| | | |
|---|---|---|
| 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:** | 2025-06-01 | **Hasta:** | 2025-06-20 | |
| **Nombre del Contratista:** | NATALY CAMPOS SALAZAR | | **Número de Documento:** | 53094717 | |
| **Correo Electrónico:** | lauramorenita242@gmail.com | | **Número Telefónico:** | 3184434354 | |
| **Nombre del Supervisor:** | LEIDY VIVIANA CRUZ PARRA | **Cargo:** | DIRECTOR DE GESTION DEL RIESGO EN SALUD | **Código - Grado:** | |

## DATOS DEL CONTRATO

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **No. Contrato:** | 5594-2025 | **Año Contrato:** | 2025 | **CDP Contrato Inicial:** | 812 |
| **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 |
|---|---|---|---|---|
| V07VAN613 | DIRECCIÓN DE GESTIÓN DEL RIESGO EN SALUD | USS CANDELARIA LA NUEVA | $1822480 | 95.2% |
| **VALOR SERVICIO PRESTADO MES:** | **$ 1822480** | **UN MILLON OCHOCIENTOS VEINTIDOS MIL CUATROCIENTOS OCHENTAPESOS** | | |

## EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Fecha de Inicio del Contrato** | 2025-05-06 | **Fecha de Terminación del Contrato Inicial** | 2025-07-04 |
| **No. Cuenta Según el Mes Certificado** | **Mes Cuenta de Cobro** | **Valor a Pagar** | |
| 1 | MAYO | $ 2278100 | |
| 2 | JUNIO | $ 1822480 | |

| VALOR INICIAL DEL CONTRATO | VALOR TOTAL DEL CONTRATO | PAGOS REALIZADOS | SALDO DEL CONTRATO |
|---|---|---|---|
| **$ 5467462** | **$ 5467462** | **$ 4100580** | **$ 1366882** |

| OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA) | ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN | PRODUCTO O EVIDENCIA |
|---|---|---|

| | | | |
|---|---|---|---|
| 1 | Realizar el seguimiento de casos identificados en la IED asignada, relacionados con evidencia de un brote epidemiológico, bajo las directrices establecidas por la institución. Este seguimiento se llevará a cabo en articulación con el equipo ERI de la Subred, garantizando la implementación de acciones oportunas y coordinadas según los lineamientos técnicos y normativos. | -en la institución no se presento brote epidemiológico por tal motivo no se realizo seguimientos | -nose cuenta con evidencia ya que no se presento brote |
| 2 | Ejecutar de manera inmediata el protocolo establecido por la IED para el manejo inicial de brotes epidemiológicos, siguiendo las recomendaciones del grupo ERI de la Subred. En el caso de estudiantes de primera infancia, actuar con carácter prioritario frente a enfermedades como IRA, ERA, EDA, varicela, sarampión, pediculosis, gastroenteritis, entre otras condiciones que puedan presentarse en el contexto escolar, garantizando una respuesta adecuada y oportuna. | -en la institución este mes no se presento brote epidemiológico | -no se presenta evidencia ya que no hubo brote epidemiológico |
| 3 | Desarrollar (2) acciones pedagógicas con la comunidad educativa, incluyendo estudiantes, docentes y personal administrativo, enfocadas en la prevención de enfermedades transmisibles en las sedes de la IED asignada. Estas actividades se realizarán conforme a los acuerdos establecidos con el/la rector(a) o la directiva docente delegada de la institución educativa oficial del Distrito, garantizando una efectiva sensibilización y cumplimiento de los objetivos preventivos. | -se realizan 27 actividades con 733 participantes actividades completas se cuenta con sus evidencias para este mes se trabajo con fiebre amarilla | -evidencia fotografica y formato de firmas |
| 4 | Brindar apoyo en la atención y manejo de situaciones críticas que demanden la intervención del equipo de la Oficina para la Convivencia Escolar (OCE) de la SED, asegurando una colaboración eficaz en la implementación de las acciones necesarias para resolver dichas situaciones conforme a los lineamientos establecidos. | -se brindar apoyo en la atención y manejo de situaciones críticas que demanden la intervención y apoyo en accidentalidad por caidas desde su propia altura y golpes | -evidencia formato de primer respondiente y actas |
| 5 | Desarrollar (4) acciones pedagógicas para promover estilos de vida saludables en las sedes de la IED asignada, de acuerdo con los lineamientos específicos de la DBE, abordando temas como alimentación saludable, actividad física, prevención de accidentalidad escolar y movilidad segura. Asimismo, implementar las estrategias, acciones y proyectos de la Estrategia de Promoción del Bienestar, en coordinación con el/la rector(a) o la directiva docente delegada de la institución educativa oficial del Distrito. | -se realiza 4 actividades diarias bajo el cronograma ya programado con la institución en cual participan estudiantes y cuerpo docente actividades llevadas acabo en las aulas de clase con las cuales se realizan 41 intervenciones con 1113 participantes | -evidencia fotografica y formato de firmas |

| | | | |
|---|---|---|---|
| 6 | Brindar apoyo en la realización de las campañas acordadas con la Secretaría Distrital de Salud (SDS) en la IED asignada, incluyendo actividades como tamizajes de peso y talla, jornadas de vacunación, promoción de la salud bucodental y aquellas campañas específicas definidas según prioridades de salud pública. Garantizar la adecuada coordinación y participación en dichas iniciativas para contribuir al bienestar de la comunidad educativa. | -para este mes no se conto en la institución con campañas de tamizaje en la IED por lo cual se brinda educación en las diferentes zonas como vacunación a poyo bucodental | -no se cuenta con evidencia ya que no se realiza esta actividad en la IED |
| 7 | Brindar apoyo a los comités de riesgo escolares, movilidad escolar, alimentación, tiendas y convivencia escolares, asegurando una participación activa y colaborativa en las reuniones y actividades cuando estos sean convocados, contribuyendo al desarrollo y cumplimiento de sus objetivos. | -este mes se realiza comité en la institución de tienda escolar y epae | -se cuenta con el acta como evidencia y reguistro fotografico |
| 8 | Apoyar al Comité Institucional para la Gestión Integral del Riesgo Escolar y a la brigada escolar institucional en el proceso de actualización de los Planes de Gestión Integral del Riesgo Escolar (PGIRE), asegurando la incorporación de medidas actualizadas y el cumplimiento de los lineamientos técnicos establecidos. | -se reraliza el apoyo al comité de epae y tienda escolar | -se cuenta con evidencia en acta formato de firma y reguistro fotografico |
| 9 | Prestar apoyo al primer respondiente en la atención de accidentes escolares, conforme a lo estipulado en el artículo 131 del Código Penal Colombiano y de acuerdo con la ruta de manejo de accidentes escolares definida por la SED, trabajando en coordinación y colaboración con el primer respondiente de la institución educativa oficial del Distrito. | -en la institución se presta apoyo a primer respondiente con los estudiantes se presenta baja accidentalidad llegan caídas desde su propia altura y golpes los cuales se les da manejo con la póliza de responsabilidad y llamado al acudiente en las diferentes sedes de igual manera se apoyo en todo lo que la institución necesita en compañía del cuerpo docente | --se presta apoyo a primer respondiente en la institución y la prevención de accidentes evidencia en formato de primer respondiente |
| 10 | Realizar un reporte diario que documente cinco (5) actividades desarrolladas en la IED relacionadas con el fomento de estilos de vida saludables y la promoción en salud, garantizando que la información sea precisa, completa y cumpla con los lineamientos establecidos. | -Realizar un reporte diario que documente cinco (5) actividades desarrolladas en la IED relacionadas en la plata forma del educito y en los diferentes drive que se cuenta de apoyo para cumplir con el objetivo establecido | --se presta apoyo a primer respondiente en la institución y la prevención de accidentes evidencia en formato de primer respondiente |
| 11 | Hacer uso semanal de los aplicativos herramienta pedagógica proporcionada por la SED y realizar el correspondiente reporte, asegurando la correcta implementación y registro de las actividades desarrolladas, conforme a los lineamientos establecidos. | -durante la sema se utiliza el aducito de reporte diario el planeador de secretaria y el diario de experiencia y drive de manejo de la subred sur | --se realiza el uso diario de las diferentes plataformas para hacer el carge de las evidencias y las deferentes herramientas educativas para quedar debidamente registrados |
| 12 | Elaborar y presentar informes mensuales detallados sobre las actividades realizadas en el marco del objeto contractual, incluyendo evidencias documentales que respalden su ejecución. Dichos informes deberán ajustarse las matrices o esquemas establecidos para este propósito, cumpliendo con los lineamientos técnicos y tiempos definidos. | -se elabora su respectivo informe de actividades para entrega el día 20 del mes de junio para contar con el soporte en drive el mismo día donde se relatan todas las actividades ejecutadas durante el mes en la institución con su debida evidencia actividades de pyp EVS y comités sostenibilidad ambiental | -se realiza el cargue en el drive el informe correspondiente al mes de junio en los plazos correspondientes y adecuados 20 junio 2025 |
| 13 | Otras actividades propias del perfil que fortalezcan el desarrollo de las actividades misionales | -para el mes de junio no sé realizó actividades extras en la institución | -no se realizó actividades extras en la institución ya que no se requirieron parparte de la institución |

## 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 | $ 2278100 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| AÑO | MES | AÑO | MES | DÍA | 86794893 | - | | |
| 2025 | MAYO | 2025 | 05 | 11 | | | | |
| Valor honorarios certificados el mes anterior en letras | | DOS MILLONES DOSCIENTOS SETENTA Y OCHO MIL CIENPESOS | | | | | | |

| Item | | Entidades Aportantes a Seguridad Social | Ingreso Base de Cotización | Valor Mínimo de los Aportes | Valor Aportado |
|---|---|---|---|---|---|
| Pensionado | NO | COLFONDOS | $ 949000 | $ 151840 | **$ 228600** |
| Salud | | COMPENSAR | | $ 118625 | **$ 178600** |
| ARL | 3 | SEGUROS BOLIVAR | | $ 23118 | **$ 34900** |
| Caja de Compensación | NO | | **Total** | **$ 275419** | **$ 442100** |

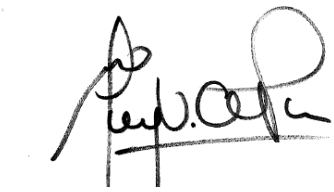
## INFORMACIÓN DE PAGO

| Entidad Bancaria | BANCO FALABELLA S.A. | Tipo de Cuenta | AHORROS | Número de Cuenta | 111820166187 |
|---|---|---|---|---|---|

## HISTÓRICO

| OBSERVACIÓN | USUARIO | FECHA |
|---|---|---|
| CREACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES | NATALI CAMPOS SALAZAR | 2025-06-20 16:13:44 |
| RECHAZADO SUPERVISOR | LEIDY VIVIANA CRUZ PARRA | 2025-06-22 10:35:17 |
| MODIFICACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES | NATALI CAMPOS SALAZAR | 2025-06-22 11:31:30 |
| MODIFICACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES | NATALI CAMPOS SALAZAR | 2025-06-22 11:32:08 |
| ACEPTADO SUPERVISIÓN | LEIDY VIVIANA CRUZ PARRA | 2025-06-23 17:11:08 |
| ACEPTADO CONTRATACIÓN | ANGIE ALEXANDRA LOZANO ALBERTO | 2025-06-24 15:38:53 |

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**

Compensar operador de información certifica que procesó el pago realizado por:

**Señor(a):** NATALI CAMPOS SALAZAR
**No. Identificación:** CC53094717
**Dirección:** TV 48A BIS SUR 69A 43 SUR
**Telefono:** 3184434354
**Correo:** campossalazarnataly@gmail.com
**Ciudad:** BOGOTÁ, D.C.
**Número de Planilla:** 8387548257

CITE EL NÚMERO DE PLANILLA PARA CUALQUIER CONSULTA DE PAGO

| | |
|---|---|
| **Nombre Aportante** | NATALI CAMPOS SALAZAR |
| **Tipo y número de identificación** | CC53094717 |
| **Número de planilla** | 8387548257 |
| **Fecha pago** | 2025-07-11 |
| **Número de autorización pago** | 40196426 |
| **Banco** | 1023 |

| | |
|---|---|
| **Número de Empleados** | 1 |
| **Periodo de Cotización Salud** | junio de 2025 |
| **Periodo de Cotización Pensión** | junio de 2025 |
| **Número de Administradoras** | 3 |
| **Total Pagado** | 442500 |
| **Total Intereses de Mora** | 2000 |

PAGADA

| CÓDIGO ADMINISTRADORA | NOMBRE | TOTAL PAGADO | NÚMERO DE AFILIADOS |
|---|---|---|---|
| 14-23 | POSITIVA COMPANIA DE SEGUROS | 34900 | 1 |
| 231001 | Colfondos | 228800 | 1 |
| EPS008 | Compensar EPS | 178800 | 1 |

8387548257

TIPO DOC.: CC
NO. DOCUMENTO: 53094717
APELLIDOS Y NOMBRES: NATALI CAMPOS SALAZAR

| Cód. EPS | Cód. AFP | IBC SALUD | IBC PENSIÓN | IBC RIESGOS | IBC CAJAS | COTIZACIÓN SALUD | VALOR UPC | COTIZACIÓN PENSIÓN | FONDO SOLIDARIDAD Y SUBSISTENCIA | COTIZACIÓN RIESGOS | APORTE CAJAS |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| EPS008 | 231001 | 1423500 | 1423500 | 1423500 | 0 | 178000 | 0 | 227800 | 0 | 34700 | 0 |

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información