DESPACHO – SUBDIRECCIÓN – DIRECCIÓN U OFICINA: **DIRECCION DE PROVISION DE SERVICIOS DE SALUD**	**CONTRATO No.** *7550500*	**PERIODO DEL CONTRATO:** Fecha de Inicio: *03/03/2025* Fecha de Terminación: *31/07/2025*
ENTIDAD CONTRATANTE: **FONDO FINANCIERO DISTRITAL DE SALUD**		**PLAZO DE EJECUCIÓN:** *Ciento cuarenta y ocho (148) días* **PRÓRROGA:**
CONTRATISTA: **Leidy Marcela Chocontá Clavijo**		Fecha de Inicio (Prórroga): N/A Fecha de Terminación (Prórroga): N/A **SUSPENSIÓN:** N/A
SUPERVISOR (Nombre y cargo): **FERNANDO ANIBAL PEÑA DIAZ –** **Director Técnico** **Dirección de Provisión de Servicios de Salud**		Fecha de Inicio (Suspensión): N/A Nueva Fecha de Terminación (Suspensión): N/A **PERIODO DEL INFORME:** 01/04/2025 – 30/04/2025
OBJETO DEL CONTRATO: Prestar servicios profesionales en la Dirección de Provisión de Servicios de Salud de la secretaría Distrital de Salud para la planeación, implementación y seguimiento del modelo de salud de Bogotá DC.		

BALANCE FINANCIERO DEL CONTRATO	
VALOR INICIAL DEL CONTRATO:	$ 32.426.800,00
VALOR ADICIÓN (SI APLICA):	$ 00.000.000,00
VALOR INDEXACIÓN (SI APLICA):	$ 00.000.000,00
VALOR CEDIDO (SI APLICA)	$ 00.000.000,00
VALOR A LIBERAR (SI APLICA)	$ 00.000.000,00
VALOR PAGADO AL CONTRATISTA O CESIONARIO (SI APLICA):	$ 6.134.800,00
VALOR A PAGAR EN EL PRESENTE PERIODO DEL INFORME:	$ 6.573.000,00
SALDO POR EJECUTAR:	$ 19.719.000,00

ACTIVIDADES ESPECIFICAS, OBLIGACIONES DEL CONTRATISTA DESARROLLADAS DE ACUERDO CON EL OBJETO CONTRACTUAL		
OBLIGACIONES (Las estipuladas en la minuta del contrato)	**AVANCE ACTIVIDADES** (Desarrolladas en el periodo objeto del informe - referente a la obligación)	**EVIDENCIAS O SOPORTE** (Con respecto a la actividad desarrollada y donde reposan)
1. Formular, implementar, monitorear y evaluar procesos educativos y comunicativos en salud desde una perspectiva pedagógica dialógica, en concertación con las dependencias de la Secretaría Distrital de Salud, Entidades Promotoras de Salud y las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud para contribuir en la implementación del Modelo de Salud de Bogotá "MAS Bienestar".	En el periodo reportado se avanzó en la articulación con las lideres de equipos EBEH con el fin de fortalecer la comprensión del funcionamiento de los Equipos y sus proyecciones para la siguiente fase de implementación. Esta articulación permitió identificar requerimientos clave para la construcción de una propuesta educomunicativa pertinente, basada en el enfoque pedagógico dialógico. También se realizó reunión con el operador logístico, un espacio de concertación sobre necesidades específicas.	01042025_ Reunión operador logístico 04042025_Acta Reunión de articulación y necesidades EBEH
2. Gestionar y proponer acciones para el fortalecimiento de los procesos de educación para la salud que permitan el desarrollo de capacidades personales, sociales e institucionales según las necesidades en el marco de la gestión integral del Riesgo en Salud a nivel individual, familiar y comunitario, de acuerdo con las estrategias pedagógicas establecidas por la Subsecretaría de Servicios de Salud y Aseguramiento, en el marco Modelo de Salud de Bogotá "MAS Bienestar".	Se avanzó en el diseño metodológico de la caja de herramientas pedagógicas, orientada al fortalecimiento de capacidades individuales, familiares, comunitarias e institucionales en salud. El equipo se encuentra en fase de planeación estratégica, selección de herramientas didácticas y definición de criterios para su aplicación, garantizando alineación con las estrategias pedagógicas de la Subsecretaría. Se han realizado sesiones colaborativas de validación de contenidos, priorizando la pertinencia, aplicabilidad y capacidad de adaptación a los diferentes niveles del Modelo MAS Bienestar y diseño de la herramienta interactiva para el equipos EBEH.	02042025_Acta socialización CCMV 03042025_Resumen contenido técnico CCVM 04042025_Mesas de trabajo herramienta interactiva 07042025_Reunión de equipo caja de herramientas 1004025_Acta socialización estrategia comunicativa 25042025_ Acta mesa de trabajo equipo caja de herramientas 28042025_Acta reunión de socialización herramienta interactiva 042025_Presentación estrategia comunicativa 042025_Mensajes_caja de herramientas IRA 042025_Herramienta interactiva para EBEH

		042025_Documento en construcción ESP Mesa de interdependencias.
3. Realizar los aportes y gestiones necesarias para la respuesta oportuna y de calidad a solicitudes internas o externas, peticiones ciudadanas, de entes de control o informes periódicos, dando cumplimiento al marco normativo, técnico y al Modelo de Salud de Bogotá "MAS Bienestar".	Para el presente periodo no fue asignada la gestión de solicitudes internas, externas o entidades de control y/o informes periódicos.	N/A
4. Participar en la respuesta a requerimientos, así como asistir a las reuniones, espacios de participación (institucionales, sectoriales, intersectoriales o comunitarias) o actividades misionales de carácter especial de la Subsecretaría relacionados con el cumplimiento del objeto y obligaciones contractuales, apoyando además, cuando la necesidad del servicio lo requiera, en el desarrollo de actividades administrativas y/o técnicas contingentes derivadas de la Prestación de Servicios y Aseguramiento en el Distrito Capital, de acuerdo con las necesidades y prioridades definidas por la entidad; en el marco del modelo de salud de Bogotá "MAS Bienestar".	Se participó en espacios institucionales y sectoriales de articulación y planeación. Destaca la asistencia a la Mesa de Interdependencias de Educación para la Salud Pública, la participación en el espacio de reunión del pico Respiratorio. Asimismo, se aportaron insumos técnicos al documento estratégico de Educación en Salud Pública en el marco del modelo MAS Bienestar.	110425_Reunión mesa de interdependencias 15042025_ Reunión socialización de compromisos de aporte al documento ESP 21042025_Reunión de pico respiratorio 240425_Acta revisión documento ESP
ESTADO TEMAS PENDIENTES DE TRÁMITE		

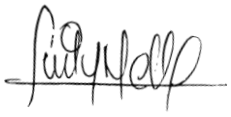
Si es el último informe de ejecución, relacione el estado de los temas que le fueron asignados y que a la fecha se encuentren pendientes de trámite, indicando por qué no se han desarrollado:

NO APLICA

DECLARACIÓN: Manifiesto que he cumplido con las obligaciones derivadas del contrato y que las actividades mencionadas en el presente informe corresponden a las asignaciones realizadas, efectivamente desarrolladas en el periodo indicado en el mismo, declarando que seré responsable por las afirmaciones contenidas en el presente documento, que sirve como soporte para certificar el cumplimiento del objeto del contrato.

INFORMACIÒN PAGOS SEGURIDAD SOCIAL					
APORTES EN SALUD		**APORTES EN PENSIÓN**		**APORTES RIESGOS LABORALES**	
Empresa: Famisanar		Empresa: Porvenir		Empresa: Nivel Riesgo:	Sura 1
Suma cancelada:	328.700	Suma cancelada:	420.700	Suma cancelada:	13.800
No Planilla:	1071912680	No Planilla:	1071912680	No Planilla:	1071912680
Mes(es) cancelado(s):	Marzo	Mes(es) cancelado(s):	Marzo	Mes(es) cancelado(s):	Marzo

EN CASO DE INFORME FINAL DE EJECUCIÓN					
Relación de usuario y clave de acceso al equipo de cómputo:	NO APLICA	Relación de usuarios y clave de acceso a los sistemas de información (SICAF, AGILSALUD, SICAPITAL, SIIAS, SIRC, SIDBA, SIPROJ, ETC.), si aplica a sus actividades:	NO APLICA	Relación y entrega de archivos físicos y back up de información de archivos digitales, resultado de su gestión. (por favor indicar nombres, cantidades y ubicación):	NO APLICA

FIRMA DEL CONTRATISTA	
CONTRATISTA	**NOMBRES Y APELLIDOS:** Leidy Marcela Chocontá Clavijo
	FIRMA: 
	No. DOCUMENTO DE IDENTIDAD: 1020739382

INFORME SUPERVISOR DE CONTRATO – CERTIFICADO DE CUMPLIMIENTO	
Que, de conformidad con el informe de actividades presentado para el periodo indicado en el mismo, el supervisor da cuenta del cumplimiento de las actividades específicas, obligaciones del contratista desarrolladas de acuerdo con el objeto contractual, las cuales fueron descritas en el informe, y según el periodo de ejecución reportado. Acreditando un cumplimiento hasta la fecha de reporte del _39,2_____% de ejecución del contrato.	**OTRAS OBSERVACIONES:** NO APLICA

INFORME SUPERVISOR DE CONTRATO – SEGUIMIENTO A LOS RIESGOS DEL CONTRATO

En la siguiente tabla se registra e informa el estado de los riesgos de la etapa contractual (ejecución), reportados en la matriz de riesgos de los estudios previos al corte de este informe:

Nº	***Descripción del Riesgo***	***¿Se materializo el riesgo? (Marque con una X)***		***Observaciones (Describa la(s) causa(s) por las cuales se materializo el riesgo)***
		SI	***NO***	
1	Cambio de régimen NO responsable de IVA a Común o viceversa a cargo del contratista		X	N/A
2	Inadecuado manejo de la información a la cual tiene acceso el contratista		X	N/A
3	Demoras por parte de la entidad contratante (Supervisor) en la aprobación de los productos y/o informes presentados por el contratista		X	N/A
4	Suspensión o cancelación de la tarjeta o matrícula profesional, para aquellas profesiones que así lo establecen		X	N/A

SUPERVISOR	**NOMBRE Y APELLIDO:** **FERNANDO ANIBAL PEÑA DIAZ**
	FIRMA: El presente informe es suscrito por la supervisión de manera electrónica a través de la plataforma SECOP II módulo plan de pagos, de conformidad con las condiciones establecidas por la Agencia Nacional de Contratación Pública-Colombia Compra Eficiente en su calidad de administradora del Sistema Electrónico para la Contratación Pública SECOP.

REVISÓ	**NOMBRE Y APELLIDO:**
	FIRMA:.

NOTAS:

** El presente informe da cumplimiento a lo citado en la ISO 9001:2015, en relación con el numeral 8.4.1.*
** Anexo: Comprobantes de pago de aportes al sistema de seguridad social en salud y pensión, Certificado ARL y Orden de Pago.*
** Para el cálculo del % de ejecución del contrato se deben tener en cuenta las adiciones si aplica.*

FONDO FINANCIERO DISTRITAL DE SALUD

BOGOTÁ | SECRETARÍA DE SALUD

Vig Ppto: 2025

ORDEN DE PAGO

No: 504277

Usuario Dilig: YAMEDINA
Fecha de Impresión: 30/04/2025
Estado: GIRADA

Entidad:	FONDO FINANCIERO DISTRITAL DE SALUD				
Código:	201	Unidad Eje:	01	Fecha Diligenciamiento:	02-APR-25

1. DATOS DEL BENEFICIARIO

Nombre:	LEIDY MARCELA CHOCONTA CLAVIJO	Regimen:	No Responsable		
Dirección:	KR 38 A 25 46	Teléfono y Fax:			
C.C o NIT:	1020739382	Banco/Sucursal:	DAVIVIENDA	Cuenta No/Clase:	488418763956/A

2. DATOS DEL COMPROMISO

Compromiso a Pagar:	CT - CONTRATOS (CON / SIN LICITACIÓN	No:	7550500	Interventor o responsable del recibo a satisfacción del bien o servicio:	TOTAL
Acta de Recibo No:		Nombre del Interventor:			

Detalle

CTO-NO7550500-PLANILLA OGI_VIGENCIA-MARZO 2025-PERIODO DE:03-mar 30-mar-2024

Tipo de Orden de Pago: VIGENCIA

3. MOVIMIENTO PRESUPUESTAL

Fuente de financiación:

ID Rubro	Fuente	Detalle	Valor	
O2-3-01-17-019-06-20240187-225249051	01	12013	$6.134.800,00	
Tipo	Com	Objeto	Ingreso	Banco
O23	20202009	91122	O1-5-01-01-001	

IMPUTACIÓN PRESUPUESTAL

CDP	Código Rubro	Registro	Nombre	Valor Aplicación (Gasto)
2223	O2-3-01-17-019-06-20240187-225249051	2245	Contratacion del Recurso Humano	$6.134.800,00

VR BRUTO	SEIS MILLONES CIENTO TREINTA Y CUATRO MIL OCHOCIENTOS PESOS	$6.134.800,00

4. MOVIMIENTO FINANCIERO Y CONTABLE

Descripción	% Descuento	Base de Retención	Código Contable	VALORES
Valor Bruto			5-1-11-79-0001	$6.134.800,00
RETEFUENTE-L.1607/12-ART 383 - PERS.NATURAL (PLA)	0	$5.422.480,00	2-4-36-15-0001	$191.324,00
ESTAMPILLA - EST_PROCULTURA 0,5%	.5	$6.134.800,00	2-4-36-90-0003	$30.674,00
ESTAMPILLA ADULTO MAYOR 2%	2	$6.134.800,00	2-4-36-90-0007	$122.696,00
RETEICA- SERVICIOS 0,766%	.766	$5.422.400,00	2-4-36-27-0001	$41.536,00

Valor amortización:

Id fuente	Detalle
01	Recursos Del Distrito
12013	APORTE ORDINARIO

TOTAL DESCUENTOS		$386.230,00
VALOR NETO A GIRAR	CINCO MILLONES SETECIENTOS CUARENTA Y OCHO MIL QUINIENTOS SETENTA PESOS	$5.748.570,00
		Código contable
		2-4-01-02-0003

MOVIMIENTO TESORERÍA

Endosado a:

Observaciones

Acreedor (Exclusivamente para transferencia de la administración)

Nombre _____

Cédula _____ Firma _____

YURY ANGELICA MEDINA OSPINA
GESTION DE PAGOS

YOLANDA PATRICIA VALDERRAMA CORTES
Responsable del Presupuesto

Consulta Pagos

PAGOSIMPLE | AUTOLIQUIDACION CONSOLIDADA

Fecha creación reporte: 2025-04-30, 03:33:42 PM **Tipo Planilla:** I: PLANILLA INDEPENDIENTES **Numéro Planilla:** 1071912680

Periodo Cotización: marzo de 2025 **Periodo Servicio:** marzo de 2025

PAGADO 11/04/2025

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	LEIDY MARCELA CHOCONTA CLAVIJO		
Documento	CC1020739382	**Dirección**	CR 38A #25 - 46 CASA
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	**Teléfono**	6923598
Tipo Persona	NATURAL	**Forma Presentación**	ÚNICO
Ciudad	BOGOTA D.C.	**Departamento**	BOGOTA D.C.
Representante Legal		**Identificación**	
Total Afiliados	1	**ARP**	ARL SURA

II. DETALLE DEL APORTANTE

Datos del Afiliado				Novedades																				Pensiones			Salud			Riesgos			Cajas			Parafiscales					Total
Identificación	Apellidos y Nombres	Tipo Cotizante	Subtipo Cotizante	ING	RET	RET P	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	COR	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	Días APP	Días EPS	Días ARP	Días CCF	Administradora	IBC Pensión	Aporte Pensión	Administradora	IBC Salud	Aporte Salud	Tarifa	IBC Riesgos	Aporte Riesgos	Administradora	IBC Caja	Aporte Caja	Aporte SENA	Aporte ICBF	ESAP	Aporte Ministerio	Total
CC 1020739382	LEIDY MARCELA CHOCONTA CLAVIJO	59	00																	0	30	30	30	0	(230301) PORVENIR	$ 2.629.200	$ 420.700	(EPS017) FAMISANAR EPS	$ 2.629.200	$ 328.700	0,522	$ 2.629.200	$ 13.800	(NIN-CC) NINGUNA CCF	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 763.200

III.TOTALES

IBC Pensión	IBC Salud	IBC Riesgos	IBC Cajas	Aportes Pensión	Aportes Salud	Aportes Riesgos	Aportes Cajas	Aportes Sena	Aportes ICBF	Aportes ESAP	Aportes Min Educación	(Incapacidades, Licencias, Saldos a Favor) EPS	Incapacidades ARP	SUBTOTAL SIN INTERESES DE MORA	TOTAL INTERESES DE MORA	TOTAL FINAL
$ 2.629.200	$ 2.629.200	$ 2.629.200	$ 0	$ 420.700	$ 328.700	$ 13.800	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 763.200	$ 0	$ 763.200

Líneas de Servicio FonoSIMPLE: Bogotá 601 4446634 - Cali: 602 5540577 - Medellín: 604 5146669 - Bucaramanga: 607 6438000 - Cartagena: 605 6945444 - Pereira: 606 3402582 - Barranquilla: 605 3618850 - Resto del País: 018000 971 971 - ¡Más que Fácil, SIMPLE!

¡El Poder de lo SIMPLE!

Antes de imprimir, asegúrese que sea realmente necesario. Proteger el medio ambiente está en nuestras manos.

Medellín, 30 de abril de 2025

CERTIFICADO DE AFILIACIÓN – ARL SURA

La Administradora de Riesgos Laborales, SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A.NIT 890.903.790 - 5, certifica:

Que LEIDY MARCELA CHOCONTA CLAVIJO identificado(a) con C1020739382 se encuentra afiliado(a) a Riesgos Laborales y está en estado activo.

Si desea validar que este certificado haya sido realmente emitido por ARL Sura y la información aquí contenida sea real, visite www.arlsura.com.co / validar certificados e ingrese el siguiente código único de generación válido por un mes:C10207393822512062028

Atentamente,

Dirección de Afiliaciones y Recaudos

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Dirección IP 10.205.28.11