

**SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E.****INFORME DE ACTIVIDADES PRESTACIÓN DE SERVICIOS****DATOS DEL INFORME**

<b>Periodo a Certificar:</b>	<b>Desde:</b>	2025-04-01	<b>Hasta:</b>	2025-04-30		
<b>Nombre Contratista:</b>	del	YEIDY CAROLINA CLAVIJO LEON	<b>Número de Documento:</b>	1022978390		
<b>Correo Electrónico:</b>	carolinaleon0307@gmail.com		<b>Número Telefónico:</b>	3052941167		
<b>Nombre Supervisor:</b>	del	LEIDY VIVIANA CRUZ PARRA	<b>Cargo:</b>	DIRECTOR DE GESTION DEL RIESGO EN SALUD	<b>Código Grado:</b>	-

**DATOS DEL CONTRATO**

<b>No. Contrato:</b>	4983-2025	<b>Año Contrato:</b>	2025	<b>CDP Contrato Inicial:</b>	405
<b>Perfil:</b>	PROMOTOR DE BIENESTAR ESTUDIANTIL				
<b>Dirección a la que Pertenece:</b>	DIRECCIÓN DE GESTIÓN DEL RIESGO EN SALUD				
<b>Unidad de Servicios:</b>	USS CANDELARIA LA NUEVA				

**LIQUIDACIÓN DE SERVICIOS**

<b>Centro de Costos</b>	<b>Dirección</b>	<b>Unidad</b>	<b>Total</b>	<b>Procentaje(%) Centro de Costos</b>
V07VAN372	DIRECCIÓN DE GESTIÓN DEL RIESGO EN SALUD	USS CANDELARIA LA NUEVA	\$2585577	100%
<b>VALOR SERVICIO PRESTADO MES:</b>	\$ 2585577	<b>DOS MILLONES QUINIENTOS OCHENTA Y CINCO MIL QUINIENTOS SETENTA Y SIETE PESOS</b>		

**EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO**

<b>Fecha de Inicio del Contrato</b>	2025-03-01			<b>Fecha de Terminación del Contrato Inicial</b>	2025-03-31
<b>No. Prorroga</b>	<b>Fecha Inicio</b>	<b>Fecha Terminación</b>	<b>No. Adición</b>	<b>Valor Adición</b>	<b>CDP</b>
1	2025-03-01	2025-04-30	1	\$ 2585577	577
<b>No. Cuenta Según el Mes Certificado</b>	<b>Mes Cuenta de Cobro</b>			<b>Valor a Pagar</b>	
1	MARZO			\$ 2585577	
2	ABRIL			\$ 2585577	

<b>VALOR INICIAL DEL CONTRATO</b>	<b>VALOR TOTAL DEL CONTRATO</b>	<b>PAGOS REALIZADOS</b>	<b>SALDO DEL CONTRATO</b>
\$ 2585577	\$ 5171154	\$ 5171154	\$ 0

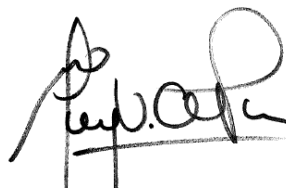
<b>OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA)</b>		<b>ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN</b>	<b>PRODUCTO O EVIDENCIA</b>
1	Efectuar, bajo la directriz de la IED asignada, el seguimiento de casos en la IED, correspondientes al brote epidemiológico en articulación con el equipo ERI de la Subred.	No se presenta esta actividad para este periodo	No se presenta esta actividad para este periodo
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 realiza capacitaciones y /o talleres previamente acordados con las directivas de la institucion	Evidencias fotográficas en el DRIVE del convenio
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.	No se presenta esta actividad para este periodo	No se presenta esta actividad para este periodo
4	Actuar como apoyo ante situaciones críticas que requieran la intervención del equipo OCE de la SED.	Se realizaron intervenciones diarias frente a enfermedades transmisibles 2 por día y estilos de vida saludable 4 por día	reporte de información en educitio, cargue de fotos y cronograma de trabajo con actas en el DRIVE del convenio
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.	No se presenta esta actividad para este periodo	No se presenta evidencia para esta actividad
6	Apoyar las campañas concertadas que lleve a cabo la SDS en la IED asignada.	No se presenta evidencia para esta actividad	No se presenta evidencia para esta actividad
7	Apoyar a los comités de riesgo escolares, movilidad escolar, alimentación, tiendas escolares y convivencia escolares, cuando sean convocados.	No se presenta evidencia para esta actividad	No se presenta evidencia para esta actividad
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 evidencia para esta actividad	No se presenta evidencia para esta actividad
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 realizo apoyo y acompañamiento como primer respondiente en la IED en los casos que fue necesario	matrix cargada en el DRIVE del convenio

<b>OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA)</b>		<b>ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN</b>	<b>PRODUCTO O EVIDENCIA</b>
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 hace el registro diario de las actividades de PyP y EVS en la pagina de la SED educitio	Base de datos SED sitio educitio
11	Hacer uso semanal y reporte en los aplicativos de la herramienta pedagógica dispuesta por la SED.	Se diligencia diariamente el aplicativo de la SED educitio cargando la información de PyP y EVS	Base de datos SED sitio educitio
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 asiste a las reuniones programadas por parte del equipo base para la entrega de informes, capacitaciones, revisión de DRIVE, plan de trabajo, cronogramas de actividades y sepillaton.	Actas y listado de asistencia que reposan en la carpeta del convenio
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 realiza material pedagógico y de apoyo para las intervenciones realizadas como carteleras, videos o actividades lúdicas las cuales apoyan el proceso de aprendizaje de los estudiantes	Evidencias fotográficas en el DRIVE del convenio

INFORMACIÓN DEL PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL								
Período al que corresponde el pago		Fecha de Pago			Número de Planilla	Factura Electrónica	Valor de Honorarios Certificados el Mes Anterior	
AÑO	MES	AÑO	MES	DÍA	85679423	-	\$ 2585577	
2025	MARZO	2025	04	22				
Valor honorarios certificados el mes anterior en letras					DOS MILLONES QUINIENTOS OCHENTA Y CINCO MIL QUINIENTOS SETENTA Y SIETE PESOS			
Item				Entidades Aportantes a Seguridad Social	Ingreso Base de Cotización	Valor Mínimo de los Aportes	Valor Aportado	
Pensionado				NO	PORVENIR	\$ 1423500	\$ 227760	\$ 227800
Salud					SALUD TOTAL		\$ 177938	\$ 178000
ARL				3	SURA		\$ 34676	\$ 34700
Caja de Compensación				NO		<b>Total</b>	<b>\$ 413129</b>	<b>\$ 440500</b>
INFORMACIÓN DE PAGO								
Entidad Bancaria	BANCOLOMBIA S.A.			Tipo de Cuenta	AHORROS	Número de Cuenta	09400001789	
HISTÓRICO								
OBSERVACIÓN				USUARIO		FECHA		
CREACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES				YEIDY LEON	CAROLINA CLAVIJO	2025-04-22 20:46:46		
MODIFICACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES				YEIDY LEON	CAROLINA CLAVIJO	2025-04-23 22:36:48		
MODIFICACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES				YEIDY LEON	CAROLINA CLAVIJO	2025-04-23 22:37:01		
MODIFICACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES				YEIDY LEON	CAROLINA CLAVIJO	2025-04-23 22:37:22		
ACEPTADO SUPERVISIÓN				LEIDY VIVIANA CRUZ PARRA		2025-04-25 22:06:03		
ACEPTADO CONTRATACIÓN				ANGIE ALEXANDRA LOZANO ALBERTO		2025-04-28 11:02:49		

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**

Carrera 20 No. 47 b - 35 Sur --- Código postal: 110611

www.subredsur.gov.co

Teléfono 7300000 Ext 26017

© Siasur - 2025

**DIRECTOR DE GESTION DEL RIESGO EN SALUD**

DATOS GENERALES				PERIODOS DE COTIZACION				NUMERO RADICACION		TIPO EMPRESA		CLASE DE APORTANTE		CODIGO ARL		CODIGO OPERADOR											
TIPO	NUMERO	NOMBRE O RAZON SOCIAL		TIPO PRESENTACION				SUCURSAL / DEPENDENCIA		CODIGO		SALUD		PENSIONES, RIESGOS LAB., CCF, SENA, ICBF		NUMERO RADICACION		TIPO EMPRESA		CLASE DE APORTANTE		CODIGO ARL		CODIGO OPERADOR			
CC	1022978390-	YEIDY CAROLINA CLAVUJO LEON		U	C	S	D					MES	AÑO	MES	AÑO	86487894		PUBLICA PRIVADA MIXTA		PEQUEÑO GRANDE INDEPENDIENTE		14-11		83			
DIRECCION				CIUDAD/MUNICIPIO		CODIGO		DEPARTAMENTO		CODIGO		TELEFONO		FAX		CORREO ELECTRONICO		ACTIVIDAD ECONOMICA		VALOR NOMINA		TOTAL EMPLEADOS		FECHA DE PAGO (aaaa/mm/dd)		No. AUTORIZACION	
diagonal 101 a sur 2b 75				BOGOTÁ, D.C.		11001		BOGOTÁ D. C.		11		601000000		601000000		carolinaleon0307@gmail.com		9609		1.423.500		1		2025/05/14		1479320267	

TOTAL APORTES DEL PERIODO A SALUD POR ADMINISTRADORA

COD EPS	NIT EPS	COTIZACION OBLIGATORIA	UPC ADICIONAL	INCAPACIDADES		LIC. MATERNIDAD		NETO COTIZACION	DIAS MORA	INTERESES MORA OBL	INTERESES MORA UPC	SUBTOTAL COTIZACION	SUBTOTAL UPC ADIC.	No. RADIC SALDO A FAVOR	SALDO A FAVOR COTIZ OBLIG	SALDO A FAVOR UPC ADICIONAL	TOTAL A PAGAR	No. AFIL
				No. AUTORIZ	VALOR	No. AUT	VALOR											
EPS002	800130907-4	178.000	0	0	0	0	0	178.000	0	0	0	178.000	0		0	0	178.000	1

TOTAL APORTES DEL PERIODO A PENSIONES POR ADMINISTRADORA

COD AFP	NIT AFP	COTIZ OBLIGAT	COTIZ VOL AFILIADO	COTIZ VOL APORTANT	FONDO SOLI PENS	DIAS MORA	INTERES MORA COTIZ	INTERES MORA FONDO	TOTAL A PAGAR	No. AFIL
230301	800224808-8	227.800	0	0	0	0	0	0	227.800	1

TOTAL APORTES DEL PERIODO A CAJAS POR ADMINISTRADORA

COD CCF	NIT CCF	VALOR APORTE	DIAS MORA	INTERESES MORA	TOTAL A PAGAR	No. AFIL
CCF24	860066942-7	28.500	0	0	28.500	1

TOTAL APORTES DEL PERIODO A ICBF Y SENA

CONC	VALOR	DIAS MORA	INT MORA	TOTAL A PAGAR	No. AFIL
ICBF					
1	0	0	0	0	0
SENA					
1	0	0	0	0	0

NUMERO DE ADMINISTRADORAS REPORTADAS

PENSIONES	1
SALUD	1
RIESGOS LABORALES	1
CAJAS DE COMPENSACION	1
OTRAS	0
<b>TOTAL</b>	<b>4</b>

TOTAL APORTES DEL PERIODO A RIESGOS LABORALES

COD ARL	NIT ARL	COTIZ OBLIGAT	INCAPACIDADES		APORTES OTROS RIESG	VALOR NETO COTIZACION
			No. AUTORIZ	VALOR		
14-11	890903790-5	14.900	0	0	0	14.900
DIAS MORA	INTERES MORA COTI	SUBTOTAL APORT COTIZ	No. RADICAC SALDO A FAVOR	SALDO A FAVOR	FONDO SOLIDARIDAD	TOTAL A PAGAR
0	0	14.900	0	0	149	14.900

TOTAL APORTES DEL PERIODO A MIN. EDUCACION

VALOR	DIAS MORA	INT MORA FONDO	TOTAL A PAGAR

TOTAL APORTES DEL PERIODO A ESAP

VALOR	DIAS MORA	INT MORA FONDO	TOTAL A PAGAR

TOTAL A PAGAR POR TIPO ADMINISTRADORA	ANTES DE IGE, LMA, IRP Y MORA	VALOR TOTAL
PENSIONES	227.800	227.800
SALUD	178.000	178.000
RIESGOS LABORALES	14.900	14.900
CCF	28.500	28.500
SENA	0	0
ICBF	0	0
ESAP	0	0
MINISTERIO DE EDUCACION	0	0
<b>GRAN TOTAL</b>	<b>449.200</b>	<b>449.200</b>

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

DATOS DEL AFILIADO				NOVEDADES														VALOR IBC				LIQUIDACION DE APORTES																		
Nº	TIPO	NUMERO	APELLIDOS Y NOMBRES	COD EPS	COD AFP	COD CAJA	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VTE	VST	SLN	RGE	LWA	VAC	AVP	VGT	IRP	NUEVA EPS	NUEVA AFP	IBC SALUD	IBC PENSION	IBC CAJAS	IBC RIESGOS	COTIZANTE	EXTRANJERO	COD CERRANDO EN	COTIZ PENSION	FONDO SOLIDAR PENSION	APORTE VOLUNT PENSION	COTIZ SALUD	UPC ADICIONAL				
1	CC	1022978390	CLAVIJO LEON YEIDY CAROLINA	EPS002	230301	CCF24																				1.423.500	1.423.500	1.423.500	1.423.500	0			227.800	0	0	178.000	0			