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

Señor(a): ADRIANA SOFIA MARTINEZ MORALES
No. Identificación: CC39794336
Dirección: CLL 75 A SUR N 44 B 09
Telefono: 3002685675
Correo: LEAMAS0414@GMAIL.COM
Ciudad: BOGOTÁ, D.C.
Número de Planilla: 8390113636

CITE EL NÚMERO DE PLANILLA PARA CUALQUIER CONSULTA DE PAGO

Nombre Aportante	ADRIANA SOFIA MARTINEZ MORALES	**Número de Empleados**	1
Tipo y número de identificación	CC39794336	**Periodo de Cotización Salud**	septiembre de 2025
Número de planilla	8390113636	**Periodo de Cotización Pensión**	septiembre de 2025
Fecha pago	2025-10-10	**Número de Administradoras**	3
Número de autorización pago	25131207	**Total Pagado**	524000
Banco	1023	**Total Intereses de Mora**	600

PAGADA

CÓDIGO ADMINISTRADORA	NOMBRE	TOTAL PAGADO	NÚMERO DE AFILIADOS
14-11	ARL SURA	34800	1
25-14	Administradora Colombiana de Pensiones - Colpensiones	228000	1
EPS008	Compensar EPS	261200	2

8390113636

TIPO DOC.: CC
NO. DOCUMENTO: 39794336
APELLIDOS Y NOMBRES: ADRIANA SOFIA MARTINEZ MORALES

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		0	0	0	0	0	82900	0	0	0	0
EPS008	25-14	1423500	1423500	1423500	0	178000	0	227800	0	34700	0

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

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

Señor(a): ADRIANA SOFIA MARTINEZ MORALES
No. Identificación: CC39794336
Dirección: CLL 75 A SUR N 44 B 09
Telefono: 3002685675
Correo: LEAMAS0414@GMAIL.COM
Ciudad: BOGOTÁ, D.C.
Número de Planilla: 8390585787

CITE EL NÚMERO DE PLANILLA PARA CUALQUIER CONSULTA DE PAGO

Nombre Aportante	ADRIANA SOFIA MARTINEZ MORALES
Tipo y número de identificación	CC39794336
Número de planilla	8390585787
Fecha pago	2025-10-10
Número de autorización pago	25131535
Banco	1023

Número de Empleados	1
Periodo de Cotización Salud	octubre de 2025
Periodo de Cotización Pensión	octubre de 2025
Número de Administradoras	3
Total Pagado	523400
Total Intereses de Mora	0

PAGADA
8390585787

CÓDIGO ADMINISTRADORA	NOMBRE	TOTAL PAGADO	NÚMERO DE AFILIADOS
14-11	ARL SURA	34700	1
25-14	Administradora Colombiana de Pensiones - Colpensiones	227800	1
EPS008	Compensar EPS	260900	2

TIPO DOC.: CC
NO. DOCUMENTO: 39794336
APELLIDOS Y NOMBRES: ADRIANA SOFIA MARTINEZ MORALES

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		0	0	0	0	0	82900	0	0	0	0
EPS008	25-14	1423500	1423500	1423500	0	178000	0	227800	0	34700	0

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

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:**	2025-09-01	**Hasta:**	2025-09-30	
Nombre del Contratista:	ADRIANA SOFIA MARTINEZ MORALES		**Número de Documento:**	39794336	
Correo Electrónico:	leamas0414@gmail.com		**Número Telefónico:**	3013936501	
Nombre del Supervisor:	LEIDY VIVIANA CRUZ PARRA	**Cargo:**	DIRECTOR DE GESTION DEL RIESGO EN SALUD	**Código - Grado:**	

DATOS DEL CONTRATO

No. Contrato:	5617-2025	**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	$2733480	100%
VALOR SERVICIO PRESTADO MES:	**$ 2733480**	**DOS MILLONES SETECIENTOS TREINTA Y TRES 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. Prorroga	**Fecha Inicio**	**Fecha Terminación**	**No. Adición**	**Valor Adición**	**CDP**
1	2025-07-01	2025-09-30	1	$ 5649426	1075
2	2025-09-27	2025-10-14	2	$ 1110240	1075

No. Cuenta Según el Mes Certificado	**Mes Cuenta de Cobro**	**Valor a Pagar**
1	MAYO	$ 2278100
2	JUNIO	$ 1822240
3	JULIO	$ 1549348
4	AGOSTO	$ 2733720

© Siasur - 2025

EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO		
5	SEPTIEMBRE	$ 2733480

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
$ 5467462	**$ 12227128**	**$ 11116888**	**$ 1110240**

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.	-Se realizan 22 charlas, y actividades ludicas relacionadas con enfermedades epidemiologicas, dentro de un contexto informativo, puesto que no se presentan evidencias de broes en el periodo actual	-Evidencias fotograficas y Formatos de Firmas
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.	-Se realizan 24 charlas, Talleres dinamicos y actividades ludicas relacionadas con enfermedades respiratorias, brotes y bacterianas. dentro de un contexto informativo, puesto que no se presentan evidencias de broes en el periodo actual.	-Evidencias fotograficas y Formatos de Firmas
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 realiza 24 ejecucion de las acciones, segun el cronograma de la Institucion, actividades academicas, con enfasis en la sencibilizacion por medio de dinamicas, ludicas, apoyo visual y ayudas didacticas	-Regisro fotografico, Formato de firmas, Actas registrada en el Drive correspondiente
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 acompañamiento dentro de los parametros que permite la Institucion	-Registro Fotografico, Acta de Novedades.Bitacora de equipó oce.

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 ejecutan 52 Actividades programadas de EVS y 24 de PyD, programadas en la Instiucion, en los tiempos y grados concertados en cronograma y requeridos por la Institucion. con material de apoyo, videos, fotocopias para colorear, juego didactico.	-Evidencias fotograficas y Formatos 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.	-Se realizan 6 charlas, Talleres dinamicos y actividades ludicas relacionadas con prevencion en areas de salud publica dentro de un contexto informativo, puesto que no se presentan actividades para acompañamiento.	-Evidencias fotograficas y Formatos de Firmas
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.	-Se participa activamente 1 comité y reuniones de Riesgo Escolar, Alimentacion Saludable,Tienda Escolar., segun invitacion de coordinacion.	-Actas y Formatos de Asistencia
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 participa en 2 COMITÉS . Se informa constante mente del auto cuidado y el entorno a los alumnos.	-Formato de firmas.Evidencias fotograficas.Acta Asistencia.
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 15 Apoyo a Primer Respondiente, en todas las situaciones de accidentalidad escolar y 2 que se han reportado, ademas el acompañamiento y observacion del estado de animo del estudiante , comunicacion acertiva y respectiva para cada caso.	-Formato de accidentalidad, evidencias fotograficas y minuta de la Institucion.
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 ejecutan las cinco actividades requeridas y se reporta en los tiempos y plataformas asignadas , con temas y grados concertados.	-Formato de firmas,evidencias fotograficas,Educito,Drive del convenio.

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 la sistematizacion de la informacion en los tiempos establecidos y con la informacion requerida segun lineamientos.	-Educito. Drive del convenio.Informacion del area de sistemas.
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 entrega de soportes en fisico de las a ctividades registradas en las plataformas asignadas, dentro de los tiempos requeridos.	-Formatos de firmas, Actas de asisencia,formatos de accidentalidad.
13	Otras actividades propias del perfil que fortalezcan el desarrollo de las actividades misionales	-Disponivilidad completa en caso de ser requerida.	-Acta, evidencias fotograficas. Minuta.

© 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	
AÑO	MES	AÑO	MES	DÍA	89292806	-		$ 2733720
2025	AGOSTO	2025	09	12				
Valor honorarios certificados el mes anterior en letras		DOS MILLONES SETECIENTOS TREINTA Y TRES MIL SETECIENTOS VEINTEPESOS						

Item		Entidades Aportantes a Seguridad Social	Ingreso Base de Cotización	Valor Mínimo de los Aportes	Valor Aportado
Pensionado	NO	ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES COLPENSIONES	$ 1423500	$ 227760	**$ 228300**
Salud		COMPENSAR		$ 177938	**$ 261500**
ARL	3	SURA		$ 34676	**$ 34800**
Caja de Compensación	NO		**Total**	**$ 413129**	**$ 524600**

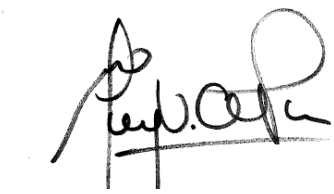
INFORMACIÓN DE PAGO

Entidad Bancaria	BANCO DAVIVIENDA S.A.	Tipo de Cuenta	AHORROS	Número de Cuenta	4870383306

HISTÓRICO

OBSERVACIÓN	USUARIO	FECHA
CREACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES	ADRIANA SOFIA MARTINEZ MORALES	2025-09-25 12:27:36
ACEPTADO SUPERVISIÓN	LEIDY VIVIANA CRUZ PARRA	2025-09-26 19:28:06
ACEPTADO CONTRATACIÓN	MARIA CAMILA DIAZ ZAMUDIO	2025-09-29 09:10:18

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