



INFORME DE ACTIVIDADES Y CONCEPTO DEL SUPERVISOR DE CONTRATOS DEL IDRD

NO APLICA PARA: CONTRATOS DE OBRA, CONSULTORÍA, NI GUARDIANES, (QUIENES DEBEN PRESENTAR SU INFORME EN EL FORMATO QUE ACTUALMENTE REPORTAN)

INFORME No.
05
FECHA DEL INFORME
31-03-2025

No. DEL CONTRATO Y FECHA
IDRD-STRD-CPS-3999-2024
No. DEL EXPEDIENTE VIRTUAL
2024800701700142E

1. INFORMACIÓN GENERAL

NOMBRE DEL CONTRATISTA	CLAUDIA LUCIA GIRALDO CHAPARRO
NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	46668856
PLAZO DE EJECUCIÓN	5 meses 1 días
VALOR	\$ 26.355.000,00
FECHA ACTA DE INICIO	2024-11-20
FECHA DE TERMINACIÓN	19/04/2025
ADICIÓN Y/O PRÓRROGA	NO APLICA
SUSPENSIONES	NO APLICA
VALOR HONORARIOS MENSUAL	\$ 5.271.000,00
PERIODO DE ACTIVIDADES DE ESTE INFORME	2025-03-01 - 2025-03-31
OBJETO DEL CONTRATO	PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES PARA REALIZAR PROCESOS DE ALFABETIZACIÓN FÍSICA PARA UNA BOGOTÁ MAS ACTIVA Y SALUDABLE

2. DESCRIPCIÓN DE ACTIVIDADES

Enunciar cada una de las obligaciones específicas establecidas en el contrato y describir las actividades realizadas en el período para el cumplimiento de la misma, así como enunciar las evidencias y su ubicación (actas, documentos, planillas, listados, etc.).

OBLIGACIONES ESPECÍFICAS	ACTIVIDADES, EVIDENCIAS Y UBICACIÓN
--------------------------	-------------------------------------

Obligación 1: Obligación No. 1: Realizar indicación, visita, contacto, vinculación, actividades de formación y promoción a instituciones y/o organizaciones públicas y privadas en los entornos educativo, de salud, comunitario y laboral, para desarrollar intervenciones basadas en la promoción de hábitos de vida activa, alfabetización física, actividad física y deporte, comportamiento sedentario, con enfoques informativos, conductuales, de ambiente y de política, en coordinación con el supervisor.	Actividades: Se contacta de forma virtual o presencial las siguientes instituciones para dar continuidad con las asesorías y actividades de promoción de actividad física con la comunidad educativa, adultos y grupos comunitarios específicos al interior de estas. · IED de Usaquén 10/03/25 Talleres de recesos activos para quintos para promotores de actividad física. · IED Divino maestro A 4/03/2025 Talleres sobre conceptos de actividad física y hábitos Saludables para sextos. · IED Divino maestro B 3/03/2025 Talleres sobre conceptos de actividad física y hábitos Saludables para 402,403,404. · IED Divino maestro C 18/03/2025 Talleres sobre conceptos de actividad física y hábitos Saludables para 301,302,303,304. · Colegio Fundación La Paz 14/03/2025 Taller de recesos promotores de actividad física. · Bicentenario Cantón Norte 5/3/2025 Presentación del Portafolio · ICBF 21/03/25 Taller de Autocuidado · SYNLAB S.A.S 18/3/2025 Presentación Portafolio Muévete Bogotá y Programación de actividades para el año 2025. · FIANZA 26/3/2025 Presentación Portafolio Muévete Bogotá y Programación de actividades para el año 2025. Evidencias: Programación en calendario Institucional Actas caracterización seguimiento y control. Ubicación: Ver archivos anexo obligación 1 informe marzo 2025.
---	---

Obligación 2: Sistematizar las actividades, población atendida, y bases de datos relacionados con el procedimiento de actividad física de cada una de las intervenciones realizadas, generando informes, haciendo reporte mensual, diligenciando bases de datos de población atendida de las actividades mensual y final de meta asignada con beneficiarios y jornadas de promoción y formación. Así mismo evidenciar la construcción de material educativo y/o científico que sea utilizado en las intervenciones desarrolladas.	Actividades: Sistematización de la información de las actividades realizada durante el periodo del 01 al 30 de marzo 2025 en las siguientes bases de datos · BASE INSTITUCIONES AMIGAS 2025 · SEGUIMIENTO ACTIVIDADES CADA 15 DIAS – 6 de marzo 2025 · 20 de marzo 2025 · 2025 EXTERNOS LISTADO DE ASISTENCIA / REGISTRO DE DIVULGACIÓN 2025 (Respuestas)/ Marzo · 2025 INTERNOS MUÉVETE LISTADO DE ASISTENCIA / REGISTRO DE DIVULGACIÓN (Respuestas)/ Marzo Evidencia: Enlaces sistematización de información actividades. · 2025 Respuestas Consejería en Actividad física por Localidades · Informe mensual de metas · Adultos (por localidades) · Base de seguimiento SSEO 2025 Ubicación: Ver archivos anexo obligación 2 informe marzo 2025.
Obligación 3: Desarrollar trabajo intersectorial y participar en forma virtual o presencial en lo relacionado con promoción y formación en actividad física en SAN (seguridad alimentaria y nutricional), reuniones de Secretaría Distrital de Integración Social e ICBF especialmente primera infancia, entornos educativos, laborales y comunitarios, en coordinación con el supervisor.	Actividades: 12/3/25 Asistencia a reuniones presenciales organizadas por los Comités Locales de Seguridad Alimentaria de Usaquén. 25/3/25 Asistencia y apoyo Jornada de atención al Migrante Evidencia: Pantallazo de foto, y listado de asistencia. Ubicación: Ver archivo anexo PDF Obligación 3. Informe marzo 2025.
Obligación 4: Desarrollar en coordinación con el supervisor, en las instituciones educativas la intervención para servicio social estudiantil obligatorio en actividad física y deporte de acuerdo con el procedimiento establecido por la entidad y propuestas conjuntas en este campo y consejería en actividad física para poblaciones, evidenciando las fases del proceso de seguimiento tanto de consejería como del SSEO.	Actividades: · 14,21,28/3/25 Colegio Friedrich Naumann: Radicación de documentos, comenzamos actividades. · 26/03/25 ICBF Usaquén: Se envían respuestas de consejería en actividad física. Evidencia: Actas de caracterización Seguimiento y control. Ubicación: Ver archivos anexo obligación 4 informe marzo 2025.

Obligación 5: Asistir y participar en las reuniones de planeación y retroalimentación, jornadas de fortalecimiento técnico e inducción, entrega de elementos y prendas institucionales y eventos que sean programadas por el Instituto Distrital de Recreación y Deporte – IDRD o el programa y reuniones locales de seguimiento, en coordinación con el supervisor.	Actividades: Asistencia a las reuniones virtuales y/o presenciales programadas por el supervisor del contrato y el equipo Muévete Bogotá. · 6,20/3/2025 Reunión Coordinación de contratistas. · 6/3/2025 Reunión organización evaluación dominios SSEO · 25/3/2025 Organización Consejería localidades. · 26/3/2025 Organización actividades Universidad FUCS. Evidencia: Listado de Asistencia Registro de Divulgación, pantallazo listado de firmas internos, Ubicación: Ver archivos anexo obligación 5 informe marzo 2025
Obligación 6: Obligación No. 6: Participar en reuniones o eventos nacionales o internacionales, que le sean asignados por el Supervisor del Contrato, para apoyar el desarrollo de actividades relacionadas con la misión de la entidad y con su objeto contractual; en la participación de los eventos Nacionales o Internacionales que deben ser autorizados por la Subdirección Técnica de Recreación y Deportes del IDRD o Dirección General.	Actividades: Para el periodo del 1 al 30 de marzo de 2025 no he sido delegada por el supervisor del contrato funciones de esta obligación.
Obligación 7: Realizar el apoyo a la Supervisión: vigilancia, control y seguimiento a la ejecución, de los contratos o convenios suscritos por la Subdirección Técnica de Recreación y Deportes – STRD que le sean asignados por escrito, de acuerdo con el plan de trabajo técnico, administrativo y financiero que le sea remitido.	Actividades: Para el periodo del 1 al 30 de marzo de 2025 no he sido delegada por el supervisor del contrato funciones de esta obligación.
Obligación 8: Presentar y cargar los informes mensuales de gestión junto con los soportes exigidos para el respectivo pago en las plataformas institucionales durante toda la ejecución de su contrato.	Actividades: Se carga los documentos correspondientes al informe No.2 en la plataforma de Secop II Evidencia: Pantallazo plataforma Secop II Ubicación: Ver archivos anexo obligación 8 informe marzo 2025

3. INFORMACIÓN APORTES PRESTACIONES SOCIALES

DESCRIPCIÓN DEL APORTE	NOMBRE EMPRESA	VALOR APORTE PAGADO
PAGO APORTES SALUD	FAMISANAR	\$ 263.600,00
PAGO APORTES PENSIÓN	COLPENSIONES	\$ 337.400,00

PAGO RIESGOS LABORALES	POSITIVA DE SEGUROS	\$ 51.400,00
	TOTAL	\$ 652.400,00

[Ver Planilla de Pago](#)

4. ANEXOS

Para la entrega del informe correspondiente al último periodo de actividades; es indispensable anexar adicionalmente: el documento expedido por el Almacén General y el Área de Sistemas donde se evidencie que el contratista se encuentra a paz y salvo con la entidad y el medio magnético con las evidencias de las actividades realizadas durante la ejecución contractual.



Firma Contratista

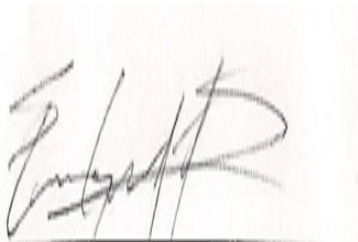
Nombre Completo: CLAUDIA LUCIA GIRALDO CHAPARRO

No. Identificación: 46668856

Cargo: CONTRATISTA

CONCEPTO DEL SUPERVISOR DEL CONTRATO SOBRE EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES DEL CONTRATISTA

El contratista cumple con las obligaciones contractuales y las tareas asignadas en los tiempos pactados, demostrando su compromiso, calidad y colaboración con el equipo de trabajo.



Firma Supervisor

Nombre Completo: EDWIN GIOVANNY MORALES GAMBOA

No. Identificación: 1013598552

Cargo: PROFESIONAL ESPECIALIZADO 222-06

Señores

INSTITUTO DISTRITAL PARA LA RECREACION Y EL DEPORTE
Atn. Area Financiera

Referencia: Certificado de Información Tributaria para Depuración de la Base del cálculo Retención en La Fuente, Art. 383, 387, 388 Estatuto Tributario (Art. 1.2.4.1.6. y siguientes del Decreto 1625 De 2016), por rentas de trabajo que no provienen de una relación laboral o legal y reglamentaria. (ley 2277 de 2022 y Decreto 2231 de 2023).

De conformidad con las normas citadas en la referencia, y con el fin de suministrarla información necesaria para el cálculo de mi base de retención en la fuente aplicable por los ingresos obtenidos en ejecución del contrato de prestación de servicios 3999 de 2024, suscrito entre el IDR y CLAUDIA LUCIA GIRALDO CHAPARRO identificado con C.C 46668856, **bajo la gravedad de juramento certifico que:**

A. De conformidad con el numeral 6 del artículo 1.2.4.1.6. y con el párrafo 4 artículo 1.2.4.1.17. del Decreto 1625 de 2016, tomaré costos y/o deducciones asociados a las rentas percibidas por mi contrato. SI ☐ NO ☒

Si marca (SI), se aplicará la tarifa de retención en la fuente del artículo 392 del E.T (entre el 4% y 11%).

Si marca (NO), se aplicará la tarifa de retención en la fuente del artículo 383.

B. Soy Pensionado (a) SI ☐ NO ☒

Requiere adjuntar certificación de pensión

C. Soy declarante de renta SI ☐ NO ☒

D. Soy responsable de Iva SI ☐ NO ☒

E. Solicito realizar una retención en la fuente adicional a la calculada, por valor de:

Responda las preguntas 1 al 10 solo si respondió NO a la pregunta A

1. Durante el año 2024 realicé pago de intereses por préstamos para adquisición de vivienda (incluido Leasing habitacional) SI ☐ NO ☒

2. En caso de responder afirmativamente la pregunta 1, por favor adjuntar la certificación bancaria y completar la siguiente información:

• Terceras personas con las que adquirí el inmueble hacen uso del beneficio tributario SI ☐ NO ☒

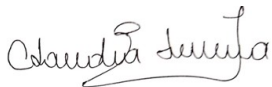
• Mi conyugue hace USO del beneficio tributario SI ☐ NO ☒

• Por lo anterior, Declaro que la deducción prevista se debe realizar proporcionalmente (% de 1 a 100) (Decreto 3750 de 1986 Artículo 8). A mi favor

Bajo la gravedad de juramento declaro que el inmueble por el cual estoy pasando la disminución cumple con los requisitos establecidos en la ley para acceder a este beneficio

3. Durante el año 2024 realicé pagos por salud (medicina prepagada - seguros de salud) SI ☐ NO ☒
Anexar certificado de la entidad donde se evidencie el valor pagado y el periodo.
4. Para el presente pago realicé aporte a pensiones voluntarios SI ☐ NO ☒
Anexar copia del pago.
5. Para el presente pago realicé aporte a AFC SI ☐ NO ☒
Anexar copia de la consignación.
6. Certifico que tengo algunos de los siguientes dependientes SI ☐ NO ☒
7. Número de dependientes
- Hijos menores de 18 años
Requiere registro civil. SI ☐ NO ☒
 - Hijos entre los 18 y 23 años a quienes se les esté dando educación
Requiere anexar certificación semestral de pago de matrícula expedida por la respectiva entidad educativa. SI ☐ NO ☒
 - Hijos de cualquier edad que se encuentren en situación de dependencia por discapacidad
Requiere adjuntar certificado de Medicina Legal o de EPS sobre situación de discapacidad o certificado de contador público si es dependiente por ingresos SI ☐ NO ☒
 - Cónyuge o compañero permanente en situación de dependencia por ausencia de ingresos o ingresos anuales inferiores a 260 UVT (2024) \$12,236.900 anuales, o por discapacidad
Requiere adjuntar certificado de Medicina Legal o de EPS sobre situación de discapacidad o certificado de contador público si es dependiente por ingresos SI ☐ NO ☒
 - Padres y hermanos en situación de dependencia por ausencia de ingresos o por ingresos inferiores a 260 UVT (2024) \$12,236.900 anuales, o por discapacidad
Requiere adjuntar certificado de Medicina Legal o de EPS sobre situación de discapacidad o certificado de contador público si es dependiente por ingresos SI ☐ NO ☒

Nota: Me comprometo a informar cualquier novedad relacionada con lo aquí manifestado, presentando nuevamente el certificado, junto con los soportes a que haya lugar.



Firma: _____

Nombre: CLAUDIA LUCIA GIRALDO CHAPARRO

Cédula: 46668856

La información tributaria determinada con base en lo aquí certificado, surtirá efecto a partir del primer pago o abono en cuenta posterior a la fecha de entrega.

Recibidos (596) - claudia.giraldo

2025 ICBF USAQUÉN - Google

2025 Respuestas Consejería en

IDRD: Calendario - marzo 2025

calendar.google.com/calendar/u/0/r/month

Nuevo Chrome disponible

Calendario

Hoy

Marzo 2025

Mes

+

Crear

Marzo 2025

D L M X J V S

23 24 25 26 27 28 1

2 3 4 5 6 7 8

9 10 11 12 13 14 15

16 17 18 19 20 21 22

23 24 25 26 27 28 29

30 31 1 2 3 4 5

Reunirse con...

Buscar personas

Estadísticas de tiem...

Mis calendarios

☒ Claudia Lucia Giraldo Cha...

☐ Cumpleaños

☒ Tasks

DOM 23	LUN 24	MAR 25	MIÉ 26	JUE 27	VIE 28	SÁB 1 mar
	7:30am Trabajo admir 4:35pm Ecografia	7am Presentación Por	9am Consejería en Ac		9am Promotores de a	
2	7:30am Talleres de se 2 más	7:30am Divino maestr	8am Presentación Col 10am Presentación Pc	1pm Reunión organiza 2:30pm Virtual, Reuni	6:30am Divino Maestr 2 más	Día de la Mujer
9	12pm Talleres de sens	7am Divino Maestro S 2 más	8am Comité SAN	2pm Divino Maestro S 5pm Virtual revisión p	8am Promotores Func 2pm SSEO Colegio Fri	15
16	8am Trabajo Organiza	2pm Divino Maestro S	Día de San José 7:30am Presentación	8am Migrantes 2pm Presencial, Reun	7:30am Talleres padre 2 más	8am Exámenes de sar
23	Día de San José	8am CIsan día consun 2:15pm Consejería	8:30am Presentación 9:30am Trabajo admir	7am Trabajo Administ	2pm SSEO Colegio Fri	29
30	31	1 abr	12pm Talleres de sens	8:30am Consejería Ca 2pm Virtual, Reunión	2pm SSEO Colegio Fri	5

Búsqueda

13°C Mayorm. nublado

12:36 a. m. 28/03/2025



ACTA CARACTERIZACIÓN SEGUIMIENTO Y CONTROL

2. SEGUIMIENTO Y CONTROL DE ACTIVIDADES														
Fecha	10/03/25	Profesional MB	Claudia Giraldo	Nombre de la institución		Colegio Usaquéñ IED				Loc 1				
ACTIVIDAD DESARROLLADA Virtual__ Presencial_X__		DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD			No. Participantes hombres	No. Participantes mujeres	Rango de Población	OBSERVACIONES						
Actividades en entornos escolares Jornada Tarde		Taller de recesos			31	34	5 a 12 años							
							13 a 17 años							
							18 a 26 años							
							27 a 59 años							
							60 ó más							
Formato de soporte	2024 EXTERNOS LISTADO DE ASISTENCIA / REGISTRO DE	Nº de Folios de soporte	1	Nombre y Firma responsable de la Institución		Adriana Ortiz Ruby Solano		https://docs.google.com/spreadsheets/d/11m9WY_oYag69WkVBPCQH0p7L1Yu0uogbL3						
Fecha		Profesional MB	Claudia Giraldo	Nombre de la institución		Colegio Usaquéñ IED								
ACTIVIDAD DESARROLLADA Virtual__ Presencial_X__		DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD			No. Participantes hombres	No. Participantes mujeres	Rango de Población	OBSERVACIONES						
							5 a 12 años							
							13 a 17 años							
							18 a 26 años							
							27 a 59 años							
							60 ó más							
Formato de soporte	BASE CONTROL ESCOLAR INDIVIDUAL 2024 Control de Beneficiarios	Nº de Folios de soporte	2	Nombre y Firma responsable de la Institución										
Fecha		Profesional MB	Claudia Giraldo	Nombre de la institución		Colegio Usaquéñ IED								
ACTIVIDAD DESARROLLADA Virtual__ Presencial_X__		DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD			No. Participantes hombres	No. Participantes	Rango de Población	OBSERVACIONES						
							5 a 12 años							
							13 a 17 años							
							18 a 26 años							
							27 a 59 años							
							60 ó más							
Formato de soporte	Control de Beneficiarios Entorno Escolar Respuestas por	Nº de Folios de soporte	2	Nombre y Firma responsable de la Institución										
Fecha		Profesional MB	Claudia Giraldo	Nombre de la institución		IED Usaquéñ								
ACTIVIDAD DESARROLLADA Virtual ----- Presencial_X__		DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD			No. Participantes hombres	No. Participantes	Rango de Población	OBSERVACIONES						
							5 a 12 años							
							13 a 17 años							
							18 a 26 años							
							27 a 59 años							
							60 ó más							
Formato de soporte		Nº de Folios de soporte		Nombre y Firma responsable de la Institución		Pablo Rodriguez Maritza Camargo								
3. EVALUACIÓN DE ASESORIAS- INTERVENCIONES Y ACTIVIDADES														
Fecha	D M A	Profesional MB	Claudia Aguirre	Nombre y Firma responsable de la Institución			David José Gómez Cárdenas							
NOTA Para Nosotros es importante conocer su percepción sobre cada uno de los aspectos de las intervenciones del Programa Muévete Bogotá. A continuación marque de 1 a 5 (Siendo 1 el menor puntaje y 5 el mayor puntaje) según considere cada uno de los aspectos a evaluar.														
1. Puntualidad de las Actividades				1	1+	2	2+	3	3+	4	4 +	5	La asesoría prestada le aporta a los objetivos de su institución	SI
2. Presentación de contenidos aplicable al contexto				1	1+	2	2+	3	3+	4	4 +	5		NO
3. Se resolvieron las inquietudes de manera adecuada y clara				1	1+	2	2+	3	3+	4	4 +	5	¿Por qué?	
4. Se cuenta con los recursos necesarios y acordes a la actividad				1	1+	2	2+	3	3+	4	4 +	5		
OBSERVACIONES:														

ACTA CARACTERIZACIÓN SEGUIMIENTO Y CONTROL

2. SEGUIMIENTO Y CONTROL DE ACTIVIDADES														
Fecha	3.11/03/25	Profesional MB	Claudia Giraldo	Nombre de la institución	IED Divino maestro B				Loc 1					
ACTIVIDAD DESARROLLADA	DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD			No. Participantes hombres	No. Participantes mujeres	Rango de Población	OBSERVACIONES							
Talleres en entornos escolares sede B Jornada mañana	Se realizan talleres de sensibilización para estudiantes de 402,403 y 404			86	99	5 a 12 años								
						13 a 17 años								
						18 a 26 años								
						27 a 59 años								
						60 ó más								
Formato de soporte	USAQUEN ADULTOS CONTROL Y SEGUIMIENTO DE BENEFICIARIOS MUÉVETE BOGOTÁ V4	N° de Folios de soporte	3	Nombre y Firma responsable de la Institución		Carolina Olaya		https://docs.google.com/spreadsheets/d/16M6P5BweYowUngZc33ACzUKQ92140Wo0k16J5HgU4i						
Fecha	04/03/25	Profesional MB	Claudia Giraldo	Nombre de la institución	IED Divino maestro sede A				Loc 1					
ACTIVIDAD DESARROLLADA	DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD			No. Participantes hombres	No. Participantes mujeres	Rango de Población	OBSERVACIONES							
Talleres en entornos escolares sede A Jornada mañana	Se realizan talleres de sensibilización para estudiantes de 601 y 602			43	38	5 a 12 años								
						13 a 17 años								
						18 a 26 años								
						27 a 59 años								
						60 ó más								
Formato de soporte	USAQUEN Control de Beneficiarios Entorno Escolar (Respuestas)	N° de Folios de soporte	2	Nombre y Firma responsable de la Institución		Carolina Olaya		https://docs.google.com/spreadsheets/d/16M6P5BweYowUngZc33ACzUKQ92140Wo0k16J5HgU4i						
Fecha	18/03/25	Profesional MB	Claudia Giraldo	Nombre de la institución	IED Divino maestro C				Loc 1					
ACTIVIDAD DESARROLLADA	DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD			No. Participantes hombres	No. Participantes mujeres	Rango de Población	OBSERVACIONES							
Talleres en entornos escolares sede C Jornada tarde	Se realizan talleres de sensibilización para estudiantes de 301,302,303,304					5 a 12 años								
						13 a 17 años								
				66	48	18 a 26 años								
						27 a 59 años								
						60 ó más								
Formato de soporte	USAQUEN Control de Beneficiarios Entorno Escolar (Respuestas)	N° de Folios de soporte	2	Nombre y Firma responsable de la Institución		Marco Rodríguez		https://docs.google.com/spreadsheets/d/16M6P5BweYowUngZc33ACzUKQ92140Wo0k16J5HgU4i						
Fecha		Profesional MB	Claudia Giraldo	Nombre de la institución	IED Divino maestro				Loc 1					
ACTIVIDAD DESARROLLADA	DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD			No. Participantes hombres	No. Participantes mujeres	Rango de Población	OBSERVACIONES							
						5 a 12 años								
						13 a 17 años								
						18 a 26 años								
						27 a 59 años								
						60 ó más								
Formato de soporte	2024 EXTERNOS LISTADO DE ASISTENCIA / REGISTRO DE DIVULGACIÓN 2024 (Respuestas)	N° de Folios de soporte		Nombre y Firma responsable de la Institución										
3. EVALUACIÓN DE ASESORIAS- INTERVENCIONES Y ACTIVIDADES														
Fecha	D M A	Profesional MB		Nombre y Firma responsable de la Institución										
NOTA Para Nosotros es importante conocer su percepción sobre cada uno de los aspectos de las intervenciones del Programa Muévete Bogotá. A continuación marque de 1 a 5 (Siendo 1 el menor puntaje y 5 el mayor puntaje) según considere cada uno de los aspectos a evaluar.														
1. Puntualidad de las Actividades				1	1+	2	2+	3	3+	4	4+	5	La asesoría prestada le aporta a los objetivos de su institución	SI
2. Presentación de contenidos aplicable al contexto				1	1+	2	2+	3	3+	4	4+	5		NO
3. Se resolvieron las inquietudes de manera adecuada y clara				1	1+	2	2+	3	3+	4	4+	5	¿Por qué?	
4. Se cuenta con los recursos necesarios y acordes a la actividad				1	1+	2	2+	3	3+	4	4+	5		
OBSERVACIONES:														

ACTA CARACTERIZACIÓN SEGUIMIENTO Y CONTROL

2. SEGUIMIENTO Y CONTROL DE ACTIVIDADES														
Fecha	3.11/03/25	Profesional MB	Claudia Giraldo	Nombre de la institución	IED Divino maestro B				Loc 1					
ACTIVIDAD DESARROLLADA	DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD			No. Participantes hombres	No. Participantes mujeres	Rango de Población	OBSERVACIONES							
Talleres en entornos escolares sede B Jornada mañana	Se realizan talleres de sensibilización para estudiantes de 402,403 y 404			86	99	5 a 12 años								
						13 a 17 años								
						18 a 26 años								
						27 a 59 años								
						60 ó más								
Formato de soporte	USAQUEN ADULTOS CONTROL Y SEGUIMIENTO DE BENEFICIARIOS MUÉVETE BOGOTÁ V4	N° de Folios de soporte	3	Nombre y Firma responsable de la Institución		Carolina Olaya		https://docs.google.com/spreadsheets/d/16M6P5BweYowUngZc33ACzUKQ92140Wo0k16J5HgU4i						
Fecha	04/03/25	Profesional MB	Claudia Giraldo	Nombre de la institución	IED Divino maestro sede A				Loc 1					
ACTIVIDAD DESARROLLADA	DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD			No. Participantes hombres	No. Participantes mujeres	Rango de Población	OBSERVACIONES							
Talleres en entornos escolares sede A Jornada mañana	Se realizan talleres de sensibilización para estudiantes de 601 y 602			43	38	5 a 12 años								
						13 a 17 años								
						18 a 26 años								
						27 a 59 años								
						60 ó más								
Formato de soporte	USAQUEN Control de Beneficiarios Entorno Escolar (Respuestas)	N° de Folios de soporte	2	Nombre y Firma responsable de la Institución		Carolina Olaya		https://docs.google.com/spreadsheets/d/16M6P5BweYowUngZc33ACzUKQ92140Wo0k16J5HgU4i						
Fecha	18/03/25	Profesional MB	Claudia Giraldo	Nombre de la institución	IED Divino maestro C				Loc 1					
ACTIVIDAD DESARROLLADA	DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD			No. Participantes hombres	No. Participantes mujeres	Rango de Población	OBSERVACIONES							
Talleres en entornos escolares sede C Jornada tarde	Se realizan talleres de sensibilización para estudiantes de 301,302,303,304					5 a 12 años								
						13 a 17 años								
				66	48	18 a 26 años								
						27 a 59 años								
						60 ó más								
Formato de soporte	USAQUEN Control de Beneficiarios Entorno Escolar (Respuestas)	N° de Folios de soporte	2	Nombre y Firma responsable de la Institución		Marco Rodríguez		https://docs.google.com/spreadsheets/d/16M6P5BweYowUngZc33ACzUKQ92140Wo0k16J5HgU4i						
Fecha		Profesional MB	Claudia Giraldo	Nombre de la institución	IED Divino maestro				Loc 1					
ACTIVIDAD DESARROLLADA	DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD			No. Participantes hombres	No. Participantes mujeres	Rango de Población	OBSERVACIONES							
						5 a 12 años								
						13 a 17 años								
						18 a 26 años								
						27 a 59 años								
						60 ó más								
Formato de soporte	2024 EXTERNOS LISTADO DE ASISTENCIA / REGISTRO DE DIVULGACIÓN 2024 (Respuestas)	N° de Folios de soporte		Nombre y Firma responsable de la Institución										
3. EVALUACIÓN DE ASESORIAS- INTERVENCIONES Y ACTIVIDADES														
Fecha	D M A	Profesional MB		Nombre y Firma responsable de la Institución										
NOTA Para Nosotros es importante conocer su percepción sobre cada uno de los aspectos de las intervenciones del Programa Muévete Bogotá. A continuación marque de 1 a 5 (Siendo 1 el menor puntaje y 5 el mayor puntaje) según considere cada uno de los aspectos a evaluar.														
1. Puntualidad de las Actividades				1	1+	2	2+	3	3+	4	4+	5	La asesoría prestada le aporta a los objetivos de su institución	SI
2. Presentación de contenidos aplicable al contexto				1	1+	2	2+	3	3+	4	4+	5		NO
3. Se resolvieron las inquietudes de manera adecuada y clara				1	1+	2	2+	3	3+	4	4+	5	¿Por qué?	
4. Se cuenta con los recursos necesarios y acordes a la actividad				1	1+	2	2+	3	3+	4	4+	5		
OBSERVACIONES:														

ACTA CARACTERIZACIÓN SEGUIMIENTO Y CONTROL

2. SEGUIMIENTO Y CONTROL DE ACTIVIDADES														
Fecha	3.11/03/25	Profesional MB	Claudia Giraldo	Nombre de la institución	IED Divino maestro B				Loc 1					
ACTIVIDAD DESARROLLADA	DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD			No. Participantes hombres	No. Participantes mujeres	Rango de Población	OBSERVACIONES							
Talleres en entornos escolares sede B Jornada mañana	Se realizan talleres de sensibilización para estudiantes de 402,403 y 404			86	99	5 a 12 años								
						13 a 17 años								
						18 a 26 años								
						27 a 59 años								
						60 ó más								
Formato de soporte	USAQUEN ADULTOS CONTROL Y SEGUIMIENTO DE BENEFICIARIOS MUÉVETE BOGOTÁ V4	N° de Folios de soporte	3	Nombre y Firma responsable de la Institución		Carolina Olaya		https://docs.google.com/spreadsheets/d/16M6P5BweYowUngZc33ACzUKQ92140Wo0k16J5HgU4i						
Fecha	04/03/25	Profesional MB	Claudia Giraldo	Nombre de la institución	IED Divino maestro sede A				Loc 1					
ACTIVIDAD DESARROLLADA	DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD			No. Participantes hombres	No. Participantes mujeres	Rango de Población	OBSERVACIONES							
Talleres en entornos escolares sede A Jornada mañana	Se realizan talleres de sensibilización para estudiantes de 601 y 602			43	38	5 a 12 años								
						13 a 17 años								
						18 a 26 años								
						27 a 59 años								
						60 ó más								
Formato de soporte	USAQUEN Control de Beneficiarios Entorno Escolar (Respuestas)	N° de Folios de soporte	2	Nombre y Firma responsable de la Institución		Carolina Olaya		https://docs.google.com/spreadsheets/d/16M6P5BweYowUngZc33ACzUKQ92140Wo0k16J5HgU4i						
Fecha	18/03/25	Profesional MB	Claudia Giraldo	Nombre de la institución	IED Divino maestro C				Loc 1					
ACTIVIDAD DESARROLLADA	DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD			No. Participantes hombres	No. Participantes mujeres	Rango de Población	OBSERVACIONES							
Talleres en entornos escolares sede C Jornada tarde	Se realizan talleres de sensibilización para estudiantes de 301,302,303,304					5 a 12 años								
						13 a 17 años								
				66	48	18 a 26 años								
						27 a 59 años								
						60 ó más								
Formato de soporte	USAQUEN Control de Beneficiarios Entorno Escolar (Respuestas)	N° de Folios de soporte	2	Nombre y Firma responsable de la Institución		Marco Rodríguez		https://docs.google.com/spreadsheets/d/16M6P5BweYowUngZc33ACzUKQ92140Wo0k16J5HgU4i						
Fecha		Profesional MB	Claudia Giraldo	Nombre de la institución	IED Divino maestro				Loc 1					
ACTIVIDAD DESARROLLADA	DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD			No. Participantes hombres	No. Participantes mujeres	Rango de Población	OBSERVACIONES							
						5 a 12 años								
						13 a 17 años								
						18 a 26 años								
						27 a 59 años								
						60 ó más								
Formato de soporte	2024 EXTERNOS LISTADO DE ASISTENCIA / REGISTRO DE DIVULGACIÓN 2024 (Respuestas)	N° de Folios de soporte		Nombre y Firma responsable de la Institución										
3. EVALUACIÓN DE ASESORIAS- INTERVENCIONES Y ACTIVIDADES														
Fecha	D M A	Profesional MB		Nombre y Firma responsable de la Institución										
NOTA Para Nosotros es importante conocer su percepción sobre cada uno de los aspectos de las intervenciones del Programa Muévete Bogotá. A continuación marque de 1 a 5 (Siendo 1 el menor puntaje y 5 el mayor puntaje) según considere cada uno de los aspectos a evaluar.														
1. Puntualidad de las Actividades				1	1+	2	2+	3	3+	4	4+	5	La asesoría prestada le aporta a los objetivos de su institución	SI
2. Presentación de contenidos aplicable al contexto				1	1+	2	2+	3	3+	4	4+	5		NO
3. Se resolvieron las inquietudes de manera adecuada y clara				1	1+	2	2+	3	3+	4	4+	5	¿Por qué?	
4. Se cuenta con los recursos necesarios y acordes a la actividad				1	1+	2	2+	3	3+	4	4+	5		
OBSERVACIONES:														

ACTA CARACTERIZACIÓN SEGUIMIENTO Y CONTROL

2. SEGUIMIENTO Y CONTROL DE ACTIVIDADES														
Fecha	14/03/25	Profesional MB	Claudia Giraldo	Nombre de la institución	Fundación La Paz					Loc 1				
ACTIVIDAD DESARROLLADA	Virtual ___ Presencial _X_	DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD		No. Participantes hombres	No. Participantes mujeres	Rango de Población	OBSERVACIONES							
Talleres entorno escolar	Talleres sobre recesos activos con promotores de quinto			5 a 12 años	La población no se reporta									
				13 a 17 años										
				18 a 26 años										
				27 a 59 años										
				60 ó más										
Formato de soporte	USAQUEN Control de Beneficiarios Entorno Escolar (Respuestas)	N° de Folios de soporte	2	Nombre y Firma responsable de la Institución	Brillhi Cruz		https://docs.google.com/spreadsheets/d/1sM8Zym4USJ4ZUqv9XMMiSQdLdCIRZ8A1xv9UPvalliQ/							
Fecha	11,16/04/24	Profesional MB	Claudia Giraldo	Nombre de la institución	Fundación La paz									
ACTIVIDAD DESARROLLADA	Virtual ___ Presencial _X_	DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD		No. Participantes hombres	No. Participantes mujeres	Rango de Población	OBSERVACIONES							
				5 a 12 años										
				13 a 17 años										
				18 a 26 años										
				27 a 59 años										
				60 ó más										
Formato de soporte	USAQUEN Control de Beneficiarios Entorno Escolar (Respuestas) 2024 Respuestas Consejería	N° de Folios de soporte		Nombre y Firma responsable de la Institución										
Fecha	10/06/24	Profesional MB	Claudia Giraldo	Nombre de la institución	Fundación La paz					Loc 1				
ACTIVIDAD DESARROLLADA		DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD		No. Participantes hombres	No. Participantes mujeres	Rango de Población	OBSERVACIONES							
				5 a 12 años										
				13 a 17 años										
				18 a 26 años										
				27 a 59 años										
				60 ó más										
Formato de soporte	2024 EXTERNOS LISTADO DE ASISTENCIA / REGISTRO DE DIVULGACIÓN 2024 (Respuestas)	N° de Folios de soporte	2	Nombre y Firma responsable de la Institución	Brillhi Cruz									
Fecha	23/07/24	Profesional MB	Claudia Giraldo	Nombre de la institución	Fundación La paz					Loc 1				
ACTIVIDAD DESARROLLADA		DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD		No. Participantes hombres	No. Participantes mujeres	Rango de Población	OBSERVACIONES							
				5 a 12 años										
				13 a 17 años										
				18 a 26 años										
				27 a 59 años										
				60 ó más										
Formato de soporte	USAQUEN Control de Beneficiarios Entorno Escolar (Respuestas)	N° de Folios de soporte	2	Nombre y Firma responsable de la Institución										
3. EVALUACIÓN DE ASESORIAS- INTERVENCIONES Y ACTIVIDADES														
Fecha	D M A	Profesional MB		Nombre y Firma responsable de la Institución										
NOTA Para Nosotros es importante conocer su percepción sobre cada uno de los aspectos de las intervenciones del Programa Muévete Bogotá. A continuación marque de 1 a 5 (Siendo 1 el menor puntaje y 5 el mayor puntaje) según considere cada uno de los aspectos a evaluar.														
1. Puntualidad de las Actividades				1	1+	2	2+	3	3+	4	4+	5	La asesoría prestada le aporta a los objetivos de su institución	SI
2. Presentación de contenidos aplicable al contexto				1	1+	2	2+	3	3+	4	4+	5		NO
3. Se resolvieron las inquietudes de manera adecuada y clara				1	1+	2	2+	3	3+	4	4+	5	¿Por qué?	
4. Se cuenta con los recursos necesarios y acordes a la actividad				1	1+	2	2+	3	3+	4	4+	5		
OBSERVACIONES:														



ACTA CARACTERIZACIÓN SEGUIMIENTO Y CONTROL

2. SEGUIMIENTO Y CONTROL DE ACTIVIDADES														
Fecha	21/03/25	Profesional MB	Claudia Giraldo		Nombre de la institución					1				
ACTIVIDAD DESARROLLADA	Virtual __ Presencial _X_		DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD			No. Participantes hombres	No. Participantes mujeres	Rango de Población	OBSERVACIONES					
Actividades en entornos laborales	Taller de Autocuidado					5 a 12 años		La población nose reporta						
						13 a 17 años								
						18 a 26 años								
						27 a 59 años								
						60 ó más								
Formato de soporte	USAQUEN ADULTOS CONTROL Y SEGUIMIENTO DE BENEFICIARIOS MUÉVETE BOGOTÁ.V4	N° de Folios de soporte	1	Nombre y Firma responsable de la Institución		Monica Daza			https://docs.google.com/spreadsheets/d/1AW0d0F5-4hspqwHryfg26Z8pACXAxL_z84a					
Fecha	4,21/06/24	Profesional MB	Claudia Giraldo		Nombre de la institución		Parceros Cuidando Bogotá			1				
ACTIVIDAD DESARROLLADA	Virtual __ Presencial _X_		DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD			No. Participantes hombres	No. Participantes mujeres	Rango de Población	OBSERVACIONES					
						5 a 12 años								
						13 a 17 años								
						18 a 26 años								
						27 a 59 años								
						60 ó más								
Formato de soporte	2024 EXTERNOS LISTADO DE ASISTENCIA / REGISTRO DE	N° de Folios de soporte	3	Nombre y Firma responsable de la Institución										
Fecha	03/07/24	Profesional MB	Claudia Giraldo		Nombre de la institución		Parceros Cuidando Bogotá							
ACTIVIDAD DESARROLLADA	DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD			No. Participantes hombres	No. Participantes	Rango de Población	OBSERVACIONES							
						5 a 12 años								
						13 a 17 años								
						18 a 26 años								
						27 a 59 años								
						60 ó más								
Formato de soporte	2024 Respuestas Consejería en Actividad física por Localidades	N° de Folios de soporte	2	Nombre y Firma responsable de la Institución										
Fecha	19/07/24	Profesional MB	Claudia Giraldo		Nombre de la institución		ICBF							
ACTIVIDAD DESARROLLADA	DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD			No. Participantes hombres	No. Participantes	Rango de Población	OBSERVACIONES							
						5 a 12 años								
						13 a 17 años								
						18 a 26 años								
						27 a 59 años								
						60 ó más								
Formato de soporte	USAQUEN ADULTOS CONTROL Y SEGUIMIENTO DE BENEFICIARIOS	N° de Folios de soporte		Nombre y Firma responsable de la Institución										
3. EVALUACIÓN DE ASESORIAS- INTERVENCIONES Y ACTIVIDADES														
Fecha	D M A	Profesional MB			Nombre y Firma responsable de la Institución									
NOTA Para Nosotros es importante conocer su percepción sobre cada uno de los aspectos de las intervenciones del Programa Muévete Bogotá. A continuación marque de 1 a 5 (Siendo 1 el menor puntaje y 5 el mayor puntaje) según considere cada uno de los aspectos a evaluar.														
1. Puntualidad de las Actividades				1	1+	2	2+	3	3+	4	4+	5	La asesoría prestada le aporta a los objetivos de su institución	SI
2. Presentación de contenidos aplicable al contexto				1	1+	2	2+	3	3+	4	4+	5		NO
3. Se resolvieron las inquietudes de manera adecuada y clara				1	1+	2	2+	3	3+	4	4+	5	¿Por qué?	
4. Se cuenta con los recursos necesarios y acordes a la actividad				1	1+	2	2+	3	3+	4	4+	5		
OBSERVACIONES:														

ACTA CARACTERIZACIÓN SEGUIMIENTO Y CONTROL

1. CARACTERIZACIÓN											
Fecha	19/3/2025		Localidad	Usaquén	Profesional MB	Claudia Giraldo		Entorno intervenido	E-L-S-G		
Institución	SYNLAB S.A.S				Dirección	carrera 14a #101 73			Teléfono	3188605826	
Persona Encargada o de Contacto	Jaidy Arenas Mejia			Cargo	líder de SST		Correo Electrónico	jaidy.arenas@synlab.co			
CARACTERIZACIÓN	Tipo población	X	X	Otro	Total de población	No. Estimado de población a intervenir	Estrato	1 2 3 4 5 6			
		Trabajadores oficina	Trabajadores campo		200	200	Programa de riesgo Biomecanico				
	Existe Programa de Promoción de Salud, Actividad Física o Calidad de Vida	SI NO	Tiempo de implementación del programa	Nombre de programa (s) y Actividades que realizan							
	Espacios para la práctica de la Actividad Física dentro y/o fuera de la institución.		SI NO	¿Cuáles?	1 salon de reunión						
DESARROLLO REUNIÓN : Se presenta el portafolio del Programa y se sugiere como sería el orden de las actividades, se agentan actividades para el día 8 de abril											
ACTIVIDADES DE PROMOCIÓN, INTERVENCIÓN Y APOYO INSTITUCIONAL											
INTERVENCIONES EN ALFABETIZACIÓN FÍSICA: Presencial _x_ Virtual ____								EVENTOS Y CELEBRACIONES			
Diagnóstico poblacional	Capacitación promotores	Herramientas pedagógica	Actividades entorno educativo			Actividad entorno comunitario		Formulación proyecto AF en institución	Encuentros Saludables y Activos	Semana de hábitos saludables	
ECV TR MC MAF CS CAF	Recom. AF Evaluación AF Intervención	INF PP Videos Artículos	SSEO	Módulo MARA	Integración Curricular	Estrategia Autocuidado	Consejería en actividad física	Nombre, Logo, Modelo Lógico	ME Local ME Distrital MT Distrital	Stand Informativo Modulo Consejería Talleres de Sensibiliz.	
COMPROMISOS Y MECANISMOS DE COOPERACIÓN Y PARTICIPACIÓN											
POR EL IDRD						POR LA INSTITUCIÓN					
Realizar el acompañamiento, seguimiento y ejecución de acciones para promover AF y prácticas saludables con la población de la institución. Brindar información sobre las actividades del IDRD.						Gestionar y apoyar las actividades del programa Muévete Bogotá con los trabajadores de la entidad					
ASISTENTES											
Nombre y Apellido		Institución/Cargo			Teléfono		Correo Electrónico		Firma		
Jaidi Arenas Mejia		Líder SST			3223220371		jaidy.arenas@synlab.co		https://docs.google.com/spreadsheets/d/1sM8ZYm4USI4ZUqv9XMmISQdLdCIRZ8A1xy9UPyall0/edit?gid=970763903#gid=970763903		
Claudia Giraldo		Profesional Programa Muévete Bogotá			3138303545		claudia.giraldo@idrd.gov.co				
2. SEGUIMIENTO Y CONTROL DE ACTIVIDADES											
Fecha	Profesional MB		Claudia Lucia Giraldo Chaparro		Nombre responsable de la institución						
ACTIVIDAD DESARROLLADA Virtual ____ Presencial ____X__		DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD			No. Participantes hombres	No. Participantes mujeres	Rango de Población	OBSERVACIONES			
							5 a 12 años				
							13 a 17 años				
							18 a 26 años				
							27 a 59 años				
							60 o más				
Formato de soporte	2024 Respuestas Consejería en Actividad física por Localidades 2024 EXTERNOS LISTADO	N° de Folios de soporte	3	Firma responsable de la Institución	Natalia Guillen						
NOTA: Según la intervención a realizar seleccione y coloque la sigla establecida.											
ECV= Encuesta calidad de vida	MC = Modulo Consejería	TR = Taller riesgo	CS = Comportamiento Sedentario	PP = Power Point	INF= Infografías	MAF= Medición Aptitud Física	CAF = Comportamiento AF	SSEO = Servicio Social Estudiantil Obligatorio	ME= Muévete Escolar	MT = Muévete Trabajador	

ACTA CARACTERIZACIÓN SEGUIMIENTO Y CONTROL

1. CARACTERIZACIÓN											
Fecha	26/3/2025		Localidad	Usaquén	Profesional MB	Claudia Giraldo		Entorno intervenido	E-L-S-G		
Institución	Fianza Ltda				Dirección	Av 15 # 106-32			Teléfono	3188605826	
Persona Encargada o de Contacto	Rossy Chaves				Cargo	líder de SST		Correo Electrónico	sst@fianza.com.co		
CARACTERIZACIÓN	Tipo población	X	X	Otro	Total de población	No. Estimado de población a intervenir	Estrato	1 2 3 4 5 6			
		Trabajadores oficina	Trabajadores campo		200	200	Programa de riesgo Biomecanico, y varios años trabajando con Muévete Bogotá.				
	Existe Programa de Promoción de Salud, Actividad Física o Calidad de Vida	SI NO	Tiempo de implementación del programa	Nombre de programa (s) y Actividades que realizan							
	Espacios para la práctica de la Actividad Física dentro y/o fuera de la institución.	SI NO	¿Cuáles?	1 salon de reunión							
DESARROLLO REUNIÓN : Se presenta el portafolio del Programa Muévete Bogotá del entorno laboral a la nueva lider de SST de la entidad y se acuerdan 3 fechas por el momento, 8 de abril consejería en actividad física, 6 de agosto tips posturales y 3 de octubre autocuidado.											
ACTIVIDADES DE PROMOCIÓN, INTERVENCIÓN Y APOYO INSTITUCIONAL											
INTERVENCIONES EN ALFABETIZACIÓN FÍSICA: Presencial _x_ Virtual ____								EVENTOS Y CELEBRACIONES			
Diagnóstico poblacional	Capacitación promotores	Herramientas pedagógica	Actividades entorno educativo			Actividad entorno comunitario		Formulación proyecto AF en institución	Encuentros Saludables y Activos	Semana de hábitos saludables	
ECV TR MC MAF CS CAF	Recom. AF Evaluación AF Intervención	INF PP Videos Artículos	SSEO	Módulo MARA	Integración Curricular	Estrategia Autocuidado	Consejería en actividad física	Nombre, Logo, Modelo Lógico	ME Local ME Distrital MT Distrital	Stand Informativo Modulo Consejería Talleres de Sensibiliz.	
COMPROMISOS Y MECANISMOS DE COOPERACIÓN Y PARTICIPACIÓN											
POR EL IDRD						POR LA INSTITUCIÓN					
Realizar el acompañamiento, seguimiento y ejecución de acciones para promover AF y prácticas saludables con la población de la institución. Brindar información sobre las actividades del IDRD.						Gestionar y apoyar las actividades del programa Muévete Bogotá con los trabajadores de la entidad					
ASISTENTES											
Nombre y Apellido		Institución/Cargo		Teléfono		Correo Electrónico		Firma			
Rossy Chaves		Líder SST		3188605826		sst@fianza.com.co		https://docs.google.com/spreadsheets/d/1sM8ZYm4USI4ZUqv9XMmISQdLdCIRZ8A1xy9UPyall0/edit?gid=970763903#gid=970763903			
Claudia Giraldo		Profesional Programa Muévete Bogotá		3138303545		claudia.giraldo@idrd.gov.co					
2. SEGUIMIENTO Y CONTROL DE ACTIVIDADES											
Fecha	Profesional MB		Claudia Lucia Giraldo Chaparro		Nombre responsable de la institución		Fianza HBO				
ACTIVIDAD DESARROLLADA Virtual ____ Presencial _X_		DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD			No. Participantes hombres	No. Participantes mujeres	Rango de Población	OBSERVACIONES			
							5 a 12 años				
							13 a 17 años				
							18 a 26 años				
							27 a 59 años				
							60 o más				
Formato de soporte	N° de Folios de soporte	3	Firma responsable de la Institución	Natalia Guillen							
NOTA: Según la intervención a realizar seleccione y coloque la sigla establecida.											
ECV= Encuesta calidad de vida	MC = Modulo Consejería	TR = Taller riesgo	CS = Comportamiento Sedentario	PP = Power Point	INF= Infografías	MAF= Medición Aptitud Física	CAF = Comportamiento AF	SSEO = Servicio Social Estudiantil Obligatorio	ME= Muévete Escolar	MT = Muévete Trabajador	

Obligación 2

- BASE INSTITUCIONES AMIGAS 2025/Loc 1
https://docs.google.com/spreadsheets/d/1IHbW_2t8GyAFggI_WGbMQ9aKOWMApZAYOPGkINv9aHQ/edit?gid=180947161#gid=180947161
- SEGUIMIENTO ACTIVIDADES CADA 15 DIAS – 2025
Marzo 6
<https://docs.google.com/spreadsheets/d/1IXhi09olsUKjcEYWRGFUMmtT0LKMDNwkrkDcoN8hggU/edit?gid=457331816#gid=457331816>
Marzo 20
<https://docs.google.com/spreadsheets/d/1IXhi09olsUKjcEYWRGFUMmtT0LKMDNwkrkDcoN8hggU/edit?gid=952852575#gid=952852575>
- 2025 EXTERNOS LISTADO DE ASISTENCIA / REGISTRO DE DIVULGACIÓN 2025 (Respuestas) Marzo
<https://docs.google.com/spreadsheets/d/1sM8ZYm4USI4ZUqv9XMmISQdLdCtRZ8A1xv9UPvall0/edit?gid=970763903#gid=970763903>
- 2025 INTERNOS MUÉVETE LISTADO DE ASISTENCIA / REGISTRO DE DIVULGACIÓN (Respuestas) Marzo
<https://docs.google.com/spreadsheets/d/1vbEVKQrUI70cO2fTvgxYQ5y-53RUpxSr4hd5x1m-U9o/edit?gid=2078713181#gid=2078713181>
- 2025 RESPUESTAS CONEJERÍA EN ACTIVIDAD FÍSICA POR LOCALIDADES
https://docs.google.com/spreadsheets/d/1V2Dq8tgVUv4gt7LexUDI0cuVUUf5ZobL0epWpT_xtiFo/edit?gid=0#gid=0
- INFORME MENSUAL (METAS) 2025
<https://docs.google.com/spreadsheets/d/1o5rNzpieME3wPocb5m8mDGBwrKx2HwUJqfXLdFaoP04/edit?gid=1118980414#gid=1118980414>
- ADULTOS (Respuestas por localidades)
https://docs.google.com/spreadsheets/d/1AW0d0F5-4hspqW_Hryfg26Z8pACXAxL_z84axMGYM87I/edit?gid=1410916057#gid=1410916057
- BASE DE SEGUIMIENTO SSEO 2025
https://docs.google.com/spreadsheets/d/1LyaLmD1_YuSAh87PkLi5A5Sn1X-rTF5L6y2Rmvwx-rc/edit?gid=0#gid=0



PLANILLA DE REUNIÓN

CÓDIGO: ES-GC-F-105-03

VERSIÓN: 3

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E.
 GESTIÓN DE CALIDAD

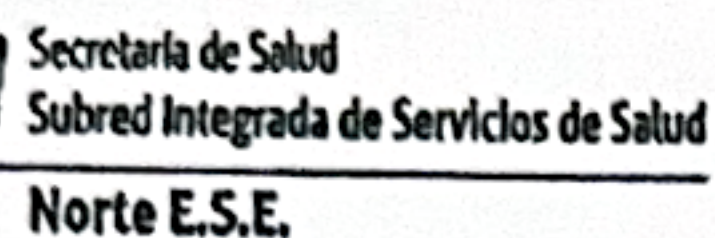
PÁGINA: 1 DE 1

FECHA: 06/04/2021

REUNIÓN: Comité Local de Seguridad Alimentaria y Nutricional

FECHA: 12.03.2025

NOMBRE	CARGO	DEPENDENCIA	CORREO ELECTRÓNICO	TIPO DE VINCULACIÓN			FIRMA
				PLANTA	CONTRATO	OTRO	
JAIRO ARCHILA	GESTOR PAE	SED-DBE-PAE	jarchila@educacion bogota.gov.co		X		JAIRO A
Ana Maria Chaves	Nutricionista	Red de Atención a la Nutrición Subred Norte	anamariachaves@medica57@gmail.com		X		Ana Maria Chaves
Natalia Ujeda	Nutricionista	Fundación Amiguito Royal	nutricion@fundacionamiguitosroyal.org		X		Natalia Ujeda
Maria Victoria Kposfor	ND contratista	SDIS-Nivel Central S.N	mkposfor@dis.gov.co		X		Maria Victoria Kposfor
Cludia Lucia Girabán	Fisioterapeuta	IDRD	claudia.giraldod@idrd.gov.co		X		Cludia Lucia Girabán
Hector Antonio Reyes	Gestor Local	SDA-OPEL	usaguen@ambiente bogota.gov.co		X		Hector Antonio Reyes
Giovanny Castibeno	Contratista	STO-JBB	gcastibeno@ndmail.com		X		Giovanny Castibeno
Sandra Milena Diaz P	Delegada PP	Subred Norte ESE	scm.familias.u@gmail.com		X		Sandra Milena Diaz P
Lorena Mogollón S	Nutricionista	EST Familia Unida para el futuro	marce232002@gmail.com		X		Lorena Mogollón S
Ma. Fernanda Camargo	Contratista	SPDE-SAA	mafecamargo@gmail.com		X		Ma. Fernanda Camargo
Benjamín Torres H	Prof. Universitario	ICBF	benjamin.torres@icbf.gov.co	X			Benjamín Torres H
Alejandra Rodriguez	Nutricionista	Figuras	alejandra.0188@gmail.com		X		Alejandra Rodriguez



CÓDIGO: ES-GC-F-105-03

VERSIÓN: 3

PÁGINA: 1 DE 1

FECHA: 06/04/2021

**SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E.
GESTIÓN DE CALIDAD**

REUNIÓN:	Comité local de Seguridad Alimentaria y Nutricional	FECHA:	12.03.2025
----------	---	--------	------------

[illegible]

PLANILLA DE REUNIÓN

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E.
GESTIÓN DE CALIDAD

CÓDIGO: ES-GC-F-105-03

VERSIÓN: 3

PÁGINA: 1 DE 1

FECHA: 06/04/2021

REUNIÓN: Jornada de Atención Integral a Migrantes

FECHA: 25.03.2025

NOMBRE	CARGO	DEPENDENCIA	CORREO ELECTRÓNICO	TIPO DE VINCULACIÓN			FIRMA
				PLANTA	CONTRATO	OTRO	
Jennypher Rubiano Canu	Técnico Ambiental	Entorno Comunitario	jennyrcanu@gmail.com		X		Jennypher R.
Yesica Vanessa Ochoa	Defensora Comunitaria	Defensoría del Pueblo	vechoa@gmail.com		X		Yesica Ochoa
Hedilberto Aguirre	Prof. Universitario	ICBF - C2. Usaquén	jor.aguirre@icbf.gov.co	X			Hedilberto Aguirre
Benjamín Torres	Prof. Universitario	ICBF C2 Usaquén	benjamin.torres@icbf.gov.co	X			Benjamín Torres
Mery F. Sandoz R.	Arx. Enfermería	PAI - Extramural	merysandoz@gmail.com		X		Mery Sandoz
Laura Hileoly Plaza	Arx. Enfermería	PAI Arx. Enfermería	laura.hileoly@gmail.com		X		Laura Hileoly
Brenda Gálvez	Analista	Capital Salud	brendagalvez@yahoo.com	X			Brenda Gálvez
Junnet Diaz Pinón	Enlace Seguimiento y Gestión de Casos	Integrati	junnetdiaz@gmail.com		X		Junnet Diaz
Diego Cano Quiñones	Enlace Sociocultural	Integrati	diego.cano.col@gmail.com			X	Diego Cano
Harold Barrera	Profesional	Adultez	haroldbarrera@gmail.com		X		Harold Barrera
Gladys Barera	Profesional	SOS Adultez	gladysbarera@phoebe.gov.co		X		Gladys Barera
Claudio Giraldo	Contratista	IDRD	claudio.giraldo@idrd.gov.co		X		Claudio Giraldo

PLANILLA DE REUNIÓN

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E.
GESTIÓN DE CALIDAD

CÓDIGO: ES-GC-F-105-03

VERSIÓN: 3

PÁGINA: 1 DE 1

FECHA: 06/04/2021

REUNIÓN: Jornada de Atención Integral a Migrantes

FECHA: 25.03.2025

NOMBRE	CARGO	DEPENDENCIA	CORREO ELECTRÓNICO	TIPO DE VINCULACIÓN			FIRMA
				PLANTA	CONTRATO	OTRO	
Sandra Miteva Diaz P	Delegada PP	Subred Norte ESE	San.familias.uegma@		X		
Edmundo Ortiz	Algebra PP.	Administración	Umanip@com		X		
Marela Aras Menosolva	Profesional	Sub TCT / SOTS	maria.mesa@sis.gov.co		X		
Andrés Bernal B.	Profesional	SDIS	abernal@sdys.gov.co	X			
Andrés Pacheco Brando	Coordinador	CDI Fijuntas Asociación de estudiantes de la ADI FICORITAS	andres.pacheco@uniquen@ gmail.com		X		
Diana Patricia Vargas Vargas	Asesor Pedagógico	Asociación de estudiantes de la ADI FICORITAS	diana-pv@bolmail.com		X		
Juan Manuel Orampo	Colaborador	Integrante	juanmanuelorampo@gmail.com		X		
Érica Contreras Geland	Colaborador Psicoes	Integrante	Erica.gelanda@uniquen@ gmail.com		X		
Yelm Alexander Meglier	Psicosocial	CDI Colaborador	ysicocoxa@uniquen@ gmail.com		X		
Carolina Lora Perez	Fisioterapeuta	Ent. comunitario Subred Norte	carla.lora@uniquen@ gmail.com		X		
Bryan Prieto C.	Enfermero.	Subred Norte	bprieto@uniquen@ gmail.com		X		
Diana Tharel Viano	Enfermera	Subred Norte	dianatharel@uniquen@ gmail.com	X			

ACTA CARACTERIZACIÓN SEGUIMIENTO Y CONTROL

2. SEGUIMIENTO Y CONTROL DE ACTIVIDADES														
Fecha	10/02/25	Profesional MB	Claudia Giraldo	Nombre de la institución	Colegio Friedrich Naumann				Loc: 1					
ACTIVIDAD DESARROLLADA	Virtual ___ Presencial ___X_	DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD		No. Participantes hombres	No. Participantes mujeres	Rango de Población	OBSERVACIONES							
Actividades en entornos escolares			Talleres de sensibilización en actividad física y hábitos Saludables para 501, 502, 503 se realizan talleres de sensibilización en actividad física y hábitos saludables	53	54	5 a 12 años	La profe firma el 25. pero la actividad se realiza el 10 de febrero							
						13 a 17 años								
						18 a 26 años								
						27 a 59 años								
						60 ó más								
Formato de soporte	USAQUEN Control de Beneficiarios Entorno Escolar (Respuestas)	N° de Folios de soporte	2	Nombre y Firma responsable de la Institución	Diana Marcela Urrea		https://docs.google.com/spreadsheets/d/11m9WY_oYa69WkVBPQH0p7L1Yu0uogbL30bzcwZz							
Fecha	14,21,28/03/25	Profesional MB	Claudia Giraldo	Nombre responsable de la institución	Colegio Friedrich Naumann				Loc 1					
ACTIVIDAD DESARROLLADA	Virtual ___ Presencial ___X_	DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD		No. Participantes hombres	No. Participantes mujeres	Rango de Población	OBSERVACIONES							
Actividades en entornos escolares			Actividades SSEO presentación del SSEO, organización de actividades de SSEO y generalidades			5 a 12 años	La población no se reporta							
						13 a 17 años								
						18 a 26 años								
						27 a 59 años								
						60 ó más								
Formato de soporte	2025 EXTERNOS LISTADO DE ASISTENCIA / REGISTRO DE DIVULGACIÓN (Respuestas)	N° de Folios de soporte	2	Nombre y Firma responsable de la Institución	Esperanza Avello		https://docs.google.com/spreadsheets/d/1sM8ZYm4USI4ZUqv9XMMiSQdLdCtRZ8A1xv9UPValll0/							
Fecha		Profesional MB	Claudia Giraldo	Nombre responsable de la institución	Colegio Friedrich Naumann				Loc 1					
ACTIVIDAD DESARROLLADA		DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD		No. Participantes hombres	No. Participantes mujeres	Rango de Población	OBSERVACIONES							
						5 a 12 años								
						13 a 17 años								
						18 a 26 años								
						27 a 59 años								
						60 ó más								
Formato de soporte		N° de Folios de soporte		Nombre y Firma responsable de la Institución	Esperanza Avello									
Fecha		Profesional MB	Claudia Giraldo	Nombre responsable de la institución	Colegio Friedrich Naumann				Loc 1					
ACTIVIDAD DESARROLLADA		DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD		No. Participantes hombres	No. Participantes mujeres	Rango de Población	OBSERVACIONES							
						5 a 12 años								
						13 a 17 años								
						18 a 26 años								
						27 a 59 años								
						60 ó más								
Formato de soporte		N° de Folios de soporte		Nombre y Firma responsable de la Institución										
3. EVALUACIÓN DE ASESORIAS- INTERVENCIONES Y ACTIVIDADES														
Fecha	D M A	Profesional MB		Nombre y Firma responsable de la Institución										
NOTA Para Nosotros es importante conocer su percepción sobre cada uno de los aspectos de las intervenciones del Programa Muévete Bogotá. A continuación marque de 1 a 5 (Siendo 1 el menor puntaje y 5 el mayor puntaje) según considere cada uno de los aspectos a evaluar.														
1. Puntualidad de las Actividades				1	1+	2	2+	3	3+	4	4+	5	La asesoría prestada le aporta a los objetivos de su institución	SI
2. Presentación de contenidos aplicable al contexto				1	1+	2	2+	3	3+	4	4+	5		NO
3. Se resolvieron las inquietudes de manera adecuada y clara				1	1+	2	2+	3	3+	4	4+	5	¿Por qué?	
4. Se cuenta con los recursos necesarios y acordes a la actividad				1	1+	2	2+	3	3+	4	4+	5		
OBSERVACIONES:														



ACTA CARACTERIZACIÓN SEGUIMIENTO Y CONTROL

2. SEGUIMIENTO Y CONTROL DE ACTIVIDADES															
Fecha	21/03/25	Profesional MB	Claudia Giraldo		Nombre de la institución		ICBF Usaquéen			1					
ACTIVIDAD DESARROLLADA Virtual __ Presencial _X_		DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD			No. Participantes hombres	No. Participantes mujeres	Rango de Población	OBSERVACIONES							
Actividades en entornos laborales		Taller de Autocuidado					5 a 12 años	La población nose reporta							
							13 a 17 años								
							18 a 26 años								
							27 a 59 años								
							60 ó más								
Formato de soporte	USAQUEN ADULTOS CONTROL Y SEGUIMIENTO DE BENEFICIARIOS MUÉVETE BOGOTÁ.V4	N° de Folios de soporte	1	Nombre y Firma responsable de la Institución		Monica Daza			https://docs.google.com/spreadsheets/d/1AW0d0F5-4hspqwHryfg26Z8pACXAxL_z84a						
Fecha	26/03/25	Profesional MB	Claudia Giraldo		Nombre de la institución		ICBF Usaquéen Consejería			1					
ACTIVIDAD DESARROLLADA Virtual __ Presencial _X_		DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD			No. Participantes hombres	No. Participantes mujeres	Rango de Población	OBSERVACIONES							
Actividades en entornos laborales Consejería en actividad Física		Se envian respuestas de Consejería en actividad fisica					5 a 12 años	La población no se reporta							
							13 a 17 años								
							18 a 26 años								
							27 a 59 años								
							60 ó más								
Formato de soporte	2025 Respuestas Consejería en Actividad fisica por Localidades	N° de Folios de soporte	3	Nombre y Firma responsable de la Institución		Monica Daza			https://docs.google.com/spreadsheets/d/1V2Dq8tqVUv4gt7LexUDI0cuVUUF5ZobL0epW						
Fecha		Profesional MB	Claudia Giraldo		Nombre de la institución		ICBF Usaquéen								
ACTIVIDAD DESARROLLADA		DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD			No. Participantes hombres	No. Participantes	Rango de Población	OBSERVACIONES							
							5 a 12 años								
							13 a 17 años								
							18 a 26 años								
							27 a 59 años								
							60 ó más								
Formato de soporte		N° de Folios de soporte	2	Nombre y Firma responsable de la Institución											
Fecha		Profesional MB	Claudia Giraldo		Nombre de la institución		ICBF								
ACTIVIDAD DESARROLLADA		DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD			No. Participantes hombres	No. Participantes	Rango de Población	OBSERVACIONES							
							5 a 12 años								
							13 a 17 años								
							18 a 26 años								
							27 a 59 años								
							60 ó más								
Formato de soporte		N° de Folios de soporte		Nombre y Firma responsable de la Institución											
3. EVALUACIÓN DE ASESORIAS- INTERVENCIONES Y ACTIVIDADES															
Fecha	D M A	Profesional MB			Nombre y Firma responsable de la Institución										
NOTA Para Nosotros es importante conocer su percepción sobre cada uno de los aspectos de las intervenciones del Programa Muévete Bogotá. A continuación marque de 1 a 5 (Siendo 1 el menor puntaje y 5 el mayor puntaje) según considere cada uno de los aspectos a evaluar.															
1. Puntualidad de las Actividades					1	1+	2	2+	3	3+	4	4+	5	La asesoría prestada le aporta a los objetivos de su institución	SI
2. Presentación de contenidos aplicable al contexto					1	1+	2	2+	3	3+	4	4+	5		NO
3. Se resolvieron las inquietudes de manera adecuada y clara					1	1+	2	2+	3	3+	4	4+	5	¿Por qué?	
4. Se cuenta con los recursos necesarios y acordes a la actividad					1	1+	2	2+	3	3+	4	4+	5		
OBSERVACIONES:															

A1

fx

Marca temporal

Resumir tabla

	A	B	C	D	E		
	Form_Responses3						
1	+	Marca temporal	Dirección de correo electrónico	Tipo de Reunión:	Nombres y Apellidos	Dependencia	Teléfono
10		6/3/2025 15:16:52	claudia.giraldo@idrd.gov.co	Reuniones Coordinación y contratistas	Claudia Lucía Giraldo Chaparro	Área Deportes	313830354
11		6/3/2025 15:18:17	claudia.giraldo@idrd.gov.co	Reunión organización evaluación dominios SSEO	Claudia Lucía Giraldo Chaparro	Área de Recreación	313830354
42		20/3/2025 18:16:23	claudia.giraldo@idrd.gov.co	Reuniones Coordinación y contratistas	Claudia Lucía Giraldo Chaparro	Área Deportes	313830354
47		25/3/2025 15:50:53	claudia.giraldo@idrd.gov.co	Consejería plantillas	Claudia Lucía Giraldo Chaparro	Área de Recreación	313830354
53		26/3/2025 11:26:28	claudia.giraldo@idrd.gov.co	Reunión FUCS	Claudia Lucía Giraldo Chaparro	Área Deportes	313830354
59							
60							
61							
62							
63							
64							
65							
66							
67							
68							

Búsqueda

Mis procesos

Menú

Ir a

Buscar...

Escritorio → Menú → Administración de contratos → Ver contrato

- 1 Información general
- Cancelar

<

Evaluación de la Entidad Estatal

>

- 2 Condiciones
- VER CONTRATO

- 3 Bienes y servicios
- Ejecución del Contrato

- 4 Documentos del Proveedor
- ☐ Porcentaje ☐ Recepción de artículos

- 5 Documentos del contrato
- Plan de Pagos

- 6 Información presupuestal
- ¿Se requieren emisiones de códigos de autorización? ☐ Si ☒ No

- 7 Ejecución del contrato

	Identificación de pago	Número de factura	Fecha de emisión	Fecha de recepción	Valor total de la factura	Estado	
8 Modificaciones del Contrato	Pago 001	pago 01	12/06/2024 18:55:00 ((UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)	30/11/2024 12:00:00 PM ((UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)	1.932.700 pesos colombianos	Enviado a la Entidad Estatal	Detalle
	Pago 002	Pago 002	12/06/2024 11:11:00 AM ((UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)	12/06/2024 12:00:00 PM ((UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)	5.271.000 pesos colombianos	Enviado a la Entidad Estatal	Detalle
	Pago 003	pago 003	24/02/2025 17:11:00 ((UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)	-	5.271.000 pesos colombianos	Enviado a la Entidad Estatal	Detalle
9 Incumplimientos	Pago 004	Pago 004	22 días de tiempo transcurrido (24/03/2025 10:13:00 AM(UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)	-	5.271.000 pesos colombianos	Enviado a la Entidad Estatal	Detalle

Crear

Documentos de ejecución del contrato

Descripción	Nombre del archivo	Cargado por	
☐ ACTA DE INICIO CTO 3999 2024.pdf	ACTA DE INICIO CTO 3999 2024.pdf	Comprador	Descargar Detalle

		Editar			
☐	ARL CTO 3999-2024.pdf	ARL CTO 3999-2024.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐	RP 10453 CTO 3999 2024.pdf	RP 10453 CTO 3999 2024.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐	Claudia Giraldo CPS 3999 2024 Informe No. 1.zip	Claudia Giraldo CPS 3999 2024 Informe No. 1.zip	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	Informe de actividades No. 2 Claudia Lucia Giraldo Chaparro_OPS3999.zip	Informe de actividades No. 2 Claudia Lucia Giraldo Chaparro_OPS3999.zip	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	Informe de actividades No. 3 Claudia Lucia Giraldo Chaparro_OPS3999.pdf	Informe de actividades No. 3 Claudia Lucia Giraldo Chaparro_OPS3999.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	Informe de actividades No. 4 Claudia Lucia Giraldo Chaparro OPS3999.pdf	Informe de actividades No. 4 Claudia Lucia Giraldo Chaparro OPS3999.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
			Borrar Cargar nuevo		

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	
2025-02	2025-02	I	18/03/2025	84545273	\$654.600	

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					
EPS017	Famisanar EPS	830003564-7	263.600	0		0		0	5	900	0	264.500	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
25-14	Colpensiones	900336004-7	337.400	0	0	0	0	5	1.100	0	338.500	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										
14-23	Positiva Seguros	860011153-6	51.400				51.400	5	200	51.600			514	51.600	1

TOTALES CAJAS								
Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados	

TOTALES POR SUBSISTEMA			
Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	263.600	264.500
Pensión	1	337.400	338.500
Riesgos Laborales	1	51.400	51.600
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	652.400	654.600

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	46668856	CLAUDIA LUCIA GIRALDO CHAPARRO		CL 147 13 7 2 AP 501	3041771	CLAUDIA147GIRALDO@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
2025-02	2025-02	I	18/03/2025	84545273	10
					TOTAL A PAGAR
					\$654.600

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	IOA	IOB	VAC	AVP	VCT	IRL	CONEXIÓN	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	46668856	GIRALDO CHAPARRO CLAUDIA LUCIA	59	0		N																			25-14	2.108.400	337.400	0	0	0	0	EPS017	2.108.400	263.600	14-23	2.108.400	3	51.400		0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA