| | | |
|---|---|---|
| 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:** | 2024-04-01 | **Hasta:** | 2024-04-30 | |
| **Nombre del Contratista:** | ANA YADIRA SIPAGAUTA CASTELLANOS | | **Número de Documento:** | 1022926631 | |
| **Correo Electrónico:** | yadi-1986@hotmail.com | | **Número Telefónico:** | 3214032125 | |
| **Nombre del Supervisor:** | KAREN LORENA VARGAS PIRATEQUE | **Cargo:** | PROFESIONAL ESPECIALIZADO-LIDER COORDINADOR DE PROYECTO | **Código - Grado:** | |

## DATOS DEL CONTRATO

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **No. Contrato:** | 1057-2024 | **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 |
| 3 | MARZO | $ 2471871 |
| 4 | ABRIL | $ 2471871 |

| VALOR INICIAL DEL CONTRATO | VALOR TOTAL DEL CONTRATO | PAGOS REALIZADOS | SALDO DEL CONTRATO |
|---|---|---|---|


***© Siasur - 2024***

| | | | |
|---|---|---|---|
| **$ 1895101** | **$ 11782585** | **$ 8157174** | **$ 3625411** |

| **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 la actividad | -No se presenta evidencia para la 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 la actividad | -No se presenta evidencia para la 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 actividades pedagógicas frente a la prevención de Sarampión,síntomas,contagio y los diferentes cuidados. | -Registro fotográfico |
| 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. | -Acciones pedagógicas de bienestar estudiantil enfocadas en actividad fisíca , prevención de accidentes, alimentación saludable, movilidad segura. | -Registro fotográfico |
| 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 la actividad | -No se presenta evidencia para la 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. | -Asistencia a las diferentes actividades programadas por la SUBRED SUR. | -Listado de asistencia por parte del equipo territorial |
| 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. | -Apoyo durante las reuniones que se lleven a cabo por parte de la IED y el equipo de gestión del riesgo. | -Acta |
| 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. | -Atención como apoyo a primer respondiente atendiendo los diferentes casos de accidentes escolares con acompañamiento del primer respondiente de la IED. | -Acta |
| 9 | 9.Realizar el reporte diario de actividades realizadas en la IED. | -Diligenciamiento de herramientas pedagógicas | -Diligenciamiento de herramientas pedagógicas |

| OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA) | | ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN | PRODUCTO O EVIDENCIA |
|---|---|---|---|
| 10 | 10.Hacer uso semanal y reporte en los aplicativos de la herramienta pedagógica dispuesta por la SED. | -Diligenciamiento de drive y de plataforma de aula virtual de la SED | -Diligenciamiento de drive y de plataforma de aula virtual de la SED |
| 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. | -Asistencia a reunión por parte del equipo base del convenio para entrega de informes | -Listado de asistencia por parte del equipo territoria |
| 12 | 12.Cumplir con asistencia presencial mensual para la entrega de informes. | -Asistencia a las diferentes actividades programadas por la SUBRED SUR y se da cumplimiento a las directrices dadas y orientadas. | -Listado de asistencia por parte del equipo territorial |
| 13 | 13. Otras actividades propias del perfil que fortalezcan el desarrollo de las actividades misionales. | -Apoyo a las diferentes situaciones que se presentan en el colegio, ya sea por factores emocionales que afectan a los estudiantes y por diferentes situaciones de convivencia de los mismos. | -acompañamiento en sus procesos |

## 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** | 1062869806 | - | | |
| **2024** | **MARZO** | **2024** | **04** | **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 | **$ 208000** |
| Salud | | COMPENSAR | | $ 162500 | **$ 162500** |
| ARL | 3 | SURA | | $ 31668 | **$ 31700** |
| Caja de Compensación | NO | | **Total** | **$ 377286** | **$ 402200** |

## INFORMACIÓN DE PAGO

| Entidad Bancaria | BANCO DAVIVIENDA S.A. | Tipo de Cuenta | AHORROS | Número de Cuenta | 008300795443 |
|---|---|---|---|---|---|

## HISTÓRICO

| OBSERVACIÓN | USUARIO | FECHA |
|---|---|---|
| CREACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES | ANA YADIRA SIPAGAUTA CASTELLANOS | 2024-04-25 17:04:13 |
| RECHAZADO SUPERVISOR | KAREN LORENA VARGAS PIRATEQUE | 2024-04-28 18:03:21 |
| MODIFICACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES | ANA YADIRA SIPAGAUTA CASTELLANOS | 2024-04-29 15:50:14 |
| ACEPTADO SUPERVISIÓN | KAREN LORENA VARGAS PIRATEQUE | 2024-04-29 21:38:38 |
| RECHAZADO CONTRATACIÓN | ANGIE ALEXANDRA LOZANO ALBERTO | 2024-05-01 18:17:07 |
| MODIFICACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES | ANA YADIRA SIPAGAUTA CASTELLANOS | 2024-05-02 17:18:23 |
| ACEPTADO SUPERVISIÓN | KAREN LORENA VARGAS PIRATEQUE | 2024-05-02 17:19:01 |
| ACEPTADO CONTRATACIÓN | CLAUDIA MARCELA CACERES POVEDA | 2024-05-02 19:29:07 |
| 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 | 2024-05-15 12:24:47 |

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**


***© Siasur - 2024***