| | | |
|---|---|---|
| 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:** | 2025-04-01 | **Hasta:** | 2025-04-30 | |
| **Nombre del Contratista:** | HEVERLHIN SENYATZE VELANDIA NAVAS | | **Número de Documento:** | 1001059002 | |
| **Correo Electrónico:** | heverlhingvelandia@gmail.com | | **Número Telefónico:** | 3156482609 | |
| **Nombre del Supervisor:** | LEIDY VIVIANA CRUZ PARRA | **Cargo:** | DIRECTOR DE GESTION DEL RIESGO EN SALUD | **Código - Grado:** | |

## DATOS DEL CONTRATO

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **No. Contrato:** | 4518-2025 | **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 | Dirección | Unidad | Total | Procetaje(%) Centro de Costos |
|---|---|---|---|---|
| V07VAN372 | DIRECCIÓN DE GESTIÓN DEL RIESGO EN SALUD | USS CANDELARIA LA NUEVA | $2585577 | 100% |
| **VALOR SERVICIO PRESTADO MES:** | **$ 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 del Contrato Inicial** | 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 |

| EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO | | |
|---|---|---|
| 4 | ABRIL | $ 2585577 |

| VALOR INICIAL DEL CONTRATO | VALOR TOTAL DEL CONTRATO | PAGOS REALIZADOS | SALDO DEL CONTRATO |
|---|---|---|---|
| **$ 2240836** | **$ 8101477** | **$ 8101475** | **$ 2** |

| 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 presento | --No se presento |
| 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. | --No se presento | --No se presento |
| 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. | -Capacitar a los estudiantes, personal administrativo, docentes para el autocuidado y prevención de accidentes | -Evidencia fotográfica |
| 4 | 4. Actuar como apoyo ante situaciones críticas que requieran la intervención del equipo OCE de la SED. | -No se presento | -No se presento |
| 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. | -Realizar intervenciones en la IED asignada sobre estilos de vida saludable, prevención de accidentes, movilidad segura, actividad fisica dados previamente por la SED | -Evidencia fotográfica |
| 6 | 6. Apoyar las campañas concertadas que lleve a cabo la SDS en la IED asignada. | -No se presento | -No se presento |
| 7 | 7. Apoyar a los comités de riesgo escolares, movilidad escolar, alimentación, tiendas escolares y convivencia escolares, cuando sean convocados. | -No se presento | -No se presento |
| 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 presenta | -No se presenta |

| OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA) | | ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN | PRODUCTO O EVIDENCIA |
|---|---|---|---|
| 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. | -Se llena formato de primeros auxilios con los lineamientos dados por la SED | -Formato primer respondiente |
| 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 reporte en el Edusitio de la SED | -Reporte de la SED |
| 11 | 11. Hacer uso semanal y reporte en los aplicativos de la herramienta pedagógica dispuesta por la SED. | -Se realiza reporte diario de las actividades en el link del Edusitio | -Reporte de la SED |
| 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). | -Entregar mensualmente todas las evidencias solicitadas por la Subred Sur | -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. | -Se cumple con la asistencia presencial para la entrega de informes | -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 | $ 2585577 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **AÑO** | **MES** | **AÑO** | **MES** | **DÍA** | 9483433990 | - | | |
| **2025** | **MARZO** | **2025** | **04** | **04** | | | | |
| **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 |
|---|---|---|---|---|---|
| Pensionado | NO | PORVENIR | $ 1423500 | $ 227760 | **$ 227800** |
| Salud | | FAMISANAR | | $ 177938 | **$ 178000** |
| ARL | 3 | SURA | | $ 34676 | **$ 34700** |
| Caja de Compensación | NO | | **Total** | **$ 413129** | **$ 440500** |

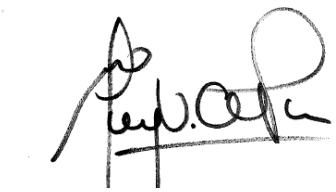
## INFORMACIÓN DE PAGO

| Entidad Bancaria | BANCO CAJA SOCIAL - BCSC S.A. | Tipo de Cuenta | AHORROS | Número de Cuenta | 24127017909 |
|---|---|---|---|---|---|

## HISTÓRICO

| OBSERVACIÓN | USUARIO | FECHA |
|---|---|---|
| CREACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES | HEVERLHIN SENYATZE VELANDIA NAVAS | 2025-04-22 18:07:09 |
| RECHAZADO SUPERVISOR | LEIDY VIVIANA CRUZ PARRA | 2025-04-25 01:06:25 |
| MODIFICACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES | HEVERLHIN SENYATZE VELANDIA NAVAS | 2025-04-25 19:21:36 |
| ACEPTADO SUPERVISIÓN | LEIDY VIVIANA CRUZ PARRA | 2025-04-25 23:35:21 |
| ACEPTADO CONTRATACIÓN | ANGIE ALEXANDRA LOZANO ALBERTO | 2025-04-28 11:02:27 |

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.



**LEIDY VIVIANA CRUZ PARRA**
**DIRECTOR DE GESTION DEL RIESGO EN SALUD**