DESPACHO – SUBDIRECCIÓN – DIRECCIÓN U OFICINA: Dirección de Participación Social, Gestión Territorial y Transectorialdad. Subdirección Territorial Red Centro Oriente	**CONTRATO No.** *7340480 DE 2025*	**PERIODO DEL CONTRATO:** Fecha de Inicio: 29/01/2025 Fecha de Terminación: *31/12/2025*
ENTIDAD CONTRATANTE: **Fondo Financiero Distrital de Salud**		**PLAZO DE EJECUCIÓN: 11 MESES 2 DIAS** **PRÓRROGA**
CONTRATISTA: *ALEYDER RODRIGUEZ SUAREZ*		Fecha de Inicio (Prórroga): No aplica Fecha de Terminación: No aplica **SUSPENSIÓN:**
SUPERVISOR (Nombre y cargo): ***SILVIA MARGARITA VELEZ MARTINEZ*** Subdirectora Red Territorial Centro Oriente ***DIRECCIÓN DE PARTICIPACIÓN SOCIAL, GESTIÓN TERRITORIAL Y TRANSECTORIALIDAD***		Fecha de Inicio: Nueva Fecha de Terminación (Suspensión): PERIODO DEL INFORME: 01/08/2025 a 31/08/2025
OBJETO DEL CONTRATO: 005-031000_0197 Prestar servicios profesionales especializados apoyando a la Dirección de Participación Social, Gestión Territorial y Transectorialdad en la gobernanza sectorial desde la Participación Social Transformadora en el marco del Plan Territorial de Salud.		

BALANCE FINANCIERO DEL CONTRATO	
VALOR INICIAL DEL CONTRATO:	$ 72.763.333
VALOR ADICIÓN (SI APLICA):	0
VALOR INDEXACIÓN (SI APLICA):	0
VALOR CEDIDO (SI APLICA):	0
VALOR A LIBERAR (SI APLICA)	0
VALOR PAGADO AL CONTRATISTA O CESIONARIO (SI APLICA):	$ 39.888.333
VALOR A PAGAR EN EL PRESENTE PERIODO DEL INFORME:	$ 6.575.000
SALDO POR EJECUTAR:	$ 26.300.000

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)
1.1 Apoyar a las Oficinas de Participación Social de las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios (EAPB), Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud -IPS Privadas y a la Subred Integrada de Servicios de Salud asignada, en formulación, ejecución y seguimiento de la implementación de la Política de Participación Social en Salud.	1.1 20250820 Seguimiento a los Planes de acción de las Oficinas de Participación de Santa Clara, Rafael Uribe, Centro Oriente, San Blas, San Cristóbal y la Victoria 1.2 20250825 Asistencia técnica Oficina de Participación Rafael Uribe Uribe	1.1 202520820 Formatos de Seguimiento Planes de acción oficinas de Participación Social 1.2 20250825 Acta Asistencia Técnica Oficina de Participación Rafael Uribe Uribe
2. Realizar el acompañamiento y la asistencia técnica a los espacios e instancias de participación social en salud de las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios (EAPB), Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud- IPS Privadas y la Subred Integrada de Servicios de Salud asignada, para promover mediante estrategias innovadoras la transformación de la participación que fomente nuevos liderazgos.	2.1 20250804 Asistencia técnica Asociación de Usuarios Naushancla espacio donde se revisan y se ajustan los estatus de la Asociación 2.2 20250805 Reunión de articulación de acciones con la subdirectora Territorial y delegados de los Copaco de las localidades de influencia de la Subred Centro Oriente. 2.3 20250814 Asistencia y participación en la Sesión de Juntas Asesora Comunitarias de la Subred Centro Oriente 2.4 20250821 Asistencia Técnica Asociación de Usuarios San Blas	2.1 20250804 Acta Asistencia técnica de la Asociación de Usuarios 2.2 20250805 Acta Reunión de articulación Copacos Centro Oriente 2.3 20250814 Acta Sesión de Juntas Asesora Comunitarias 2.4 20250821 Acta Técnica Asociación de usuarios San Blas
3. Realizar acciones para el fortalecimiento de capacidades con las oficinas de Participación de las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios (EAPB), Instituciones Prestadoras de Servicios de	3.1 20250801 Asistencia y participación en la reunión distrital de Oficinas de Participación Social de las Subredes y EAPBS	3.1 202500801 Acta Asistencia Oficinas de Participación.

Salud- IPS Privadas y a la Subred Integrada de Servicios de Salud asignadas, que fomenten la gobernanza sectorial, la transformación de la participación en el marco de la atención Primaria Social.		
4. Documentar y sistematizar las experiencias que se produzcan en el ejercicio de las actividades con los actores asignados y realizar el registro en los sistemas o instrumentos de información dispuestos para ello, siguiendo los lineamientos definidos por la Dirección de Participación Social, Gestión Territorial y Transectorialidad.	4.1 Consolidación de las bases Sociales de las Formas e Instancias de la Subred Centro Oriente	4.1 Formato de Bases Sociales mes de agosto
5. Apoyar las jornadas y eventos a nivel distrital y territorial en los que se requiera su participación según las necesidades, y las actividades programadas desde la Dirección de Participación Social, Gestión Territorial y Transectorialidad.	5.1 20250813 Asistencia y participación a la reunión de delegados de Juntas directivas 5.2 20250819 Acompañamiento al Primer laboratorio de Salud mental realizado a los Copacos de influencia de la Subred Centro Oriente	5.1 20250813 Acta asistencia y participación reunión de delegados a Juntas Directivas 5.2 Formato de acompañamiento a reuniones
6. Realizar un informe mensual cuantitativo y cualitativo de las actividades desarrolladas en el marco del contrato y del seguimiento y cumplimiento de los planes de acción concertados con la comunidad o instituciones.	Se realiza informe mes de agosto	Formato de informe de ejecución del mes de agosto
7 Participar en las reuniones, comités, y cualquier otro evento, relacionado con el objeto del contrato a los cuales sea convocado o designado por el supervisor.	7.1 20250812 Asistencia y participación en la reunión de Equipo de Gestión Institucional	7.1 20250812 Acta Asistencia reunión Equipo de Gestión Institucional

	7.2 20250826 Asistencia y participación en la reunión de Equipo de Gestión Institucional	7.2 20250826 Acta Asistencia reunión Equipo de Gestión Institucional
8. Proyectar las respuestas de los requerimientos internos y externos que le sean asignados, dentro de los términos establecidos, adjuntando los soportes que se requieran cuando haya lugar a ello	8. Para el mes de agosto se proyectan oficios a la Gerencia de la Subred y asociaciones de usuarios para el inicio del proceso de elección del delegado la Junta Directivas, pendiente la firma del señor Secretario de Salud	8. Borrador de oficios dirigido a la Gerente y presidentes de las asociaciones

ESTADO TEMAS PENDIENTES DE TRÁMITE

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:	Compensar	Empresa:	Colpensiones	Empresa:	Suramericana
				Nivel Riesgo:	*3*
Suma cancelada:	$ 328.800	Suma cancelada:	$ 420.800	Suma cancelada:	$ 64.100
No Planilla	7977957626	No Planilla	7977957626	No de Planilla f	7977957626
Mes(es) cancelado(s):	Julio	Mes(es) cancelado(s):	Julio	Mes(es) cancelado(s):	Julio

EN CASO DE INFORME FINAL DE EJECUCIÓN					
Relación de usuario y clave de acceso al equipo de cómputo:	* *	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:	*	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):	*:

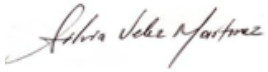
FIRMA DEL CONTRATISTA	
CONTRATISTA	**NOMBRES Y APELLIDOS:** *ALEYDER RODRIGUEZ SUAREZ*
	FIRMA: 
	No. DOCUMENTO DE IDENTIDAD: *C.C 52120283*

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 64 % 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***	
9	Inadecuado manejo de la información a la cual tiene acceso el contratista		*X*	
10	Demoras por parte de la entidad contratante (Supervisor) en la aprobación de los productos y/o informes presentados por el contratista		*X*	
11	Suspensión o cancelación de la tarjeta o matrícula profesional, para aquellas profesiones que así lo establecen		*X*	
12	Suspensión o cancelación de la tarjeta o matrícula profesional, para aquellas profesiones que así lo establecen		*x*	

SUPERVISOR	**NOMBRE Y APELLIDO:** ***SILVIA MARGARITA VELEZ MARTINEZ*** Subdirectora Red Territorial Centro Oriente
	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:** ***MIRYAM GUZMAN ZAMORA*** Profesional Especializado Subdirección Territorial Red Centro Oriente
	FIRMA:  El presente informe es revisado por el apoyo a 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.

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.*

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
COMPROBANTE DE PAGO

DAVIVIENDA

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CÉDULA DE CIUDADANÍA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	52120283
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			ALEYDER RODRIGUEZ SUAREZ
CIUDAD/MUNICIPIO:	BOGOTA DISTRITO CAPITAL	DEPARTAMENTO:	BOGOTA - DISTRITO CAPITAL
DIRECCIÓN:	CR 77 H BIS 58 - 38 SUR	TELÉFONO:	4604426
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Actividades reguladoras y
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:	**7977957626**		TIPO DE PLANILLA:		I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN	MES:	julio	PERIODO COTIZACIÓN	MES:	julio
OTROS SUBSISTEMAS:	AÑO:	2025	SALUD:	AÑO:	2025
DÍAS DE MORA:		0			
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):		2025/08/06	NÚMERO AUTORIZACIÓN:		1681554184

NOVEDADES

ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP

LIQUIDACIÓN GENERAL

			TOTALES	
			COTIZANTES	TOTAL PAGADO
PENSIÓN				
		ADMINISTRADORA		
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
9003360047	25-14	25-14 COLPENSIONES	1	$ 420.800
		SUBTOTAL:	1	**$ 420.800**
SALUD				
		ADMINISTRADORA		
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
8600669427	EPS008	EPS008-COMPENSAR	1	$ 328.800
		SUBTOTAL:	1	**$ 328.800**
CAJA DE COMPENSACIÓN				
		ADMINISTRADORA		
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
8600669427	CCF24	CCF24-COMPENSAR	1	$ 52.600
		SUBTOTAL:	1	**$ 52.600**
RIESGOS PROFESIONALES				
		ADMINISTRADORA		
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
8909037905	14-11	14-11 - ARL SURA	1	$ 64.100
		SUBTOTAL:	1	**$ 64.100**

VALOR SIN MORA:	**$ 866.300**
VALOR MORA:	**$ 0**
TOTAL PAGADO:	**$ 866.300**

FONDO FINANCIERO DISTRITAL DE SALUD

BOGOTÁ | SECRETARÍA DE SALUD

Vig Ppto: 2025

ORDEN DE PAGO

No: 515419

Usuario Dilig: YAMEDINA
Fecha de Impresión: 08/09/2025
Estado: GIRADA

Entidad:	FONDO FINANCIERO DISTRITAL DE SALUD				
Código:	201	Unidad Eje:	01	Fecha Diligenciamiento:	04-AUG-25

1. DATOS DEL BENEFICIARIO

Nombre:	ALEYDER RODRIGUEZ SUAREZ	Regimen:	No Responsable		
Dirección:	KR 77H BIS No.58-38 SUR	Teléfono y Fax:	7784969		
C.C o NIT:	52120283	Banco/Sucursal:	DAVIVIENDA	Cuenta No/Clase:	007900279766/A

2. DATOS DEL COMPROMISO

Compromiso a Pagar:	CT - CONTRATOS (CON / SIN LICITACIÓN	No:	7340480	Interventor o responsable del recibo a satisfacción del bien o servicio:	TOTAL
Acta de Recibo No:		Nombre del Interventor:			

Detalle

CTO-NO7340480-PLANILLA OGI_VIGENCIA-JULIO 2025-PERIODO DE:01-jul 30-jul-2025

Tipo de Orden de Pago: VIGENCIA

3. MOVIMIENTO PRESUPUESTAL

Fuente de financiación:

IMPUTACIÓN PRESUPUESTAL

CDP	Código Rubro	Registro	Nombre	Valor Aplicación (Gasto)
1765	O2-3-01-17-019-06-20240197-219164051	1583	Contratación del Recurso Humano	$6.575.000,00

VR BRUTO	SEIS MILLONES QUINIENTOS SETENTA Y CINCO MIL PESOS	$6.575.000,00

ID Rubro	Fuente	Detalle	Valor	
O2-3-01-17-019-06-20240197-219164051	01	12013	$6.575.000,00	
Tipo	**Com**	**Objeto**	**Ingreso**	**Banco**
O23	20202009	91122	O1-5-01-01-001	

4. MOVIMIENTO FINANCIERO Y CONTABLE

Descripción	% Descuento	Base de Retención	Código Contable	VALORES
Valor Bruto			5-1-11-79-0001	$6.575.000,00
ESTAMPILLA ADULTO MAYOR 2%	2	$6.575.000,00	2-4-36-90-0007	$131.500,00
ESTAMPILLA - EST_PROCULTURA 0,5%	.5	$6.575.000,00	2-4-36-90-0003	$32.875,00
RETEICA- SERVICIOS 0,766%	.766	$5.811.600,00	2-4-36-27-0001	$44.517,00

Valor amortización:

Id fuente	Detalle
01	Recursos Del Distrito
12013	APORTE ORDINARIO

TOTAL DESCUENTOS		$208.892,00
VALOR NETO A GIRAR	SEIS MILLONES TRESCIENTOS SESENTA Y SEIS MIL CIENTO OCHO PESOS	$6.366.108,00
		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

ARL

Medellin, 18 de agosto de 2025

LA DIRECCIÓN DE AFILIACIONES Y RECAUDOS HACE CONSTAR:

Que **ALEYDER RODRIGUEZ SUAREZ** con documento de identidad **C52120283**, se encuentra afiliado(a) a la Administradora de Riesgos Laborales SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A. como trabajador(a) de **FONDO FINANCIERO DISTRITAL DE SALUD** con NIT **N800246953**.

A continuación, se relacionan las fechas de afiliación:

Información general de la afiliación

Fecha inicio	Fecha fin	Tipo cotizante	Centro de trabajo	Código C.T	Clase de riesgo	Tasa cotización	Estado cobertura
2025-01-29	2025-12-31	INDEPENDIENTE CON CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS SUPERIOR A UN MES	PROGRAMAS DE SALUD EN LA COMUNIDAD R1	0000000014	1	0.522	EN COBERTURA

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

CONSEJO NACIONAL DE TRABAJO SOCIAL

CERTIFICADO DE VIGENCIA Y ANTECEDENTES DISCIPLINARIOS

EL CONSEJO NACIONAL DE TRABAJO SOCIAL

CERTIFICA:

1. Que ALEYDER RODRÍGUEZ SUÁREZ identificada con cédula de ciudadanía número 52120283 de Bogotá, D.C., se encuentrainscrita como trabajadora social en este Consejo según el artículo sexto de la Ley 53 de 1977.
2. Que su registro profesional tiene el número 52120283 con código interno 088295211 y con fecha de inscripción 05 de Febrero de 2002, resolución de inscripción 0184 del 28 de Febrero de 2002.
3. Que el registro profesional está vigente.
4. Que revisados los archivos de los casos tratados por el Comité de ética, hasta la fecha, esta persona no ha sido sancionada por faltas contra la ética profesional.
5. Que este certificado tiene vigencia por seis (6) meses a partir de su expedición.

Bogotá D.C., 18 de Agosto de 2025.

Elaborado por EjerzoLegalmente

Valide éste documento ingresando el código 144l6WOluk en el siguiente enlace.
https://ejerzo.consejonacionaldetrabajosocial.org.co/public/documentmanagement/validate