Compensar operador de información certifica que procesó el pago realizado por:

**Señor(a):** LINDA FERNANDA NIÑO ARANGO
**No. Identificación:** CC1007098789
**Dirección:** TRANSV 2 ESTE#83-66 SUR
**Telefono:** 7655060
**Correo:** linda.nino11812022@gmail.com
**Ciudad:** BOGOTÁ, D.C.
**Número de Planilla:** 74718076

CITE EL NÚMERO DE PLANILLA PARA CUALQUIER CONSULTA DE PAGO

| | |
|---|---|
| **Nombre Aportante** | LINDA FERNANDA NIÑO ARANGO |
| **Tipo y número de identificación** | CC1007098789 |
| **Número de planilla** | 74718076 |
| **Fecha pago** | 2024-02-26 |
| **Número de autorización pago** | 1648067 |
| **Banco** | 1083 |

| | |
|---|---|
| **Número de Empleados** | 1 |
| **Periodo de Cotización Salud** | enero de 2024 |
| **Periodo de Cotización Pensión** | enero de 2024 |
| **Número de Administradoras** | 3 |
| **Total Pagado** | 121400 |
| **Total Intereses de Mora** | 600 |

PAGADA

| CÓDIGO ADMINISTRADORA | NOMBRE | TOTAL PAGADO | NÚMERO DE AFILIADOS |
|---|---|---|---|
| 14-11 | ARL SURA | 9700 | 1 |
| 230301 | Porvenir | 62700 | 1 |
| EPS017 | Famisanar EPS Cafam Colsubsidio | 49000 | 1 |

74718076

TIPO DOC.: CC
NO. DOCUMENTO: 1007098789
APELLIDOS Y NOMBRES: LINDA FERNANDA NIÑO ARANGO

| Cód. EPS | Cód. AFP | IBC SALUD | IBC PENSIÓN | IBC RIESGOS | IBC CAJAS | COTIZACIÓN SALUD | VALOR UPC | COTIZACIÓN PENSIÓN | FONDO SOLIDARIDAD Y SUBSISTENCIA | COTIZACIÓN RIESGOS | APORTE CAJAS |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| EPS017 | 230301 | 390000 | 390000 | 390000 | 0 | 48800 | 0 | 62400 | 0 | 9600 | 0 |

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

1 Información general
2 Condiciones
3 Bienes y servicios
4 Documentos del Proveedor
5 Documentos del contrato
6 Información presupuestal
7 **Ejecución del Contrato**
8 Modificaciones del Contrato
9 Incumplimientos

## Datos guardados

Cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal >

**VER CONTRATO**

### Ejecución del Contrato

○ Porcentaje ○ Recepción de artículos

### Plan de Pagos

**¿Se requieren emisiones de códigos de autorización?** ○ Sí ◉ No

| Id de pago | Número de factura | Fecha de emisión | Fecha de recepción | Valor total de la factura | Estado |
|---|---|---|---|---|---|

*No existen resultados que cumplan con los criterios de búsqueda especificados*

Crear

### Documentos de ejecución del contrato

| | Descripción | Nombre del archivo | Cargado por | | |
|---|---|---|---|---|---|
| ☐ | ARL 1007098789 CTO 1091-2024.pdf | ARL 1007098789 CTO 1091-2024.pdf | Comprador | Descargar | Detalle |
| ☐ | CUENTA DE COBRO ENERO CTO 1091-2024.pdf | CUENTA DE COBRO ENERO CTO 1091-2024.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |

Borrar Cargar nuevo

Cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal >

| | | |
|---|---|---|
| Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E. | **SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E.** | |
| | **INFORME DE ACTIVIDADES PRESTACIÓN DE SERVICIOS** | SIASUR |

## DATOS DEL INFORME

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **Periodo a Certificar:** | **Desde:** | 2024-02-01 | **Hasta:** | 2024-02-29 | |
| **Nombre del Contratista:** | LINDA FERNANDA NIÑO ARANGO | | **Número de Documento:** | 1007098789 | |
| **Correo Electrónico:** | fernandanino29@gmail.com | | **Número Telefónico:** | 3043302068 | |
| **Nombre del Supervisor:** | KAREN LORENA VARGAS PIRATEQUE | **Cargo:** | PROFESIONAL ESPECIALIZADO-LIDER COORDINADOR DE PROYECTO | **Código - Grado:** | |

## DATOS DEL CONTRATO

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **No. Contrato:** | 1091-2024 | **Año Contrato:** | 2024 | **CDP Contrato Inicial:** | 164 |
| **Perfil:** | PROMOTOR DE BIENESTAR ESTUDIANTIL | | | | |
| **Dirección a la que Pertenece:** | DIRECCIÓN DE GESTIÓN DEL RIESGO EN SALUD | | | | |
| **Unidad de Servicios:** | USS CANDELARIA LA NUEVA | | | | |

## LIQUIDACIÓN DE SERVICIOS

| Centro de Costos | Dirección | Unidad | Total | Procetaje(%) Centro de Costos |
|---|---|---|---|---|
| V07PI390 | 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** | | 2024-01-22 | | **Fecha de Terminación del Contrato Inicial** | 2024-02-13 |
| **No. Prorroga** | **Fecha Inicio** | **Fecha Terminación** | **No. Adición** | **Valor Adición** | **CDP** |
| 1 | 2024-02-01 | 2024-06-14 | 1 | $ 9887484 | 612 |
| **No. Cuenta Según el Mes Certificado** | | **Mes Cuenta de Cobro** | | **Valor a Pagar** | |
| 1 | | ENERO | | $ 741561 | |
| 2 | | FEBRERO | | $ 2471871 | |

| VALOR INICIAL DEL CONTRATO | VALOR TOTAL DEL CONTRATO | PAGOS REALIZADOS | SALDO DEL CONTRATO |
|---|---|---|---|
| **$ 1895101** | **$ 11782585** | **$ 3213432** | **$ 8569153** |


***© Siasur - 2024***

| OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA) | | ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN | PRODUCTO O EVIDENCIA |
|---|---|---|---|
| 1 | 1.Efectuar, bajo la directriz de la IED asignada, el reporte de casos en la IED, correspondientes al brote epidemiológico por el que atraviese la ciudad en el momento. | -No se presenta evidencia para esta actividad. | -No se presenta evidencia para esta actividad. |
| 2 | 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 | 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 donde se acuerda con el rector y directivos los horarios y las actividades a realizar | -Acta |
| 4 | 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 actividades con los diferentes temas asignados en los horarios acordados con los directivos de la IED. | -Evidencia fotográfica |
| 5 | 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 | 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 capacitacion por parte de la SUBRED SUR en la cual se brinda las inducciones pertinentes | -Acta |
| 7 | 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 | 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 a los diferentes casos que se presentan en la IED. | -Acta |
| 9 | 9.Realizar el reporte diario de actividades realizadas en la IED. | -Se realiza plan de trabajo mensual donde se evidencian las actividades programadas | -Matriz plan de trabajo |
| 10 | 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 | -Evidencia fotográfica |


***© Siasur - 2024***

| OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA) | | ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN | PRODUCTO O EVIDENCIA |
|---|---|---|---|
| 11 | 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 el diligenciamiento de las herramientas pedagógicas. | -Acta |
| 12 | 12.Cumplir con asistencia presencial mensual para la entrega de informes. | -Se realiza reunión por parte del equipo base del convenio para entrega de informes | -Listado de asistencia |
| 13 | 13. Otras actividades propias del perfil que fortalezcan el desarrollo de las actividades misionales. | -Planificación de proyectos | -Acta |


***© Siasur - 2024***

| INFORMACIÓN DEL PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Periodo al que corresponde el pago** | | **Fecha de Pago** | | | **Número de Planilla** | **Factura Electrónica** | **Valor de Honorarios Certificados el Mes Anterior** | $ 741561 |
| **AÑO** | **MES** | **AÑO** | **MES** | **DÍA** | 74718076 | - | | |
| **2024** | **ENERO** | **2024** | **02** | **26** | | | | |
| **Valor honorarios certificados el mes anterior en letras** | | **SETECIENTOS CUARENTA Y UN MIL QUINIENTOS SESENTA Y UNPESOS** | | | | | | |
| **Item** | | | | | **Entidades Aportantes a Seguridad Social** | **Ingreso Base de Cotización** | **Valor Mínimo de los Aportes** | **Valor Aportado** |
| Pensionado | | | | NO | PORVENIR | $ 1256666.6666667 | $ 201067 | **$ 62700** |
| Salud | | | | | FAMISANAR | | $ 157083 | **$ 49000** |
| ARL | | | | 3 | SURA | | $ 30612 | **$ 9700** |
| Caja de Compensación | | | | NO | | **Total** | **$ 364710** | **$ 121400** |

| INFORMACIÓN DE PAGO | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **Entidad Bancaria** | BANCOLOMBIA S.A. | **Tipo de Cuenta** | AHORROS | **Número de Cuenta** | 09414143595 |

| HISTÓRICO | | |
|---|---|---|
| **OBSERVACIÓN** | **USUARIO** | **FECHA** |
| CREACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES | LINDA FERNANDA NIÑO ARANGO | 2024-02-26 19:08:12 |
| ACEPTADO SUPERVISIÓN | KAREN LORENA VARGAS PIRATEQUE | 2024-02-26 19:28:05 |
| ACEPTADO CONTRATACIÓN | ANGIE ALEXANDRA LOZANO ALBERTO | 2024-02-29 09:23:35 |
| INFORME DE ACTIVIDADES PAGADO. SI SU BANCO ES DIFERENTE A DAVIVIENDA EL PAGO PUEDE TARDAR UN DÍA HABIL EN VERSE REFLEJADO EN SU CUENTA | CLAUDIA MARCELA CACERES POVEDA | 2024-03-12 11:12:53 |

Autorizo para que se haga uso de la firma únicamente para el objetivo antes descrito. Y asumo mi responsabilidad por la custodia, reserva y uso de la firma (Conforme con lo previsto en la Resolución 126 del 13 de febrero de 2024)
**NOTA:** La firma mecánica será para uso exclusivo del aplicativo **SIASUR, MÓDULO DE INFORMES DE ACTIVIDADES DE CONTRATO** de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E.



**KAREN LORENA VARGAS PIRATEQUE**
**PROFESIONAL ESPECIALIZADO-LIDER COORDINADOR DE PROYECTO**