

DATOS GENERALES DEL APORTANTE								
Identificación	div	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1033738440		BERRIO SAAYEDRA ANGIE LORENA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	DIAG. 75A SUR # 17M - 08	BOGOTA-BOGOTA D.E.	3736306	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION								
Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago	
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Valor
2024-08	2024-08	875334244	9472229690	I	2024/09/10	2024/08/29	BANCOLOMBIA	\$71,500

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES																																								
EMPLEADO			NOVEDADES														PENSIÓN				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES				Total Aportes			
No.	Identificación	Nombre	Ingre	De	Lab	Cap	Pr	Con	Est	Al	Ge	Mo	vac	Aspec	Tri	Imp	Código	Días	IBC	Aporte	Código	Días	IBC	Aporte	Código	Días	IBC	Aporte	Código	Días	IBC	Tarifa	Aporte	Días	IBC	Aporte		Exonerado SENA e ICBF		
SUCURSAL: PRINCIPAL (1 Afiliados)																														\$216,667	\$34,700	\$216,667	\$27,100	\$216,667	\$4,400	\$216,667	\$5,300	\$0	\$0	\$71,500
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)																														\$216,667	\$34,700	\$216,667	\$27,100	\$216,667	\$4,400	\$216,667	\$5,300	\$0	\$0	\$71,500
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)																														\$216,667	\$34,700	\$216,667	\$27,100	\$216,667	\$4,400	\$216,667	\$5,300	\$0	\$0	\$71,500
1	CC	1033738440	BERRIO ANGIE	X													230301	5	\$216,667	\$34,700	EPS017	5	\$216,667	\$27,100	CCF24	5	\$216,667	\$4,400	14-11	5	\$216,667	2,4360	\$5,300	5	\$0	\$0	No	\$71,500		
Total Afiliados (1)																														\$216,667	\$34,700	\$216,667	\$27,100	\$216,667	\$4,400	\$216,667	\$5,300	\$0	\$0	\$71,500

DATOS GENERALES DEL APORTANTE								
Identificación	div	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1033738440		BERRIO SAAYEDRA ANGIE LORENA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	DIAG. 75A SUR # 17M - 08	BOGOTA-BOGOTA D.E.	3736306	No

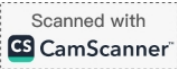
DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION								
Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago	
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Valor
2024-08	2024-08	875334244	9472229690	I	2024/09/10	2024/08/29	BANCOLOMBIA	\$71,500

RESUMEN DE PAGO								
RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$34,700	\$0	\$0	\$34,700
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	\$34,700	\$0	\$0	\$34,700
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$5,300	\$0	\$0	\$5,300
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	1	\$5,300	\$0	\$0	\$5,300
CCF (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$4,400	\$0	\$0	\$4,400
COMPENSAR	CCF24	860,066,942	7	1	\$4,400	\$0	\$0	\$4,400
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$27,100	\$0	\$0	\$27,100
FAMISANAR	EPS017	830,003,564	7	1	\$27,100	\$0	\$0	\$27,100
TOTAL				1	\$71,500	\$0	\$0	\$71,500

DATOS GENERALES DEL APORTANTE																																							
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF																															
CC 103173640		BERRIO SAAVEDRA ANGIE LORENA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	BRG. 75A SUR # 17N + 08	BOGOTÁ-BOGOTÁ D.E.	3736306	No																															
DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION																																							
Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago																																
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Límite	Pago	Banco	Días Mora	Valor																														
2024-07	2024-07	69676658	9969676658	1	2024-08/12	2024-07/11	BANCO AVIALLAS	0	\$428,200																														
LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES																																							
EMPLEADO			NOVEDADES				PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS																				
No.	Identificación	Nombre	Código				Días	IBC	Aporte	Código	Días	IBC	Aporte	Código	Días	IBC	Aporte	Código	Días	IBC	Tarifa																		
SUCURSAL: PRINCIPAL (1 Afiliados)																								\$1,300,000	\$208,000		\$1,300,000	\$162,500		\$1,300,000	\$26,000		\$1,300,000		\$31,700	\$0	\$0		\$428,200
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)																								\$1,300,000	\$208,000		\$1,300,000	\$162,500		\$1,300,000	\$26,000		\$1,300,000		\$31,700	\$0	\$0		\$428,200
Ciudad: BOGOTÁ Depto: BOGOTÁ D.E. (1 Afiliados)																								\$1,300,000	\$208,000		\$1,300,000	\$162,500		\$1,300,000	\$26,000		\$1,300,000		\$31,700	\$0	\$0		\$428,200
1	CC 103173640	BERRIO ANGIE					23630	30	\$1,300,000	\$208,000	EP5017	30	\$1,300,000	\$162,500	CCF24	30	\$1,300,000	\$26,000	14-11	30	\$1,300,000	2,400																	
Total Afiliados(1)																								\$1,300,000	\$208,000		\$1,300,000	\$162,500		\$1,300,000	\$26,000		\$1,300,000		\$31,700	\$0	\$0		\$428,200

DATOS GENERALES DEL APORTANTE									
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF	
CC 103173640		BERRIO SAavedra ANGIE LORENA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	BRG. 75A SUR # 17N + 08	BOGOTÁ-BOGOTÁ D.E.	3736306	No	
DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Días Mora	Valor
2024-07	2024-07	69676658	9406876658	1	2024/08/12	2024/07/11	BANCO AV MELLAS	0	\$428,200
RESUMEN DE PAGO									
RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES		VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$208,000	\$0	\$0		\$208,000
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	\$208,000	\$0	\$0		\$208,000
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$31,700	\$0	\$0		\$31,700
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	1	\$31,700	\$0	\$0		\$31,700
CCF (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$26,000	\$0	\$0		\$26,000
COMPENSAR	CCF24	860,066,942	7	1	\$26,000	\$0	\$0		\$26,000
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$162,500	\$0	\$0		\$162,500
FAMISANAR	EP5017	830,003,564	7	1	\$162,500	\$0	\$0		\$162,500
TOTAL				1	\$428,200	\$0	\$0		\$428,200

	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E.				
	INFORME DE ACTIVIDADES PRESTACIÓN DE SERVICIOS				
DATOS DEL INFORME					
Periodo a Certificar:	Desde:	2024-08-24	Hasta:	2024-08-28	
Nombre del Contratista:	ANGIE LORENA BERRIO SAAVEDRA		Número de Documento:	1033738440	
Correo Electrónico:	Lorenitha_saaavedra@hotmail.com		Número Telefónico:	3227421320	
Nombre del Supervisor:	KAREN LORENA VARGAS PIRATEQUE	Cargo:	PROFESIONAL ESPECIALIZADO-LIDER COORDINADOR DE PROYECTO	Código - Grado:	
DATOS DEL CONTRATO					
No. Contrato:	6509-2024	Año Contrato:	2024	CDP Contrato Inicial:	2129
Perfil:	PROMOTOR DE BIENESTAR ESTUDIANTIL				
Dirección a la que Perteneces:	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	
V07VAN372	DIRECCIÓN DE GESTIÓN DEL RIESGO EN SALUD	USS CANDELARIA LA NUEVA	\$430930	100%	
VALOR SERVICIO PRESTADO MES:	\$ 430930		CUATROCIENTOS TREINTA MIL NOVECIENTOS TREINTAPESOS		
EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO					
Fecha de Inicio del Contrato	2024-08-24	Fecha de Terminación del Contrato Inicial		2024-09-30	
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO		PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO	
\$ 3361250	\$ 3361250		\$ 0	\$ 3361250	
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 seguimiento de casos en la IED, correspondientes al brote epidemiológico en articulación con el equipo ERI de la Subred.	-PRESENTACION DEL CONVENIO		-LISTA DE ASISTENCIA	

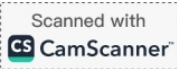


OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA)		ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUCTO O EVIDENCIA
2	2. Aplicar de manera inmediata el protocolo de la IED para el manejo inicial de cualquier brote epidemiológico según recomendación del grupo ERI de la Subred.	-CAPACITACION MANEJO DE DRIVE	-LISTA DE ASISTENCIA
3	3. Adelantar acciones pedagógicas dos (2) diarias con la comunidad educativa (estudiantes, docentes y personal administrativo) para la prevención de enfermedades transmisibles en las sedes de la IED asignada, durante las fechas y horas acordadas previamente con el (la) rector (a) del colegio o su delegado.	-CAPACITACION MANEJO DE HERRAMIENTAS DE APOYO PARA LA REALIZACION DE LAS ACTIVIDADES	-LISTA DE ASISTENCIA
4	4. Actuar como apoyo ante situaciones críticas que requieran la intervención del equipo OCE de la SED.	-CAPACITACION Y MANEJO DE HERRAMIENTAS DE APOYO PARA LA REALIZACION DE LAS DIFERENTES ACTIVIDADES	-LISTA DE ASISTEDNCIA
5	5. Adelantar acciones pedagógicas cuatro (4) diarias para la promoción en estilos de vida saludable de acuerdo con el lineamiento específico de la DBE (alimentación saludable, actividad física, accidentalidad escolar y movilidad segura) 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.	-CAPACITACION MANEJO DE BASES DE EXEL EN LINEA E IMPLEMENTACION DEL APLICATIVO ONLINE	-LISTA DE ASISTENCIA
6	6. Apoyar las campañas concertadas que lleve a cabo la SDS en la IED asignada.	-CAPACITACION MANEJO DE DILIGENCIAMIENTO DE LA MATRIZ PROGRAMATICA	LISTA DE ASISTENCIA
7	7. Apoyar a los comités de riesgo escolares, movilidad escolar, alimentación, tiendas escolares y convivencia escolares, cuando sean convocados	-CAPACITACION DE METAS ASIGNADAS TEMAS Y ACTIVIDADES A DESARROLLA	-LISTA DE ASISTENCIA
8	8. Apoyar al Comité de gestión de riesgo y emergencias escolares, y a la brigada escolar institucional en la actualización de los Planes Escolares de Gestión del Riesgo, Emergencias y Cambio climático.	-CAPACITACION MANEJO DE PLATA FORMA DE SIASUR	-LISTA DE ASISTENCIA
9	9. Actuar como apoyo al 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.	-ASIGANACION DE LUGAR DE COLEGIO EL DESARROLLO DE ACTIVIDADES	-LISTA DE ASISTENCIA
10	10. Realizar el reporte diario de seis (6) actividades realizadas en la IED. Tener en cuenta la zona rural de las localidades de operación, donde se podrá disminuir el número de actividades.	-CAPACITACION MANEJO DE CRONOGRAMA Y PLAN DE TRABAJO	-LISTA DE ASISTENCIA

OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA)		ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUCTO O EVIDENCIA
11	11. Hacer uso semanal y reporte en los aplicativos de la herramienta pedagógica dispuesta por la SED.	-CAPACITACION DEL CARGUE DE LOS DIFERENTES ARCHIVOS , MARCACION DE EVIDENCIAS EVIDENCIAS FOTOGRAFICAS	-LISTA DE ASISTENCIA
12	12. 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. (revisar formato establecido)	-ENTREGA DE LA CARTA DE PRESENTACION Y CARNET PERSONAL	-LISTA DE ASISTENCIA
13	13. Cumplir con asistencia presencial mensual para la entrega de informes y demás gestiones administrativas en la fecha y hora indicada por la subred.	-CAPACITACION DEL PROGRAMA DE TRABAJO A REALIZAR SEGUN LOS TIEMPOS ACORDADOS	-LISTA DE ASISTENCIA
14	14. Otras actividades propias del perfil que fortalezcan el desarrollo de las actividades misionales.	-PRESENTACION EN EL COLEGIO ASIGNADO , CONCENTRACION DE TIEMPOS EN LA INSTITUCION Y ACTIVIDADES A REALIZAR	-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		\$ 1230224
AÑO	MES	AÑO	MES	DÍA	9472229690	-			
2024	JULIO	2024	08	29					
Valor honorarios certificados el mes anterior en letras					UN MILLON DOSCIENTOS TREINTA MIL DOSCIENTOS VEINTICUATROPESOS				
Item					Entidades Aportantes a Seguridad Social	Ingreso Base de Cotización	Valor Mínimo de los Aportes		Valor Aportado
Pensionado				NO	PORVENIR	\$ 492090	\$ 78734		\$ 209000
Salud					FAMISANAR		\$ 61511		\$ 164000
ARL				3	SURA		\$ 11987		\$ 32000
Caja de Compensación				NO		Total	\$ 142814		\$ 405000
INFORMACIÓN DE PAGO									
Entidad Bancaria		BANCO AV VILLAS			Tipo de Cuenta	AHORROS		Número de Cuenta	006825686
HISTÓRICO									
OBSERVACIÓN						USUARIO		FECHA	
CREACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES						ANGIE LORENA BERRIO SAAVEDRA		2024-08-29 17:54:20	
RECHAZADO SUPERVISOR						KAREN LORENA VARGAS PIRATEQUE		2024-08-29 19:47:42	
MODIFICACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES						ANGIE LORENA BERRIO SAAVEDRA		2024-08-30 08:49:50	
ACEPTADO SUPERVISIÓN						KAREN LORENA VARGAS PIRATEQUE		2024-08-30 09:50:13	
RECHAZADO CONTRATACIÓN						MARIA CAMILA DIAZ ZAMUDIO		2024-08-30 11:16:38	
MODIFICACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES						ANGIE LORENA BERRIO SAAVEDRA		2024-08-30 11:36:20	
RECHAZADO SUPERVISOR						KAREN LORENA VARGAS PIRATEQUE		2024-08-30 12:18:19	
MODIFICACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES						ANGIE LORENA BERRIO SAAVEDRA		2024-08-30 12:35:01	
ACEPTADO SUPERVISIÓN						KAREN LORENA VARGAS PIRATEQUE		2024-08-30 13:04:39	
ACEPTADO CONTRATACIÓN						ANGIE ALEXANDRA LOZANO ALBERTO		2024-08-30 13:05:20	

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