



CERTIFICADO

**BOGOTA, D.C.,
BOGOTA, D.C.,
COLOMBIA,
A quien interese**

21/05/2025

Por medio de la presente hacemos constar que **la señora INGRI MAYERLY LOPEZ REY**
con **Cédula de Ciudadanía** número **1121933688**

Posee en el banco Davivienda:

CUENTA DE AHORROS DAMAS

Número	0550488443873713
Fecha de apertura	26/02/2024

Cordialmente,

BANCO DAVIVIENDA



RAZÓN SOCIAL :	INGRI MAYERLY LOPEZ REY
IDENTIFICACIÓN:	CC-1121933688
COD. DEPENDENCIA O SUCURSAL:	0
NOM. DEPENDENCIA O SUCURSAL:	
FECHA GENERACIÓN REPORTE:	2025-05-23
FECHA LÍMITE DE PAGO:	2025-05-22
FECHA DE PAGO:	2025-05-13
ENTIDAD DE PAGO:	NEQUI
PERÍODO PENSIÓN:	2025-04
PERÍODO SALUD:	2025-04
NÚMERO PLANILLA:	33173653
TOTAL COTIZANTES:	1
REFERENCIA DE PAGO (PIN):	33173653
TIPO DE PLANILLA:	I

CÓDIGO ENTIDAD	NIT	NOMBRE	NÚMERO AFILIADOS	IBC	FONDO SOLIDARIDAD	FONDO SUBSISTENCIA	TOTAL INTERESES	VALOR PAGAR SIN INTERESES	VALOR PAGAR
EPS002	800130907	SALUD TOTAL	1	\$ 1.423.500	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 178.000	\$ 178.000
230201	800229739	PROTECCION	1	\$ 1.423.500	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 227.800	\$ 227.800
14-11	890903790	ARL SURA	1	\$ 1.423.500	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 34.700	\$ 34.700
Total a pagar					\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 440.500	\$ 440.500

PAGADO

FECHA DE PAGO DEL SIGUIENTE MES:	24/06/2025
----------------------------------	------------

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

DATOS DEL INFORME					
Periodo a Certificar:	Desde:	2025-04-01	Hasta:	2025-04-30	
Nombre del Contratista:	INGRI MAYERLY LOPEZ REY		Número de Documento:	1121933688	
Correo Electrónico:	ingridmayerlylopez09@gmail.com		Número Telefónico:	3046663713	
Nombre del Supervisor:	LEIDY VIVIANA CRUZ PARRA	Cargo:	DIRECTOR DE GESTION DEL RIESGO EN SALUD	Código Grado:	-

DATOS DEL CONTRATO					
No. Contrato:	4520-2025	Año Contrato:	2025	CDP Contrato Inicial:	50
Perfil:	PROMOTOR DE BIENESTAR ESTUDIANTIL				
Dirección a la que Pertenecce:	DIRECCIÓN DE GESTIÓN DEL RIESGO EN SALUD				
Unidad de Servicios:	USS CANDELARIA LA NUEVA				

LIQUIDACIÓN DE SERVICIOS				
Centro de Costos	Dirección	Unidad	Total	Procentaje(%) Centro de Costos
V07VAN372	DIRECCIÓN DE GESTIÓN DEL RIESGO EN SALUD	USS CANDELARIA LA NUEVA	\$2499391	96.7%
VALOR SERVICIO PRESTADO MES:	\$ 2499391	DOS MILLONES CUATROCIENTOS NOVENTA Y NUEVE MIL TRESCIENTOS NOVENTA Y UNPESOS		

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	\$ 2499391	
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
\$ 2240836	\$ 8101477	\$ 8015289	\$ 86188
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.	-en el momento no se a presentado ninguna advercidad de brotes en el colegio	-no se presenta evidencia en este caso
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.	-me encuentro en completa disposición para apoyar las actividades propuestas	-no se presentan evidencias para esta actividad
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 de promoción y prevención de la salud como la ira eda y pediculosis	-evidencias fotograficas
4	4. Actuar como apoyo ante situaciones críticas que requieran la intervención del equipo OCE de la SED.	-estoy dispuesto a apoyar las labores aceptadas	-no hay evidencia para esta actividad
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.	-EVS e institución educativa este mes alimentacion saludable, actividad fisica brindando interneviiones a la comunidad estudiantil	-evidencias fotograficas
6	6. Apoyar las campañas concertadas que lleve a cabo la SDS en la IED asignada.	-me encuentro en completa disposición para apoyar las actividades propuestas	-no hay evidencia para esta actividad
7	7. Apoyar a los comités de riesgo escolares, movilidad escolar, alimentación, tiendas escolares y convivencia escolares, cuando sean convocados.	-Estoy dispuesta a ayudar en lo que se llegue a el acuerdo.	-no hay evidencia para esta 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.	-estoy con toda mi actitud en colaborar en todo -	-no hay evidencia para esta actividad

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 presentaron 3 apoyos a primer respndiente	-evidencias en el edositio
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 plan de trabajo mensual para evidenciar las actividades programadas	-matriz de plan de trabajo
11	11. Hacer uso semanal y reporte en los aplicativos de la herramienta pedagógica dispuesta por la SED.	-se ejecutan actividades en el IED teniendo como base archivos y talleres	-Plan de trabajo matriz EVS
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 presenta informe semanal de actividades asignadas en el IED	-drive evidencias fotográficas matrices EVS y PYP
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.	-si asiti a reunion si estoy realizado informe mensual	-lista de asistencia

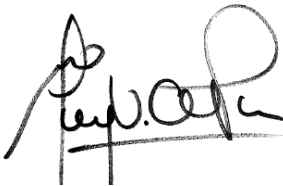
INFORMACIÓN DEL PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL									
Periodo al que corresponde el pago		Fecha de Pago			Número de Planilla	Factura Electrónica	Valor de Honorarios Certificados el Mes Anterior		\$ 2585577
AÑO	MES	AÑO	MES	DÍA	32819992	-			
2025	MARZO	2025	04	14					
Valor honorarios certificados el mes anterior 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	PROTECCIÓN	\$ 1423500	\$ 227760	\$ 227800	
Salud					SALUD TOTAL		\$ 177938	\$ 178000	
ARL				3	SURA		\$ 34676	\$ 34700	
Caja de Compensación				NO		Total	\$ 413129	\$ 440500	

INFORMACIÓN DE PAGO					
Entidad Bancaria	BANCO DAVIVIENDA S.A.	Tipo de Cuenta	AHORROS	Número de Cuenta	488443873713

HISTÓRICO		
OBSERVACIÓN	USUARIO	FECHA
CREACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES	INGRID MAYERLI LOPEZ	2025-04-22 18:55:22
RECHAZADO SUPERVISOR	LEIDY VIVIANA CRUZ PARRA	2025-04-25 21:14:27
MODIFICACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES	INGRID MAYERLI LOPEZ	2025-04-25 22:33:00
RECHAZADO SUPERVISOR	LEIDY VIVIANA CRUZ PARRA	2025-04-25 23:27:54
MODIFICACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES	INGRID MAYERLI LOPEZ	2025-04-26 05:53:49
ACEPTADO SUPERVISIÓN	LEIDY VIVIANA CRUZ PARRA	2025-04-26 18:29:22
ACEPTADO CONTRATACIÓN	ANGIE ALEXANDRA LOZANO ALBERTO	2025-04-28 16:25:43

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

Carrera 20 No. 47 b - 35 Sur --- Código postal: 110611
www.subredsur.gov.co
Teléfono 7300000 Ext 26017
© Siasur - 2025

BOGOTA, Mayo 21 de 2025

Señora:

LOPEZ REY INGRI MAYERLY

CC. 1121933688CL 71 B 20 A 26 SUR - 0

Ciudad

Ref: M-PYGA-F065. SOLICITUD INFORMACIÓN - AFILIACIÓN SALUD TOTAL EPS S.A.

En relación con el asunto de la referencia, y atendiendo su solicitud, nos permitimos informarle que a la fecha de expedición de la presente comunicación consta en nuestra base de datos que su afiliación al régimen contributivo de Salud Total EPS S.A. se realizó a partir de Febrero 27 de 2021. Los usuarios inscritos en su afiliación son:

Nombre	Documento	Tipo	Afiliación	Sem_cot	Sem_Ant	Parentesco	Estado_Afiliación	Fecha_de_desafiliación_EPS	Estado_Actual	Discapacidad
BALLESTEROS CAJAMARCA GABRIEL EDUARDO	1026258708	C	Jul-24-2008	770	26	COTIZANTE	VIGENTE			Ninguna
MONROY FORERO SARA ROCIO	1023870796	C	Mar-12-2009	443	26	COMPAÑERO(A)	NO VIGENTE	Oct-22-2018	Exclusión o anulación de la afiliación	Ninguna
LOPEZ REY DILAN ESTEBAN	1029995075	T	Feb-6-2020	261	26	HIJO MENOR DE 18 AÑOS	VIGENTE			Ninguna
BALLESTEROS MONROY KEVIN ALEXSANDER	1011231617	T	Mar-25-2014	552	0	HIJO MENOR DE 18 AÑOS	VIGENTE			Ninguna
BALLESTEROS MONROY SARA VALENTINA	1032943832	T	Dic-15-2011	668	0	HIJO MENOR DE 18 AÑOS	VIGENTE			Ninguna
MONROY FORERO FABIAN ESNEYDER	1000626869	C	Mar-12-2009	770	26	HIJO DE 18 A 25 AÑOS	VIGENTE			Intelectual
BALLESTEROS MONROY DUBAN SEBASTIAN	1033709787	T	Mar-12-2009	770	26	HIJO DE 18 A 25 AÑOS	VIGENTE			Ninguna

De acuerdo con los registros de la base de datos, su grupo familiar presenta la siguiente relación laboral:

Razón_social_del_aportante	Usuario_en_contrato	Tipo_de_contrato	Estado_de_contrato
GABRIEL EDUARDO BALLESTEROS CAJAMARCA	1121933688	Dependiente	VIGENTE
INGRI MAYERLY LOPEZ REY	1121933688	Contrato de prestacion de servicios Superior a 1 m	CERRADO
INGRI MAYERLY LOPEZ REY	1121933688	Contrato de prestacion de servicios Superior a 1 m	CERRADO
INGRI MAYERLY LOPEZ REY	1121933688	Contrato de prestacion de servicios Superior a 1 m	CERRADO
INGRI MAYERLY LOPEZ REY	1121933688	Contrato de prestacion de servicios Superior a 1 m	VIGENTE

CARTA NO VALIDA PARA TRASLADO

En Salud Total apreciamos la confianza que usted ha depositado en nosotros y esperamos que usted y su familia continúen disfrutando de nuestros servicios de salud con Calidad total. Cualquier información adicional, con gusto será atendida por el personal de servicio al cliente de la sede administrativa de su ciudad, o puede comunicarse con nuestra línea gratuita 018000 1 14524 a nivel nacional o en Bogotá al teléfono 4854555.

Cordialmente,

Gerencia de Operaciones Comercial

SALUD TOTAL EPS S.A.

Elaboró: Servicios en Línea

NOTA: En caso requerido, este certificado es válido para la atención a través del Régimen Subsidiado o como población vinculada, si el Estado Actual es afiliación cancelada, novedad de retiro de trabajo, afiliación no efectiva, exclusión o anulación de la afiliación, siempre y cuando al momento de retiro o exclusión no haya reportado mora. Si es mora, o cancelación por falta de pago, debe informar a su aportante que debe ponerse al día en los pagos.