

|                                                                                   |              |                                                   |  |                                                                           |                      |                                                                                     |            |                               |  |     |  |
|-----------------------------------------------------------------------------------|--------------|---------------------------------------------------|--|---------------------------------------------------------------------------|----------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|------------|-------------------------------|--|-----|--|
|  |              | SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E. |  |                                                                           |                      |                                                                                     |            |                               |  |     |  |
|                                                                                   |              | INFORME DE ACTIVIDADES PRESTACIÓN DE SERVICIOS    |  |                                                                           |                      |  |            |                               |  |     |  |
| DATOS DEL INFORME                                                                 |              |                                                   |  |                                                                           |                      |                                                                                     |            |                               |  |     |  |
| Periodo a Certificar:                                                             |              | Desde:                                            |  | 2024-03-01                                                                |                      | Hasta:                                                                              |            | 2024-03-31                    |  |     |  |
| Nombre del Contratista:                                                           |              | DANIELA MORENO MENDOZA                            |  |                                                                           | Número de Documento: |                                                                                     | 1001270113 |                               |  |     |  |
| Correo Electrónico:                                                               |              | danielammm2000@gmail.com                          |  |                                                                           | Número Telefónico:   |                                                                                     | 3042108543 |                               |  |     |  |
| Nombre del Supervisor:                                                            |              | KAREN LORENA VARGAS PIRATEQUE                     |  | Cargo:                                                                    |                      | PROFESIONAL ESPECIALIZADO-LIDER COORDINADOR DE PROYECTO                             |            | Código Grado: -               |  |     |  |
| DATOS DEL CONTRATO                                                                |              |                                                   |  |                                                                           |                      |                                                                                     |            |                               |  |     |  |
| No. Contrato:                                                                     |              | 1128-2024                                         |  | Año Contrato:                                                             |                      | 2024                                                                                |            | CDP Contrato Inicial:         |  | 164 |  |
| Perfil:                                                                           |              | PROMOTOR DE BIENESTAR ESTUDIANTEL                 |  |                                                                           |                      |                                                                                     |            |                               |  |     |  |
| Dirección a la que Pertenec:                                                      |              | 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                                                                          |            |                               |  |     |  |
| 3                                                                                 |              | MARZO                                             |  |                                                                           |                      | \$ 2471871                                                                          |            |                               |  |     |  |

| VALOR INICIAL DEL CONTRATO                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | VALOR TOTAL DEL CONTRATO                                                                                                                      | PAGOS REALIZADOS                                                                                            | SALDO DEL CONTRATO |
|---------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------|
| \$ 1895101                                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | \$ 11782585                                                                                                                                   | \$ 5685303                                                                                                  | \$ 6097282         |
| 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 atravesase la ciudad en el momento.                                                                                                                                                                                   | -No se presenta brote epidemiológico en la IED                                                                                                | -Documento de seguimiento casos de atención                                                                 |                    |
| 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 brote epidemiológico en la IED                                                                                                | -Documento seguimiento casos de atención                                                                    |                    |
| 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 actividades pedagógicas con la comunidad educativa sobre la prevención y detección de la pediculosis                              | -Matriz de pyd y evidencias fotográficas                                                                    |                    |
| 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 realizan actividades pedagógicas con la comunidad educativa sobre movilidad segura, prevención de accidentes escolares y actividad física | -Matriz de evs y evidencias fotográficas                                                                    |                    |
| 5                                                       | 5.Apoyar las campañas concertadas de tamizaje de talla y peso, y vacunación, que lleve a cabo la SDS en la IED asignada                                                                                                                                                                                                                                     | -Durante este mes no se realizaron campañas de tamizaje                                                                                       | -N/A                                                                                                        |                    |
| 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 participa en los diferentes procesos y actividades programadas por la SED                                                                 | -Lista de asistencias                                                                                       |                    |
| 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.                                                                                                                                             | -Durante este mes no se realizaron reuniones de los diferentes comités de la IED                                                              | -N/A                                                                                                        |                    |
| 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 presta servicio de primer respondiente a diferentes situaciones prestadas en la IED                                                       | -Documento de casos atendidos por la promotora de bienestar estudiantil y actas de accidentalidad de la IED |                    |

| OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA) |                                                                                                                                                                                                     | ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN                           | PRODUCTO O EVIDENCIA  |
|---------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------|
| 9                                                       | 9.Realizar el reporte diario de actividades realizadas en la IED.                                                                                                                                   | -Diligenciamiento de matrices de evs y pyd donde se evidencia las actividades ejecutadas diariamente | -Drive                |
| 10                                                      | 10.Hacer uso semanal y reporte en los aplicativos de la herramienta pedagógica dispuesta por la SED.                                                                                                | -Diligenciamiento de drive y de la plataforma aula virtual de la SED                                 | -Drive y aula virtual |
| 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 diligenciamiento de estrategia pedagógica                                                | -Drive                |
| 12                                                      | 12.Cumplir con asistencia presencial mensual para la entrega de informes.                                                                                                                           | -Se asisten a reuniones por parte del convenio                                                       | -Lista de asistencia  |
| 13                                                      | 13. Otras actividades propias del perfil que fortalezcan el desarrollo de las actividades misionales.                                                                                               | -Se cumplen                                                                                          | -Lista de asistencia  |

| 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 |                | \$ 2471871 |
| AÑO                                                                                                                                    | MES                           | AÑO           | MES | DÍA | 4539948435                                                                | -                          |                                                  |                |            |
| 2024                                                                                                                                   | FEBRERO                       | 2024          | 03  | 12  |                                                                           |                            |                                                  |                |            |
| Valor honorarios certificados el mes anterior en letras                                                                                |                               |               |     |     | DOS MILLONES CUATROCIENTOS SETENTA Y UN MIL OCHOCIENTOS SETENTA Y UNPESOS |                            |                                                  |                |            |
| Item                                                                                                                                   |                               |               |     |     | Entidades Aportantes a Seguridad Social                                   | Ingreso Base de Cotización | Valor Mínimo de los Aportes                      | Valor Aportado |            |
| Pensionado                                                                                                                             |                               |               |     | NO  | PORVENIR                                                                  | \$ 1300000                 | \$ 208000                                        | \$ 209300      |            |
| Salud                                                                                                                                  |                               |               |     |     | NUEVA EPS                                                                 |                            | \$ 162500                                        | \$ 163500      |            |
| ARL                                                                                                                                    |                               |               |     | 3   | SURA                                                                      |                            | \$ 31668                                         | \$ 31900       |            |
| Caja de Compensación                                                                                                                   |                               |               |     | NO  |                                                                           | Total                      | \$ 377286                                        | \$ 404700      |            |
| INFORMACIÓN DE PAGO                                                                                                                    |                               |               |     |     |                                                                           |                            |                                                  |                |            |
| Entidad Bancaria                                                                                                                       | BANCO CAJA SOCIAL - BCSC S.A. |               |     |     | Tipo de Cuenta                                                            | AHORROS                    | Número de Cuenta                                 | 24122477171    |            |
| HISTÓRICO                                                                                                                              |                               |               |     |     |                                                                           |                            |                                                  |                |            |
| OBSERVACIÓN                                                                                                                            |                               |               |     |     | USUARIO                                                                   |                            | FECHA                                            |                |            |
| CREACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES                                                                                                    |                               |               |     |     | DANIELA MORENO MENDOZA                                                    |                            | 2024-03-21 21:35:50                              |                |            |
| RECHAZADO SUPERVISOR                                                                                                                   |                               |               |     |     | KAREN LORENA VARGAS PIRATEQUE                                             |                            | 2024-03-24 15:58:31                              |                |            |
| MODIFICACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES                                                                                                |                               |               |     |     | DANIELA MORENO MENDOZA                                                    |                            | 2024-03-24 16:50:47                              |                |            |
| ACEPTADO SUPERVISIÓN                                                                                                                   |                               |               |     |     | KAREN LORENA VARGAS PIRATEQUE                                             |                            | 2024-03-24 19:48:29                              |                |            |
| ACEPTADO CONTRATACIÓN                                                                                                                  |                               |               |     |     | ANGIE ALEXANDRA LOZANO ALBERTO                                            |                            | 2024-03-27 09:12:08                              |                |            |
| 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                                            |                            | 2024-04-12 14:25:39                              |                |            |

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.

*[Firma manuscrita: Karen Lorena Vargas Pirateque]*

KAREN LORENA VARGAS PIRATEQUE  
PROFESIONAL ESPECIALIZADO-LIDER COORDINADOR DE PROYECTO

Carrera 20 No. 47 b - 35 Sur --- Código postal: 110611  
www.subredsur.gov.co  
Teléfono 7300000 Ext 26017  
© Siasur - 2024