

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

DATOS DEL INFORME					
Periodo a Certificar:	Desde:	2025-07-14	Hasta:	2025-07-31	
Nombre del Contratista:	BRILEY DAYANNA MALAVER GONZALEZ		Número de Documento:	1023036800	
Correo Electrónico:	dayanna1999malaver@gmail.com		Número Telefónico:	3223975763	
Nombre del Supervisor:	LEIDY VIVIANA CRUZ PARRA	Cargo:	DIRECTOR DE GESTION DEL RIESGO EN SALUD	Código Grado:	-

DATOS DEL CONTRATO					
No. Contrato:	5591-2025	Año Contrato:	2025	CDP Contrato Inicial:	812
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	Procetaje(%) Centro de Costos
V07VAN613	DIRECCIÓN DE GESTIÓN DEL RIESGO EN SALUD	USS CANDELARIA LA NUEVA	\$1549108	100%
VALOR SERVICIO PRESTADO MES:	\$ 1549108	UN MILLON QUINIENTOS CUARENTA Y NUEVE MIL CIENTOOCHOPESES		

EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO					
Fecha de Inicio del Contrato		2025-05-06		Fecha de Terminación del Contrato Inicial	2025-07-04
No. Prorroga	Fecha Inicio	Fecha Terminación	No. Adición	Valor Adición	CDP
1	2025-07-01	2025-09-30	1	\$ 5649666	1075
No. Cuenta Según el Mes Certificado		Mes Cuenta de Cobro		Valor a Pagar	
1		MAYO		\$ 2278100	
2		JUNIO		\$ 1822480	
3		JULIO		\$ 1549108	

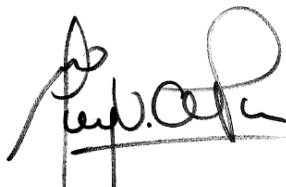
VALOR INICIAL DEL CONTRATO		VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
\$ 5467462		\$ 11117128	\$ 5649688	\$ 5467440
OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA)		ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUCTO O EVIDENCIA	
1	Realizar el 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.	-No se presentan casos de brotes epidemiológicos dentro de la institución educativa, pero se desarrollan actividades para la prevención y detención de las enfermedades.	-Evidencias fotográficas en el drive, formatos de firmas, planeador mensual y reporte de actividades edusito.	
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 presentan casos de brotes epidemiológicos dentro de la institución educativa, pero se desarrollan actividades para la prevención y detención de las enfermedades.	-Evidencias fotográficas en el drive, formatos de firmas, planeador mensual y reporte de actividades edusito.	
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.	-Capacitar al personal educativo estudiantes, docentes y administrativos para el cuidado y mitigación de brotes epidemiológicos desde las capacitaciones por medio de juegos y carteleros por la promotora de bienestar estudiantil se realizan 2 actividades de promoción y prevención por día.	-Evidencias fotográficas y formatos de firmas que se encuentran en el drive y en el cuadro del planeador mensual de la SED.	
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 realiza apoyo a primer respondiente atendiendo los diferentes casos dentro de la IED.	-Evidencias fotográficas que se encuentran en el drive.	

OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA)		ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUCTO O 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.	-Se realiza 4 actividades pedagógicas por día con los estudiantes docentes y personal administrativo de acuerdo con los lineamientos de promoción y prevención de hábitos de vida saludable en la IED con los abordando los 4 temas establecidos por la SED.	-Evidencias fotográficas que se encuentran en el drive y en los formatos de firmas. En el drive de la secretaria se evidencia el planeador, diario y experiencias significativas.
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 presenta evidencia para esta actividad ya que no se ha llevado a cabo ninguna de estas campañas dentro de la IED.	-No se presenta evidencia para esta actividad ya que no se lleva a cabo ninguna de estas campañas.
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.	-No se presenta evidencia para esta actividad ya que no se ha convocado dichas actividades por parte del rector en la IED.	-No se presenta evidencia para esta actividad ya que no se ha convocado.
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 presenta evidencia para esta actividad ya que este mes no se programado ninguna reunión o apoyo por parte del rector a los diferentes comités.	-No se presenta evidencia para esta actividad ya que no se ha establecido una fecha para la siguiente reunión.
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 realiza actividades como apoyo a primer respondiente atendiendo los diferentes casos de accidentes escolares dentro de la IED, trabajando en colaboración con el primer respondiente.	-Evidencia fotográfica listado de accidentalidad que se encuentra en el drive en la carpeta anexos
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 realiza en el aplicativo edusito reporte de 4 actividades realizadas y programadas diariamente relacionadas con el fomento de estilos de vida saludable y promoción para la salud.	-Evidencia fotográfica, pantallazos de la plataforma cuando se llena la encuesta en el edusito se pueden evidenciar en la plataforma.

OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA)		ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUCTO O EVIDENCIA
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.	-Se realiza semanalmente el diligenciamiento de las herramientas pedagógicas reportando en el drive.	-Evidencias fotográficas que se encuentran en el drive y diligenciamiento de los diferentes cuadros.
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 realiza informe detallado con evidencias fotográficas y cuadros mensuales en donde se puede evidenciar las actividades realizadas mes a mes.	-Informe detallado en Word que se puede evidenciar en el disco en la carpeta anexos.
13	Otras actividades propias del perfil que fortalezcan el desarrollo de las actividades misionales	-Capacitacion del esquema de vacunación	-Evidencias fotográficas y listado de firmas

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		\$ 1822480
AÑO	MES	AÑO	MES	DÍA	87407944	-			
2025	JUNIO	2025	07	11					
Valor honorarios certificados el mes anterior en letras					UN MILLON OCHOCIENTOS VEINTIDOS MIL CUATROCIENTOS OCHENTAPESOS				
Item					Entidades Aportantes a Seguridad Social	Ingreso Base de Cotización	Valor Mínimo de los Aportes		Valor Aportado
Pensionado				NO	PORVENIR	\$ 806650	\$ 129064	\$ 151900	
Salud					COMPENSAR		\$ 100831	\$ 118700	
ARL				3	SURA		\$ 19650	\$ 23200	
Caja de Compensación				NO		Total	\$ 234106	\$ 293800	
INFORMACIÓN DE PAGO									
Entidad Bancaria	BANCO DAVIVIENDA S.A.			Tipo de Cuenta	AHORROS	Número Cuenta	de	0550488443683716	
HISTÓRICO									
OBSERVACIÓN					USUARIO		FECHA		
CREACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES					BRILEY DAYANNA MALAVER GONZALEZ		2025-07-23 19:33:01		
MODIFICACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES					BRILEY DAYANNA MALAVER GONZALEZ		2025-07-24 14:28:58		
ACEPTADO SUPERVISIÓN					LEIDY VIVIANA CRUZ PARRA		2025-07-26 21:16:57		
ACEPTADO CONTRATACIÓN					ANGIE ALEXANDRA LOZANO ALBERTO		2025-07-27 12:09:45		

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

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	1023036800	BRILEY DAYANNA MALAVER GONZALEZ		DG 69 14 47 SUR	3223975763	dayana1999malaver@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
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				1 0
2025-07	2025-07	I	12/08/2025	88934324	TOTAL A PAGAR \$251.100

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					
EPS008	Compensar EPS	860066942-7	100.900	0		0		0	8	600	0	101.500	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	129.100	0	0	0	0	8	700	0	129.800	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	19.700				19.700	8	100	19.800			197	19.800	1

TOTALES CAJAS							
Código CCF	Nombre				NIT	Valor Aporte	Días Mora

TOTALES PARAFISCALES				
Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	8	0	0	0
ICBF				
0	8	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	100.900	101.500
Pensión	1	129.100	129.800
Riesgos Laborales	1	19.700	19.800
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	249.700	251.100

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	1023036800	BRILEY DAYANNA MALAVER GONZALEZ		DG 69 14 47 SUR	3223975763	dayana1999malaver@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
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				UPC
2025-07	2025-07	I	12/08/2025	88934324	10
					TOTAL A PAGAR
					\$251.100

DETALLE POR COTIZANTE																																																
INFORMACIÓN COTIZANTE										INFORMACIÓN NOVEDADES										PENSIÓN						SALUD			RIESGOS LABORALES			CCF			PARAFISCALES													
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subjeto	Exonerado	Columna exterior	Exonerado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VBP	VBT	SILN	IOE	MA	MA	MA	MA	MA	MA	MA	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntari o 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	1023036800	MALAVER GONZALEZ BRILEY DAYANNA	59	0		N	X	X						X											230301	806.650	129.100	0	0	0	0	EPS008	806.650	100.900	14-11	806.650	3	19.700		0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA