| | | |
|---|---|---|
| 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:** | ANGIE TATIANA VALBUENA MALDONADO | | **Número de Documento:** | 1023024347 | |
| **Correo Electrónico:** | angievalbuena72@gmail.com | | **Número Telefónico:** | 3227501981 | |
| **Nombre del Supervisor:** | LEIDY VIVIANA CRUZ PARRA | **Cargo:** | DIRECTOR DE GESTION DEL RIESGO EN SALUD | **Código - Grado:** | |

## DATOS DEL CONTRATO

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **No. Contrato:** | 5675-2025 | **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 |
|---|---|---|


***© Siasur - 2025***

| | | | |
|---|---|---|---|
| 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. | -No se realizó la obligación, ya que no se requirió de mi apoyo en el desarrollo de la misma | -No se presentan evidencias de 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. | -No se realizó la obligación, ya que no se requirió de el apoyo en el desarrollo de la misma | -No se presentan evidencias de la 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 realizo la obligación, realizando actividades de Era con los estudiantes de diferentes cursos | Educitio , drive Estanislao zuleta fotografia, 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. | -No se realizó la obligación, ya que no se requirió de el apoyo debido a que no se presentaron casos de situaciones críticas que requieran este apoyo | -no se presenta evidencia |
| 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. | -si se realiza la obligación, realizando capacitaciones o actividades de la linea pedagogica alimentacion saludable con los estudiantes | -Educitio , drive Estanislao zuleta fotografia, 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. | -No se realiza la obligación, ya que no se requirió de apoyo en el desarrollo de la misma y no se acordó espacio para esta actividad. | -no se presenta evidencia ya que no hubo programación |
| 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. | -Para este mes no se presentan comités de riesgo escolar | -no se presenta evidencia ya que no hubo programación |
| 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 se realiza la obligación, ya que no se requirió de mi apoyo en el desarrollo de la misma y no han invita a estos comités | -No se presentan evidencias de la actividad. |
| 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. | -Si se realiza la obligación, realizando el apoyo de primer respondiente atendiendo a los diferentes casos dentro de la IED | -acta |
| 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. | -Si se realiza la obligación, se realizan los reportes a educitio de las capacitaciones realidas tanto de evs como de pyd | -plataforma de la Secretaría |
| 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. | -Si se realiza la obligación, realizando los reportes a educitio y en la planeación del drive de la sed. | -plataforma de la sed |
| 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. | -Si se realiza el informe mensual en donde se dice las actividades que se realizaron en el colegio y la cantidad de estudiantes que fueron intervenidos | -entrega informe |
| 13 | Otras actividades propias del perfil que fortalezcan el desarrollo de las actividades misionales. | -Si se cumple la obligación, al participar en la capacitación de la sede y del convenio | -Listado de asistencia y evaluaciones de la sed |

## 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 | 86944050 | - | | |
| 2025 | MAYO | 2025 | 06 | 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 | PROTECCIÓN | $ 949000 | $ 151840 | **$ 227800** |
| Salud | | SÁNITAS | | $ 118625 | **$ 178000** |
| ARL | 3 | SURA | | $ 23118 | **$ 34700** |
| Caja de Compensación | NO | | **Total** | **$ 275419** | **$ 440500** |

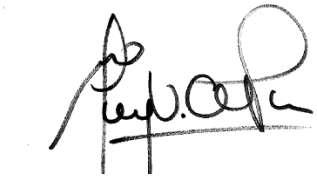
## INFORMACIÓN DE PAGO

| Entidad Bancaria | BANCO CAJA SOCIAL - BCSC S.A. | Tipo de Cuenta | AHORROS | Número de Cuenta | 24127135016 |
|---|---|---|---|---|---|

## HISTÓRICO

| OBSERVACIÓN | USUARIO | FECHA |
|---|---|---|
| CREACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES | ANGIE TATIANA VALBUENA MALDONADO | 2025-06-21 15:17:47 |
| ACEPTADO SUPERVISIÓN | LEIDY VIVIANA CRUZ PARRA | 2025-06-23 14:26:11 |
| ACEPTADO CONTRATACIÓN | ANGIE ALEXANDRA LOZANO ALBERTO | 2025-06-24 16:24:21 |

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**


***© Siasur - 2025***