONTRACTUALES**	**ACTIVIDADES REALIZADAS Y/O PRODUCTOS ENTREGADOS**	**SOPORTES (Describa las evidencias de las actividades realizadas y sitio de conservación de la información)**
1	Participar en las diferentes mesas de trabajo y/o reuniones de carácter misional, en el marco del proceso de los NNAJ o instancias locales y/o distritales a las que sean convocadas, adjuntando su debido soporte para su seguimiento.	1.1 Durante este periodo participe en las diferentes mesas misionales reuniones de carácter misional donde se abordan temas de faltas al manual de convivencia y seguimiento a los jóvenes y mesas misionales.	1.1 La evidencia queda soportada en Formato de registro de asistencia A-GDH-FT-010. La evidencia queda soportada en el One Drive de Componente Psicosocial OBLIGACION 1
2	Proyectar, ejecutar los cronogramas y planes de trabajo formulados por el componente Sicosocial.	2.1 Proyecté y ejecuté cronograma y plan de trabajo formulado por el componente Psicosocial.	2.1 La evidencia queda soportada Planeación del grupo alerta preventiva mediante pantallazos La evidencia queda soportada en el One Drive de Componente Psicosocial. OBLIGACION 2
3	Realizar atención, orientación, acompañamiento, seguimiento, intervenciones individuales y grupales a los NNAJ, familia y/o redes de apoyo durante las diferentes etapas misionales de acuerdo con lo establecido en el manual operativo del componente Sicosocial.	3.1 Durante este periodo Realicé atenciones, orientaciones acompañamientos, intervenciones individuales, familiares y, seguimientos de acuerdo con las necesidades de los adolescentes y jóvenes de la unidad. 3.2 Realice taller grupal con los NNAJ de UPI la 27	3. 1 La evidencia queda soportada formato control de atenciones M-PSS-FT-078 3.2 La evidencia queda soportada formato de Talleres y acciones formativas M-PSS-FT-079 Las evidencias quedan soportadas en el archivo misional de la Unidad y en el One Drive del Componente Psicosocial OBLIGACION 3
4	Realizar la valoración sicosocial, la formulación del plan de atención individual y familiar (PAIF) a los NNAJ en conjunto con el profesional en psicología, en los tiempos establecidos en el manual operativo del Componente Sicosocial	4.1 En este periodo no realice actividades en esta obligación está asignada otra profesional	En este periodo no realice actividades en esta obligación está asignada otra profesional
5	Realizar consulta social en domicilio para menores de edad y en casos especiales para mayores de edad, de acuerdo con los procedimientos e instructivos y manual operativo del Componente Sicosocial.	5.1 En este periodo no realice actividades en esta obligación está asignada otra profesional	En este periodo no realice actividades en esta obligación está asignada otra profesional

6	Realizar acciones interinstitucionales e interinstitucionales cada vez que se requiera, y así mismo, participar en el proceso de semilleros, postulación y vinculación de jóvenes a actividades de corresponsabilidad, a fin de promover la garantía de derechos de la población beneficiaria.	6.1 Durante este mes de Enero realice proceso de postulación a AJ en convenios de corresponsabilidad y CPS de acuerdo a los criterios,	6.1 La evidencia queda soportada formato control de atenciones M-PSS-FT-078 OBLIGACION 6
7	Realizar de manera permanente, eficiente y oportuna el cargue de la información y diligenciar los formatos en su totalidad de todas las acciones implementadas, en el aplicativo misional- SIMI; de acuerdo con los procedimientos, instructivos y manual operativo del Componente Sicosocial	7.1 Realicé de manera oportuna el registro de la información en el sistema de información misional – SIMI durante el mes de enero de 2026 Intervenciones individuales y grupales Atenciones Acciones interinstitucionales Planes de atención individual y familiar	7.1 La evidencia queda soportada Aplicativo SIMI 2.0, Formato control de atenciones M-PSS-FT-078. y formato de Talleres y acciones formativas M-PSS-FT-079 Las evidencias reposan en el One Drive del componente y en SIMI OBLIGACION 7
8	Las demás actividades inherentes al objeto del contrato que sean asignadas por el supervisor donde se requiere el servicio, incluyendo informes y cargue de información en el Secop	8.1 Se cargó de manera oportuna el cargue de evidencias, creación de factura de los 30 días de enero e informe de actividades.	8.1 La evidencia queda pantallazo de secop. La evidencia queda soportada en el One Drive, SECOP II del Componente Sicosocial OBLIGACION 8

*** Incluir todas las filas que se requieran**

Nota: El supervisor del contrato entiende que con la Aceptación del presente formato resulta improcedente aplicar el incumplimiento que trata el artículo 86 de la ley 1474 de 2011 y demás que le modifiquen, en relación con las actividades aquí detalladas.

CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO

El Interventor o Supervisor hace constar que las obligaciones se cumplieron conforme a lo estipulado en el contrato, y que se adoptaron las observaciones y recomendaciones realizadas. Certifico que el contratista cumplió con los requisitos de Ley sobre los aportes a la seguridad social, a las entidades a las que está obligado a aportar. Se anexan Comprobantes de pago.

APORTES	Valor Cotizado	Periodo cotizado
SALUD	178.000	DICIEMBRE
PENSIÓN	227.800	DICIEMBRE
ARP	34.700	DICIEMBRE

FECHA DE PRESENTACIÓN DEL INFORME: 02/02/2026. **VB**

OLGA MIREYA QUINCHE GONZALEZ **C.C 51.963.078** **SUBDIRECTORA TECNICA POBLACIONAL** **CODIGO 068 GRADO 02**	**DEYSSI ALEXANDRA MILLAN DIAZ** **CC. 1.033.687.127** **CONTRATISTA**

Nombre apoyo a la Supervisión:
Cargo:
Vo Bo Apoyo a la supervisión:
Anexo:
*Certificación e información para pago expedida por el Supervisor.
*Certificación Pagos Seguridad Social
*Certificación de descuento.

NOTA:
ESTE FORMATO CONTIENE LA INFORMACIÓN MÍNIMA REQUERIDA PARA CADA UNO DE LOS PROCEDIMIENTOS O TRÁMITES PARA LOS CUALES SE HA ESTABLECIDO, NO SE PUEDE ELIMINAR NI PARCIAL NI TOTALMENTE LA INFORMACIÓN AQUÍ CONTENIDA; SÍ ALGÚN ESPACIO NO APLICA ESCRIBIR QUE N/A; AL DILIGENCIAR LAS CASILLAS NO DEBEN QUEDAR ESPACIOS EN BLANCO. EL ESPACIO DE LAS FIRMAS HACE PARTE INTEGRAL DEL FORMATO, RAZÓN POR LA CUAL NO DEBE QUEDAR EN UNA HOJA SEPARADA. LOS ESPACIOS MARCADOS CON GRIS DEBEN SER DILIGENCIADOS Y REMPLAZADOS EN TODO EL DOCUMENTO.