| | | |
|---|---|---|
| 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:** | 2025-10-01 | **Hasta:** | 2025-10-14 | |
| **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 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 | $1110000 | 81.2% |
| **VALOR SERVICIO PRESTADO MES:** | **$ 1110000** | **UN MILLON CIENTODIEZ MIL PESOS** | | |

## 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 |
| 2 | 2025-09-27 | 2025-10-14 | 2 | $ 1110000 | 1075 |

| **No. Cuenta Según el Mes Certificado** | **Mes Cuenta de Cobro** | **Valor a Pagar** |
|---|---|---|
| 1 | MAYO | $ 2278100 |
| 2 | JUNIO | $ 1822480 |
| 3 | JULIO | $ 1549108 |
| 4 | AGOSTO | $ 2733720 |


***© Siasur - 2025***

| EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO | | |
|---|---|---|
| 5 | SEPTIEMBRE | $ 2733720 |

| VALOR INICIAL DEL CONTRATO | VALOR TOTAL DEL CONTRATO | PAGOS REALIZADOS | SALDO DEL CONTRATO |
|---|---|---|---|
| **$ 5467462** | **$ 12227128** | **$ 11117128** | **$ 1110000** |

| 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 octubre no se presentan casos de brotes epidemiológicos dentro de la institución educativa ciudad de villavicencio, 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. | -En el mes de octubre no se presentan casos de brotes epidemiológicos dentro de la institución educativa ciudad de villavicencio, 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 videos educativos, juegos y carteleras por la promotora de bienestar estudiantil se realiza 5 actividades de promoción y prevención. | -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 formato de primer respondiente 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 realizan 6 actividades con las lineas pedagogicas establecidas por la SED como lo son alimentacion saludable, actividad fisica, prevencion de accidentes, movilidad segura, muvi y proyecto de interculturalidad con los estudiantes docentes y personal administrativo de acuerdo con los lineamientos de promoción y prevención de hábitos de estilos de vida saludable en la IED. Se realizan juegos y movimientos, ubicacion espacial y cuidados osteomusculares | -Evidencias fotográficas que se encuentran en el drive y en los formatos de firmas. En el drive de la secretaría se evidencia el planeador, diario, experiencias significativas y informe en el edusito. |
| 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. | -Durante el mes de octubre se mantuvo disposición para apoyar las campañas de salud promovidas por la SED en la IED asignada, tales como promoción en salud oral. No obstante, se realiza la programación de estas actividades en el IED las cuales se realizan | -Evidencias fotográficas que se encuentran en el drive, formato de firmas, reporte a edusito |
| 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 manifestó a la señora rectora total disposición para participar en los comités institucionales sin embargo, no se solicitó mi intervención durante el mes de octubre. | -Dado que no se solicita mi participación para el desarrollo de las actividades mencionadas, no se generaron evidencias fotográficas. |
| 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 expresó la disposición a la señora rectora para colaborar en el Comité de gestión del riesgo escolar y la brigada escolar en la actualización del Plan de Gestión Integral del Riesgo Escolar (PGIRE), sin que dicha participación fuera requerida durante el mes de octubre. | -Dado que no se solicita mi participación para el desarrollo de las actividades mencionadas, no se generaron evidencias fotográficas. |
| 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 5 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 y en el One Drive. | -Evidencias fotográficas que se encuentran en el drive y one drive, 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 | -Se brinda apoyo en el comedor para la entrega de los alimentos de manera diaria en la IED asignada. " | -Formato de firmas asistencia diaria se encuentra en el drive |

## 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 | 90575811 | - | | $ 2733720 |
| 2025 | SEPTIEMBRE | 2025 | 10 | 10 | | | | |
| 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 | PORVENIR | $ 1093488 | $ 174958 | **$ 227800** |
| Salud | | COMPENSAR | | $ 136686 | **$ 178000** |
| ARL | 3 | SURA | | $ 26637 | **$ 34700** |
| Caja de Compensación | NO | | **Total** | **$ 317352** | **$ 440500** |

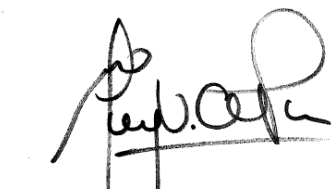
## INFORMACIÓN DE PAGO

| Entidad Bancaria | BANCO DAVIVIENDA S.A. | Tipo de Cuenta | AHORROS | Número de Cuenta | 0550488443683716 |
|---|---|---|---|---|---|

## HISTÓRICO

| OBSERVACIÓN | USUARIO | FECHA |
|---|---|---|
| CREACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES | BRILEY DAYANNA MALAVER GONZALEZ | 2025-10-16 14:23:33 |
| ACEPTADO SUPERVISIÓN | LEIDY VIVIANA CRUZ PARRA | 2025-10-19 13:28:42 |
| ACEPTADO CONTRATACIÓN | ANGIE ALEXANDRA LOZANO ALBERTO | 2025-10-20 15:48:42 |

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 | 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. | | 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 | |
| 2025-10 | 2025-10 | I | 14/10/2025 | 90579841 | $205.600 | |

## 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 | | | | | |
| EPS008 | Compensar EPS | 860066942-7 | 83.100 | 0 | | 0 | | 0 | 0 | 0 | 0 | 83.100 | 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 | 106.300 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | | 106.300 | 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 | 16.200 | | | | 16.200 | 0 | 0 | 16.200 | | | 162 | 16.200 | 1 |

**TOTALES CAJAS**

| Código CCF | Nombre | NIT | Valor Aporte | Días Mora | Valor Mora Aporte | Total a Pagar | No. Afiliados |
|---|---|---|---|---|---|---|---|

**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 | 83.100 | 83.100 |
| Pensión | 1 | 106.300 | 106.300 |
| Riesgos Laborales | 1 | 16.200 | 16.200 |
| CCF | 0 | 0 | 0 |
| ESAP | 0 | 0 | 0 |
| ICBF | 0 | 0 | 0 |
| MEN | 0 | 0 | 0 |
| SENA | 0 | 0 | 0 |
| **TOTALES** | 3 | 205.600 | 205.600 |

PAGADA

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 | EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD |
| 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. | | 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 | |
| 2025-10 | 2025-10 | I | 14/10/2025 | 90579841 | $205.600 | |

## 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 | Estornado | 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 | 1023036800 | MALAVER GONZALEZ BRILEY DAYANNA | 59 | 0 | | | N | | X | | | | | | | | | | | | | | | 230301 | 664.300 | 106.300 | 0 | 0 | 0 | 0 | EPS008 | 664.300 | 83.100 | 14-11 | 664.300 | 3 | 16.200 | | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |

PAGADA

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