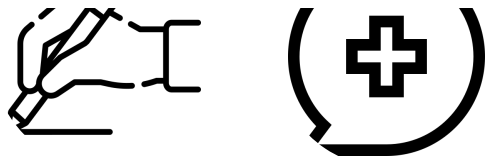
# VER INFORME DE ACTIVIDAD





Regresar

| DATOS DEL INFORME | | | | |
|---|---|---|---|---|
| **Periodo a Certificar:** | **Desde:** | 2025-03-01 | **Hasta:** | 2025-03-31 |
| **Nombre del Contratista:** | PAULA MARCELA GONZALEZ HACHE | | **Número de Documento:** | 1023034305 |
| **Correo Electrónico:** | PAULAMARCELAGH24@GMAIL.COM | | **Número telefónico:** | 3125454124 |
| **Nombre del supervisor:** | LEIDY VIVIANA CRUZ PARRA | **Cargo:** | DIRECTOR DE GESTION DEL RIESGO EN SALUD | |

| DATOS DEL CONTRATO | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **No. Contrato:** | 4564-2025 | **Año Contrato:** | 2025 | **CDP Contrato Inicial:** | 50 |
| **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 | Rubro Presupuestal | Unidad | Total | Procetaje(%) Centro de Costos |
| V07VAN372 | DIRECCIÓN DE GESTIÓN DEL RIESGO EN SALUD | USS CANDELARIA LA NUEVA | 2585577 | 100.0% |
| **VALOR SERVICIO PRESTADO MES:** | **2585577** | **DOS MILLONES QUINIENTOS OCHENTA Y CINCO MIL QUINIENTOS SETENTA Y SIETEPESOS** | | |

| EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **Fecha de Inicio del Contrato** | | 2025-01-27 | | **Fecha de Terminación Inicial del Contrato** | 2025-02-21 |
| **No. Prorroga** | **Fecha Inicio** | **Fecha Terminación** | **No. Adición** | **Valor Adición** | **CDP** |
| 1 | 2025-02-01 | 2025-02-28 | 1 | 0 | 0 |
| 2 | 2025-02-25 | 2025-03-31 | 2 | 3275064 | 405 |
| 3 | 2025-03-01 | 2025-04-30 | 3 | 2585577 | 577 |

| No. Cuenta Según el Mes Certificado | Mes Cuenta de Cobro | Valor a Pagar |
|---|---|---|
| 1 | ENERO | 344744 |
| 2 | FEBRERO | 2585577 |
| 3 | MARZO | 2585577 |

| VALOR INICIAL DEL CONTRATO | VALOR TOTAL DEL CONTRATO | PAGOS REALIZADOS | SALDO DEL CONTRATO |
|---|---|---|---|
| **2240836** | **8101477** | **5515898** | **2585579** |

| | 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. | -No se realiza actividad | -No se realiza actividad |
| 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. | -Se registra brote de gastroenteritis y Rinofaringitis se realiza reporte correspondiente con grupo ERI cursos Quintos y Terceros | -Acta del reporte de los cursos |
| 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. | -Se realiza actividades acordadas con el Rector durante el mes de Septiembre la enfermedad Meningitis | -Formato de firmas y evidencias en el drive |
| 4 | 4. Actuar como apoyo ante situaciones críticas que requieran la intervención del equipo OCE de la SED. | -Se apoya a los profesores en el momento requerido en acompañamiento a los estudiantes según la situación | -actas / firmas |
| 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. | - Se realizan actividad dos cursos en la mañana y dos en la tarde con el fin de que ambas jornadas reciban la información | - lista de firmas y registro fotográfico |
| 6 | 6. Apoyar las campañas concertadas que lleve a cabo la SDS en la IED asignada. | -Se espera cronograma para apoyar las actividades correspondientes | -No se realiza actividad |
| 7 | 7. Apoyar a los comités de riesgo escolares, movilidad escolar, alimentación, tiendas escolares y convivencia escolares, cuando sean convocados. | -No se realiza actividad a la espera del cronograma para el acompañamiento a las mismas | - No se realiza actividad |
| 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. | --No se realiza actividad pendiente a la fecha el 26 de Septiembre | -A la espera de la fecha |
| 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. | - No se realiza actividad ya que no se han presentado situaciones de primer respondiente | - No se realiza actividad |
| 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. | --Se realiza el diligenciamiento correspondiente del formulario de la SED | - Reporte del formulario y firmas |
| 11 | 11. Hacer uso semanal y reporte en los aplicativos de la herramienta pedagógica dispuesta por la SED. | -Se realiza anexos al drive correspondiente a la institución para llevar el control de lo realizado | - Drive |
| 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). | --Se hace el informe mensual para mostrar lo trabajado en el mes | --informe |
| 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. | -asistir a las reuniones citadas para dar cumplimiento | --listado 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 | 2585577 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| AÑO | MES | AÑO | MES | DÍA | 1070617403 | - | | |
| 2025 | FEBRERO | 2025 | 03 | 12 | | | | |
| Valor honorarios certificados el mes anterior en letras | | DOS MILLONES QUINIENTOS OCHENTA Y CINCO MIL QUINIENTOS SETENTA Y SIETEPESOS | | | | | | |

| Item | Entidades Aportantes a Seguridad Social | Ingreso Base de Cotización | Valor Mínimo de los Aportes | Valor Aportado |
|---|---|---|---|---|

| INFORMACIÓN DEL PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| Pensionado | NO | ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES COLPENSIONES | 1423500 | 227760 | 227800 |
| Salud | | SALUD TOTAL | | 177938 | 178000 |
| ARL | 3 | SURA | | 34676 | 34700 |
| Caja de Compensación | NO | | **Total** | **440374** | 440500 |
| Documento Asociado | | 1742939728 - Planilla Seguridad Social - 1023034305 | | | |

| INFORMACIÓN DE PAGO | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **Entidad Bancaria** | BANCOLOMBIA S.A. | **Tipo de Cuenta** | AHORROS | **Número de Cuenta** | 23700063950 |

Copyright ©2025 Subred Integrada de Servicios de Salud Sur

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 | | |
|---|---|---|---|---|---|
| ☐ | CUENTA COBRO ENERO CTO 4564_2025.pdf | CUENTA COBRO ENERO CTO 4564_2025.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| ☐ | CUENTA COBRO FEBRERO CTO 4564_2025.pdf | CUENTA COBRO FEBRERO CTO 4564_2025.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |

Borrar Cargar nuevo

Cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal >

# PAGOSIMPLE | AUTOLIQUIDACION CONSOLIDADA

**Fecha creación reporte:** 2025-03-13, 04:13:35 AM **Tipo Planilla:** I: PLANILLA INDEPENDIENTES **Numéro Planilla:** 1070617403

**Periodo Cotización:** febrero de 2025 **Periodo Servicio:** febrero de 2025 **Referencia pago (PIN):** 8822893737

## PAGADO 12/03/2025 EN HORARIO EXTENDIDO

### I. DATOS DEL APORTANTE

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Razón Social** | PAULA MARCELA GONZALEZ HACHE | | |
| **Documento** | CC1023034305 | **Dirección** | TV 3A #87 B - 45 SUR |
| **Tipo de Empresa** | INDEPENDIENTE | **Teléfono** | 3125454124 |
| **Tipo Persona** | NATURAL | **Forma Presentación** | ÚNICO |
| **Ciudad** | BOGOTA D.C. | **Departamento** | BOGOTA D.C. |
| **Representante Legal** | | **Identificación** | |
| **Total Afiliados** | 1 | **ARP** | ARL SURA |

### II. DETALLE DEL APORTANTE

| Datos del Afiliado | | | | Novedades | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | Pensiones | | | Salud | | | Riesgos | | | Cajas | | | Parafiscales | | | | | Total |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Identificación | Apellidos y Nombres | Tipo Cotizante | Subtipo Cotizante | ING | RET | RET P | TDE | TAE | TDP | TAP | VSP | COR | VST | SLN | IGE | LMA | VAC | AVP | VCT | IRP | Días APP | Días EPS | Días ARP | Días CCF | Administradora | IBC Pensión | Aporte Pensión | Administradora | IBC Salud | Aporte Salud | Tarifa | IBC Riesgos | Aporte Riesgos | Administradora | IBC Caja | Aporte Caja | Aporte SENA | Aporte ICBF | ESAP | Aporte Ministerio | Total |
| CC 1023034305 | PAULA MARCELA GONZALEZ HACHE | 59 | 00 | | | | | | | | | | | | | | | | | 0 | 30 | 30 | 30 | 0 | (25-14) COLPENSIONES | $ 1.423.500 | $ 227.800 | (EPS002) SALUD TOTAL EPS | $ 1.423.500 | $ 178.000 | 2,436 | $ 1.423.500 | $ 34.700 | (NIN-CC) NINGUNA CCF | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 440.500 |

### III.TOTALES

| IBC Pensión | IBC Salud | IBC Riesgos | IBC Cajas | Aportes Pensión | Aportes Salud | Aportes Riesgos | Aportes Cajas | Aportes Sena | Aportes ICBF | Aportes ESAP | Aportes Min Educación | (Incapacidades, Licencias, Saldos a Favor) EPS | Incapacidades ARP | SUBTOTAL SIN INTERESES DE MORA | TOTAL INTERESES DE MORA | TOTAL FINAL |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| $ 1.423.500 | $ 1.423.500 | $ 1.423.500 | $ 0 | $ 227.800 | $ 178.000 | $ 34.700 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 440.500 | $ 2.600 | $ 443.100 |



Líneas de Servicio FonoSIMPLE: Bogotá 601 4446634 - Cali: 602 5540577 - Medellín: 604 5146669 - Bucaramanga: 607 6438000 - Cartagena: 605 6945444 - Pereira: 606 3402582 - Barranquilla: 605 3618850 - Resto del País: 018000 971 971 - ¡Más que Fácil, SIMPLE!

¡El Poder de lo SIMPLE!

Antes de imprimir, asegúrese que sea realmente necesario. Proteger el medio ambiente está en nuestras manos.