

		SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E.									
		INFORME DE ACTIVIDADES PRESTACIÓN DE SERVICIOS									
DATOS DEL INFORME											
Periodo a Certificar:		Desde:		2023-02-01		Hasta:		2023-02-28			
Nombre del Contratista:		WENDY JOHANNA MURCIA CASTAÑEDA				Número de Documento:		1010216307			
Correo Electrónico:		wendys152009@gmail.com				Número Telefónico:		3224597483			
Nombre del Supervisor:		KAREN LORENA VARGAS PIRATEQUE		Cargo:		PROFESIONAL ESPECIALIZADO-LIDER COORDINADOR DE PROYECTO		Código Grado: -			
DATOS DEL CONTRATO											
No. Contrato:		2797-2023		Año Contrato:		2023		CDP Contrato Inicial:		517	
Perfil:		AUXILIAR DE ENFERMERIA									
Dirección a la que Pertenece:		DIRECCIÓN DE GESTIÓN DEL RIESGO EN SALUD									
Unidad de Servicios:		USS CANDELARIA I									
LIQUIDACIÓN DE SERVICIOS											
Centro de Costos		Dirección		Unidad		Total		Procetaje(%) Centro de Costos			
K29PI390		DIRECCIÓN DE GESTIÓN DEL RIESGO EN SALUD		USS MANUELA BELTRÁN		\$2471871		100%			
VALOR SERVICIO PRESTADO MES:		\$ 2471871		DOS MILLONES CUATROCIENTOS SETENTA Y UN MIL OCHOCIENTOS SETENTA Y UNPESOS							
EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO											
Fecha de Inicio del Contrato		2023-01-30		Fecha de Terminación del Contrato Inicial			2023-03-31				
VALOR INICIAL DEL CONTRATO		VALOR TOTAL DEL CONTRATO		PAGOS REALIZADOS			SALDO DEL CONTRATO				
\$ 4943742		\$ 4943742		\$ 0			\$ 4943742				
OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA)				ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN			PRODUCTO O EVIDENCIA				

1	Efectuar, bajo la directriz de la IED asignada, el reporte de casos en la IED, correspondientes al brote epidemiológico por el que atravesase la ciudad en el momento	- No se presenta evidencia para esta actividad	- No se presenta evidencia para esta actividad
2	Aplicar de manera inmediata el protocolo de la IED para el manejo inicial de cualquier brote epidemiológico y activar la ruta de atención, incluyendo la RIA en situaciones críticas que afecten el bienestar de los estudiantes, articulándose con el equipo de la estrategia RIO P	- No se presenta evidencia para esta actividad	- No se presenta evidencia para esta actividad
3	Adelantar acciones pedagógicas con la comunidad educativa (estudiantes, docentes y personal administrativo) para la prevención de brotes epidemiológicos en las sedes de la IED asignada, durante las fechas y horas acordadas previamente con el (la) rector (a) del colegio o su delegado	- Se realiza acercamiento a la IED asignada donde se acuerda con el rector y directivos los horarios actividades que se realizan	- Actas
4	Adelantar acciones pedagógicas para la promoción en estilos de vida saludable de acuerdo con el lineamiento específico de la DBE 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	-Se realiza acercamiento a la IED asignada donde se acuerda con el rector y directivos los horarios actividades que se realizan	- Actas
5	Apoyar las campañas concertadas de tamizaje de talla y peso, y vacunación, que lleve a cabo la SDS en la IED asignada	-No se presenta evidencia para esta actividad	-No se presenta evidencia para esta actividad
6	Participar en los procesos de capacitación que programe la SED, la Subred y la SDS para facilitar el desarrollo de sus actividades en la IED asignada y sus respectivas sedes	- Se realiza capacitación por parte de la SUBRED SUR en la cual se nos dio la inducción pertinente	- Actas
7	Apoyar al Comité Paritario de Salud y Seguridad en el Trabajo – COPASST- y a la brigada escolar institucional en la actualización de los Planes Escolares de Gestión del Riesgo, Emergencias y Cambio climático	-No se presenta evidencia para esta actividad	-No se presenta evidencia para esta actividad
8	Actuar como 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	- Se realiza actividades como primer respondiente atendiendo los diferentes casos dentro de la IED	-Evidencias fotográficas
9	Realizar el reporte diario de actividades realizadas en la IED	- Se realiza el plan de trabajo mensual en donde se evidencia las actividades programadas	-Matriz de trabajo
10	Hacer uso semanal y reporte en los aplicativos de la herramienta pedagógica dispuesta por la SED	-Se realiza ingreso a la plataforma de aulas virtuales de la SED	- Evidencias fotográficas

11	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	-Se realiza diligenciamiento de las herramientas pedagógicas	- Drive		
12	Cumplir con asistencia presencial mensual para la entrega de informes y demás gestiones administrativas en la fecha y hora indicada por la subred	- Se realiza reunion po parte del equipo base del convenio para entrega de informes	-Listado de asistencia		
INFORMACIÓN DE PAGO					
Entidad Bancaria	RED MULTIBANCA COLPATRIA S.A.	Tipo de Cuenta	AHORROS	Número de Cuenta	4702002464



WENDY JOHANNA MURCIA CASTAÑEDA
1010216307



KAREN LORENA VARGAS PIRATEQUE
PROFESIONAL ESPECIALIZADO-LIDER COORDINADOR DE
PROYECTO

Medellín, 22 de febrero de 2023

**LA ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES
SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A..**

CERTIFICA:

Que WENDY JOHANNA MURCIA CASTAÑEDA identificado(a) con cédula de ciudadanía 1010216307 registra en nuestra base de datos como trabajador(a) independiente.

A continuación se relacionan los datos de la afiliación:

Fecha inicio cobertura: 31/01/2023

Fecha fin cobertura:

INFORMACIÓN DEL CONTRATANTE

SUB RED SUR N900958564

ACTIVIDAD ECONÓMICA:

3861001 - ACTIVIDADES DE HOSPITALES Y CLÍNICAS, CON INTERNACIÓN, COMPRENDE LAS ACTIVIDADES QUE CONSISTEN PRINCIPALMENTE EN LABORATORIO CLÍNICO, ENDOSCOPIA, PATOLOGÍA ETC, CUANDO SE PRESTAN A PACIENTES INTERNOS LA ATENCIÓN DE PACIENTES INTERNOS, QUE SE REALIZA BAJO LA SUPERVISIÓN DIRECTA DE MÉDICOS Y ABARCA: LA ATENCIÓN ODONTOLÓGICA A PACIENTES INTERNOS EN HOSPITALES CUANDO SE PRESTA POR PROFESIONALES VINCULADOS A LA INSTITUCIÓN DE INTERNACIÓN; EL SERVICIO DE PERSONAL MÉDICO GENERAL Y ESPECIALIZADO Y PARAMÉDICO EN: SERVICIO DE COMPLEMENTACIÓN TERAPÉUTICA: REHABILITACIÓN (POR TERAPISTAS), OPTOMETRÍA, PSICOLOGÍA, NUTRICIÓN, FONOAUDIOLOGÍA, ETC, CUANDO SE PRESTAN A PACIENTES INTERNOS; SERVICIOS DE URGENCIAS SERVICIOS DE QUIRÓFANOS, SERVICIOS DE FARMACIA, SERVICIOS DE COMIDA A PACIENTES INTERNOS Y OTROS SERVICIOS HOSPITALARIOS; SERVICIOS DE CENTROS DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR QUE PROPORCIONAN TRATAMIENTO MÉDICO TALES COMO ESTERILIZACIÓN E INTERRUPCIÓN DEL EMBARAZO, CUANDO SE REALIZAN CON INTERNACIÓN

CLASE DE RIESGO: 3 **PORCENTAJE DE COTIZACIÓN:** 2,436%

CENTRO DE TRABAJO: 0000000001 - ASISTENCIAL

CLASE: 3 **PORCENTAJE:** 2,436% **TIPO COTIZANTE:** INDEPENDIENTE CON CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS SUPERIOR A UN MES

ACTIVIDAD ECONÓMICA CENTRO DE TRABAJO:

3861001 - ACTIVIDADES DE HOSPITALES Y CLÍNICAS, CON INTERNACIÓN, COMPRENDE LAS ACTIVIDADES QUE CONSISTEN PRINCIPALMENTE EN LABORATORIO CLÍNICO, ENDOSCOPIA, PATOLOGÍA ETC, CUANDO SE PRESTAN A PACIENTES INTERNOS LA ATENCIÓN DE PACIENTES INTERNOS, QUE SE REALIZA BAJO LA SUPERVISIÓN DIRECTA DE MÉDICOS Y ABARCA: LA ATENCIÓN ODONTOLÓGICA A PACIENTES INTERNOS EN HOSPITALES CUANDO SE PRESTA POR PROFESIONALES VINCULADOS A LA INSTITUCIÓN DE INTERNACIÓN; EL SERVICIO DE PERSONAL MÉDICO GENERAL Y ESPECIALIZADO Y PARAMÉDICO EN: SERVICIO DE COMPLEMENTACIÓN TERAPÉUTICA: REHABILITACIÓN (POR TERAPISTAS), OPTOMETRÍA, PSICOLOGÍA, NUTRICIÓN, FONOAUDIOLOGÍA, ETC, CUANDO SE PRESTAN A PACIENTES INTERNOS; SERVICIOS DE URGENCIAS SERVICIOS DE QUIRÓFANOS, SERVICIOS DE FARMACIA, SERVICIOS DE COMIDA A PACIENTES INTERNOS Y OTROS SERVICIOS HOSPITALARIOS; SERVICIOS DE CENTROS DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR QUE PROPORCIONAN TRATAMIENTO MÉDICO TALES COMO ESTERILIZACIÓN E INTERRUPCIÓN DEL EMBARAZO, CUANDO SE REALIZAN CON INTERNACIÓN

INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA

ACTIVIDAD ECONÓMICA:

3861001 - ACTIVIDADES DE HOSPITALES Y CLÍNICAS, CON INTERNACIÓN, COMPRENDE LAS ACTIVIDADES QUE CONSISTEN PRINCIPALMENTE EN LABORATORIO CLÍNICO, ENDOSCOPIA, PATOLOGÍA ETC, CUANDO SE PRESTAN A PACIENTES INTERNOS LA ATENCIÓN DE PACIENTES INTERNOS, QUE SE REALIZA BAJO LA SUPERVISIÓN DIRECTA DE MÉDICOS Y ABARCA: LA ATENCIÓN ODONTOLÓGICA A PACIENTES INTERNOS EN HOSPITALES CUANDO SE PRESTA POR PROFESIONALES VINCULADOS A LA INSTITUCIÓN DE INTERNACIÓN; EL SERVICIO DE PERSONAL MÉDICO GENERAL Y ESPECIALIZADO Y PARAMÉDICO EN: SERVICIO DE COMPLEMENTACIÓN TERAPÉUTICA: REHABILITACIÓN (POR TERAPISTAS), OPTOMETRÍA, PSICOLOGÍA, NUTRICIÓN, FONOAUDIOLOGÍA, ETC, CUANDO SE PRESTAN A PACIENTES INTERNOS; SERVICIOS DE URGENCIAS SERVICIOS DE QUIRÓFANOS, SERVICIOS DE FARMACIA, SERVICIOS DE COMIDA A PACIENTES INTERNOS Y OTROS SERVICIOS HOSPITALARIOS; SERVICIOS DE CENTROS DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR QUE PROPORCIONAN TRATAMIENTO MÉDICO TALES COMO ESTERILIZACIÓN E INTERRUPCIÓN DEL EMBARAZO, CUANDO SE REALIZAN CON INTERNACIÓN

CODIGO DE ACTIVIDAD: 3861001

CLASE DE RIESGO: 3 **PORCENTAJE DE COTIZACIÓN:** 2,436%

Su pago lo debe realizar con riesgo 3 (2,436 %), teniendo en cuenta lo siguiente:

Artículo 11, Decreto 723 de 2013: Cotización y Pago: La cotización se realizará teniendo en cuenta el mayor riesgo entre:

1. La clase de riesgo del centro de trabajo de la entidad o institución.
2. El propio de la actividad ejecutada por el contratista.

Parágrafo 1: Cuando las entidades o instituciones no tengan centros de trabajo se tomará la actividad principal o institución.

Si desea validar que este certificado haya sido realmente emitido por ARL Sura y la información aquí contenida sea real, visite www.arlsura.com.co / validar certificados e ingrese el siguiente código único de generación válido por un mes:

C10102163072305368972

Atentamente,



Dirección de Afiliaciones y Recaudos

Este certificado tiene validez para efectos de afiliación del trabajador a SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A. así como para su desafiliación. Importante: La información contenida en este certificado puede ser validada en cualquier momento por SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A.

Este certificado fue generado con la información registrada en la base de datos el:

22/02/2023 7.09 PM

SCOTIABANK COLPATRIA S.A.
NIT. 860.034.594-1

CERTIFICA QUE:

La cuenta de ahorros No. 4702002464 , con fecha de apertura 3 de Junio de 2016 , de la cual es titular:

El (la) señor(a): WENDY JOHANNA MURCIA CASTAÑEDA
Identificado(a) con tipo de documento C No. 1.010.216.307

La cuenta en mención ha sido manejada de acuerdo a las normas establecidas por la entidad.

Damos esta información con la acostumbrada reserva bancaria.

La presente se expide a solicitud del interesado a los 22 días del mes de Febrero de 2023 .

Cordialmente,



Nury Luis Montaña
Gerencia Relación con Clientes



LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES

CERTIFICA QUE

Verificada la base de datos de afiliados, el/la señor/a **WENDY JOHANNA MURCIA CASTAÑEDA** identificado/a con documento de identidad **Cédula de Ciudadanía** número **1010216307**, se encuentra afiliado/a desde **18/08/2016** al Régimen de Prima Media con Prestación Definida (RPM) administrado por la Administradora Colombiana de Pensiones **COLPENSIONES**.

La presente certificación se expide en Bogotá, el día 22 de febrero de 2023.

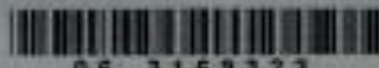


Rosa Mercedes Nino Amaya
Dirección de Afiliaciones

Nota: Certificado generado desde la página Web. Este documento no es válido para el reconocimiento de prestaciones económicas, está sujeto a verificación y no tiene costo alguno.

VIGILADO
SUPERINTENDENCIA FINANCIERA
DE COLOMBIA

VIGILADO



01 12345678

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

CARTEA DEL TRABAJADOR

1. Tipo de contrato A. Indefinido B. Temporal (con duración)	2. Tipo de afiliación A. Afiliación a un sector de actividad B. Afiliación a un sector de actividad	3. Régimen A. Contributivo B. No contributivo	4. Tipo de afiliado A. Contributivo B. Contributivo de familia C. No contributivo	5. Tipo de contrato A. Indefinido B. Temporal (con duración) C. No contributivo	6. Tipo de afiliado A. Contributivo B. Contributivo de familia C. No contributivo
--	---	---	--	--	--

A. DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN DEL TRABAJADOR O DE LA FAMILIA

7. Apellido y nombre Apellido: [Apellido] Nombre: [Nombre]	8. Tipo de documento A. Documento de identidad B. Documento de identidad	9. Número de documento [Número]	10. Fecha de nacimiento [Fecha]	11. Fecha de inscripción [Fecha]	12. Fecha de inscripción [Fecha]
13. Tipo de documento A. Documento de identidad B. Documento de identidad	14. Número de documento [Número]	15. Fecha de nacimiento [Fecha]	16. Fecha de inscripción [Fecha]	17. Fecha de inscripción [Fecha]	18. Fecha de inscripción [Fecha]

19. Apellido y nombre Apellido: [Apellido] Nombre: [Nombre]	20. Tipo de documento A. Documento de identidad B. Documento de identidad	21. Número de documento [Número]	22. Fecha de nacimiento [Fecha]	23. Fecha de inscripción [Fecha]	24. Fecha de inscripción [Fecha]
--	---	-------------------------------------	------------------------------------	-------------------------------------	-------------------------------------

25. Apellido y nombre Apellido: [Apellido] Nombre: [Nombre]	26. Tipo de documento A. Documento de identidad B. Documento de identidad	27. Número de documento [Número]	28. Fecha de nacimiento [Fecha]	29. Fecha de inscripción [Fecha]	30. Fecha de inscripción [Fecha]
--	---	-------------------------------------	------------------------------------	-------------------------------------	-------------------------------------

31. Apellido y nombre Apellido: [Apellido] Nombre: [Nombre]	32. Tipo de documento A. Documento de identidad B. Documento de identidad	33. Número de documento [Número]	34. Fecha de nacimiento [Fecha]	35. Fecha de inscripción [Fecha]	36. Fecha de inscripción [Fecha]
--	---	-------------------------------------	------------------------------------	-------------------------------------	-------------------------------------

37. Apellido y nombre Apellido: [Apellido] Nombre: [Nombre]	38. Tipo de documento A. Documento de identidad B. Documento de identidad	39. Número de documento [Número]	40. Fecha de nacimiento [Fecha]	41. Fecha de inscripción [Fecha]	42. Fecha de inscripción [Fecha]
--	---	-------------------------------------	------------------------------------	-------------------------------------	-------------------------------------

43. Apellido y nombre Apellido: [Apellido] Nombre: [Nombre]	44. Tipo de documento A. Documento de identidad B. Documento de identidad	45. Número de documento [Número]	46. Fecha de nacimiento [Fecha]	47. Fecha de inscripción [Fecha]	48. Fecha de inscripción [Fecha]
--	---	-------------------------------------	------------------------------------	-------------------------------------	-------------------------------------

49. Apellido y nombre Apellido: [Apellido] Nombre: [Nombre]	50. Tipo de documento A. Documento de identidad B. Documento de identidad	51. Número de documento [Número]	52. Fecha de nacimiento [Fecha]	53. Fecha de inscripción [Fecha]	54. Fecha de inscripción [Fecha]
--	---	-------------------------------------	------------------------------------	-------------------------------------	-------------------------------------

55. Apellido y nombre Apellido: [Apellido] Nombre: [Nombre]	56. Tipo de documento A. Documento de identidad B. Documento de identidad	57. Número de documento [Número]	58. Fecha de nacimiento [Fecha]	59. Fecha de inscripción [Fecha]	60. Fecha de inscripción [Fecha]
--	---	-------------------------------------	------------------------------------	-------------------------------------	-------------------------------------

61. Apellido y nombre Apellido: [Apellido] Nombre: [Nombre]	62. Tipo de documento A. Documento de identidad B. Documento de identidad	63. Número de documento [Número]	64. Fecha de nacimiento [Fecha]	65. Fecha de inscripción [Fecha]	66. Fecha de inscripción [Fecha]
--	---	-------------------------------------	------------------------------------	-------------------------------------	-------------------------------------

67. Apellido y nombre Apellido: [Apellido] Nombre: [Nombre]	68. Tipo de documento A. Documento de identidad B. Documento de identidad	69. Número de documento [Número]	70. Fecha de nacimiento [Fecha]	71. Fecha de inscripción [Fecha]	72. Fecha de inscripción [Fecha]
--	---	-------------------------------------	------------------------------------	-------------------------------------	-------------------------------------

73. Apellido y nombre Apellido: [Apellido] Nombre: [Nombre]	74. Tipo de documento A. Documento de identidad B. Documento de identidad	75. Número de documento [Número]	76. Fecha de nacimiento [Fecha]	77. Fecha de inscripción [Fecha]	78. Fecha de inscripción [Fecha]
--	---	-------------------------------------	------------------------------------	-------------------------------------	-------------------------------------

79. Apellido y nombre Apellido: [Apellido] Nombre: [Nombre]	80. Tipo de documento A. Documento de identidad B. Documento de identidad	81. Número de documento [Número]	82. Fecha de nacimiento [Fecha]	83. Fecha de inscripción [Fecha]	84. Fecha de inscripción [Fecha]
--	---	-------------------------------------	------------------------------------	-------------------------------------	-------------------------------------

85. Apellido y nombre Apellido: [Apellido] Nombre: [Nombre]	86. Tipo de documento A. Documento de identidad B. Documento de identidad	87. Número de documento [Número]	88. Fecha de nacimiento [Fecha]	89. Fecha de inscripción [Fecha]	90. Fecha de inscripción [Fecha]
--	---	-------------------------------------	------------------------------------	-------------------------------------	-------------------------------------

91. Apellido y nombre Apellido: [Apellido] Nombre: [Nombre]	92. Tipo de documento A. Documento de identidad B. Documento de identidad	93. Número de documento [Número]	94. Fecha de nacimiento [Fecha]	95. Fecha de inscripción [Fecha]	96. Fecha de inscripción [Fecha]
--	---	-------------------------------------	------------------------------------	-------------------------------------	-------------------------------------

97. Apellido y nombre Apellido: [Apellido] Nombre: [Nombre]	98. Tipo de documento A. Documento de identidad B. Documento de identidad	99. Número de documento [Número]	100. Fecha de nacimiento [Fecha]	101. Fecha de inscripción [Fecha]	102. Fecha de inscripción [Fecha]
--	---	-------------------------------------	-------------------------------------	--------------------------------------	--------------------------------------

103. Apellido y nombre Apellido: [Apellido] Nombre: [Nombre]	104. Tipo de documento A. Documento de identidad B. Documento de identidad	105. Número de documento [Número]	106. Fecha de nacimiento [Fecha]	107. Fecha de inscripción [Fecha]	108. Fecha de inscripción [Fecha]
---	--	--------------------------------------	-------------------------------------	--------------------------------------	--------------------------------------