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:	YEIDY CAROLINA CLAVIJO LEON		**Número de Documento:**	1022978390	
Correo Electrónico:	carolinaleon0307@gmail.com		**Número Telefónico:**	3052941167	
Nombre del Supervisor:	LEIDY VIVIANA CRUZ PARRA	**Cargo:**	DIRECTOR DE GESTION DEL RIESGO EN SALUD	**Código - Grado:**	

DATOS DEL CONTRATO

No. Contrato:	5674-2025	**Año Contrato:**	2025	**CDP Contrato Inicial:**	26
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.	-Durante el mes de junio de 2025, no fue necesario llevar a cabo esta actividad debido a la ausencia de brotes epidemiológicos.	No se registraron brotes epidemiológicos durante este periodo, por lo que no fue necesario realizar la actividad
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.	-Durante el mes de junio de 2025, no se realizó la actividad debido a la ausencia de brotes epidemiológicos.	-No se presentaron brotes epidemiológicos durante este perido por ende no de dio para desempeñar esta actividad
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 implementaron 2 actividades diarias de prevención de enfermedades transmisibles, mediante capacitaciones y estrategias lúdicas que incluyeron material audiovisual (videos), carteleras e infografías.	-Evidencias fotograficas, actas, formato firmas cargados en el drive del convenio 7826613-2025
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.	-En el periodo mencionado, no se presentaron situaciones escolares críticas que requirieran de mi participación ni de la intervención del equipo de Convivencia Escolar.	-No se dio a luigar para el desarrollo de la obligacion en mecion por ende no hay evidencia para agregar
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 ejecutaron 3 intervenciones diarias sobre estilos de vida saludable, mediante talleres formativos utilizando material didáctico audiovisual como (videos, afiches, infografías, carteleras).	-Evidencias fotograficas, actas, formato firmas cargados en el drive del convenio 7826613-2025

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 periodo no se programaron campañas con la Secretaría Distrital de Salud (SDS) en la IED asignada sobre tamizajes de peso y talla, jornadas de vacunación, promoción de la salud bucodental. "	-Para este periodo no se realizo programacion de esta actividad
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.	Participe en el comite de tienda escolar y comite compensar de refrigerios y almuerzos	formato firmas, actas cargados al DRIVE del convenio 7826613-2025
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.	-No fue requerido mi apoyo en 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).	-Para este periodo no se solicito de mi apoyo en el desarrollo de las actividades en mencion
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.	-Se brindo apoyo como primer respindiente en la IED asignada en los casos de accidentalidad presentados en el transcuros del mes de junio 2025.	-Formato firmas y formato de primer respondiente cargado en el DRIVE del convenio 7826613-2025
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.	-Se hace el reporte diario de las 5 actividades realizadas en la IED asignada en el aplicativo de la SED EDUSITIO como asi mismo en el DRIVE del convenio 7826613-2025	-Plataforma EDUSITIO de la SED la cual salvaguarda la informacion ingresada y DRIVE del convenio 7826613-2025 fotos, actas, formatos firmas
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.	- Semanalmente se utiliza la plataforma EDUSITIO, sistema implementado por la Secretaría de Educación (SED), para registrar y reportar las actividades ejecutadas en la institución educativa asignada.	-Plataforma EDUSITIO la cual administra la SED y salvaguarda la informacion ingresada.
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 elaboro informe mensual de actividades realizadas en la IED asigada donde se evidencia cantidades de intervenciones realizadas en estilos de vida saludable, promocion y prevencion de enfermedades transmisibles se adjuntan fotos que detallan el trabajo realizado .	-DRIVE del convenio 7826613-2025 carpeta anexos documento PDF

13	Otras actividades propias del perfil que fortalezcan el desarrollo de las actividades misionales.	-Se brinda apoyo en la entrega de alimentos de manera diaria en la IED asignada.	-Formato formas donde consta mi asistemcia diaria en la IED asignada el cuel esta cargado en el DRIVE del convenio 7826613-2025.

© Siasur - 2025

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**	1565618122	-		
2025	**MAYO**	**2025**	**06**	**19**				
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	PORVENIR	$ 949000	$ 151840	**$ 227800**
Salud		SALUD TOTAL		$ 118625	**$ 178000**
ARL	3	SURA		$ 23118	**$ 149000**
Caja de Compensación	NO		**Total**	**$ 275419**	**$ 554800**

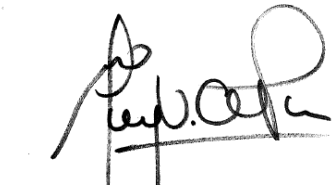
INFORMACIÓN DE PAGO

Entidad Bancaria	BANCOLOMBIA S.A.	Tipo de Cuenta	AHORROS	Número de Cuenta	09400001789

HISTÓRICO

OBSERVACIÓN	USUARIO	FECHA
CREACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES	YEIDY CAROLINA CLAVIJO LEON	2025-06-22 14:05:05
ACEPTADO SUPERVISIÓN	LEIDY VIVIANA CRUZ PARRA	2025-06-23 14:21:39
ACEPTADO CONTRATACIÓN	ANGIE ALEXANDRA LOZANO ALBERTO	2025-06-24 16:24:16

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 | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	1022978390	YEIDY CAROLINA CLAVIJO LEON	diagonal 101 a sur 2b 75	6010000000	carolinaleon0307@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente		BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		NO

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2025-06	2025-06	I		87596877	$299.600	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD

Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS002	Salud Total EPS	800130907-4	118.700	0		0		0	0	0	0	118.700	1

TOTALES PENSIÓN

Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
230301	Porvenir	800224808-8	151.900	0	0	0	0	0	0		151.900	1

TOTALES RIESGOS LABORALES

Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-11	ARL SURA	890903790-5	10.000				10.000	0	0	10.000			100	10.000	1

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF24	Compensar Caja	860066942-7	19.000	0	0	19.000	1

TOTALES PARAFISCALES

Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	0	0	0	0
ICBF				
0	0	0	0	0
ESAP				
MEN				

TOTALES POR SUBSISTEMA

Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	118.700	118.700
Pensión	1	151.900	151.900
Riesgos Laborales	1	10.000	10.000
CCF	1	19.000	19.000
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	4	299.600	299.600

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

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	1022978390	YEIDY CAROLINA CLAVIJO LEON		diagonal 101 a sur 2b 75	6010000000	carolinaleon0307@gmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I – Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	

EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
NO

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2025-06	2025-06	I		87596877	$299.600	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE									INFORMACIÓN NOVEDADES																PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES				
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Colom. exterior	Estudiante	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntario Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
1	CC	1022978390	CLAVIJO LEON YEIDY CAROLINA	59	0			N		X															230301	949.000	151.900	0	0	0	0	EPS002	949.000	118.700	14-11	949.000	2	10.000	CCF24	949.000	19.000	0	0	0	0	0

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