ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD	GESTIÓN CONTRACTUAL SUBDIRECCIÓN DE CONTRATACIÓN SISTEMA DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL			
	INFORME PARCIAL Y/O FINAL DE ACTIVIDADES ESPECÍFICAS, OBLIGACIONES DEL CONTRATISTA SERVICIOS PROFESIONALES Y APOYO A LA GESTIÓN SDS – FFDS			
	Código:	SDS-CON-FT-014	Versión:	7

Elaborado por: Carlos Andrés Montaña Buitrago /Revisado por: Nureidis Torres Vivas /Aprobado por: Katty Johana Rodríguez Lozano

DESPACHO – SUBDIRECCIÓN – DIRECCIÓN U OFICINA: *Dirección Salud Colectiva*	**CONTRATO No.** *7401149*	**PERIODO DEL CONTRATO:**
		Fecha de Inicio: 06/02/2025
		Fecha de Terminación: *31/12/2025*
ENTIDAD CONTRATANTE: *FONDO FINANCIERO DISTRITAL DE SALUD*		**PLAZO DE EJECUCIÓN: trescientos veinte y cinco días** *(325)*
		PRÓRROGA: *No Aplica*
CONTRATISTA: *LAURA BERNAL TABARES*		Fecha de Inicio (Prórroga) *No Aplica*
		Fecha de Terminación (Prórroga): No Aplica
		SUSPENSIÓN:
SUPERVISOR (Nombre y cargo): PATRICIA EUGENIA MOLANO BUILES Dirección de Salud Colectiva - Director Técnico Código 9 Grado 07		Fecha de Inicio (Suspensión): No aplica
		Nueva Fecha de Terminación (Suspensión): No aplica
		PERIODO DEL INFORME: 01/10/2025 – 31/10/2025
OBJETO DEL CONTRATO: Prestar servicios profesionales en la Subsecretaría de Salud Pública para aportar en la construcción, implementación y evaluación de los procesos de Educación para la Salud Pública en el marco del modelo de Atención Primaria Social.		

BALANCE FINANCIERO DEL CONTRATO	
VALOR INICIAL DEL CONTRATO:	$63.378.250
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):	$45.827.350
VALOR A PAGAR EN EL PRESENTE PERIODO DEL INFORME:	$5.850.300
SALDO POR EJECUTAR:	$11.700.600

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 Participar en el diseño, ajuste, difusión y asistencia técnica de los procesos educativos y comunicativos en salud pública desde una perspectiva pedagógica dialógica, en concertación con las dependencias de la Secretaría y entidades relacionadas, así como con los equipos técnicos de la Subsecretaría de Salud Pública y de las Subredes Integradas de Servicios de Salud para contribuir con los procesos de Gestión de la Salud Pública desde la Subsecretaría de Salud Pública, en el marco del Plan	1_1 Se realizó diseño de tarjeta para el evento de ASOCOLDRO 1_2 Se realizó diseño de artes finales para el kit de ASOCOLDRO 1_3 Se realizó diseño de 3 piezas para convenio con el Jardin Botanico de Bogota 1_4 Se realizó diseño de invitación para el evento de prescripción social 1_5 Se realizó diseño de 5 piezas de recomendaciones en salud para corredores a solicitud de apoyo para la OAC 1_6 Se realizó diseño de artes finales para el evento de prescripción social.	1_1_1_tarjetaASOCOLDRO 1_2_1_envioKITASOCOLDRO 1_3_1_EnvioPiezasJBB 1_4_1_EnvioPiezaPS 1_5_1_EnvioPiezasOAC 1_6_1_Kit_PS

Territorial de Salud y del Modelo de Salud de Bogotá "MAS Bienestar".		Evidencias cargadas en: Carpeta SHAREPOINT denominada 011000_Documentos_Recurso_Humano_LAURA_BERNAL_TABARES_7401149_2025_OCTUBRE_OBLIGACION_1 y se carga en SECOP II
2 Ejecutar actividades para el fortalecimiento de los procesos de educación en salud pública que permitan el desarrollo de capacidades personales, sociales e institucionales según las necesidades diferenciales tanto de las poblaciones como de los territorios en el marco de los procesos de Gestión de la Salud Pública, de acuerdo a las estrategias pedagógicas establecidas por la Subsecretaría de Salud Pública, en el marco del Plan Territorial de Salud y del Modelo de Salud de Bogotá "MAS Bienestar".	2_1 Se realizó orientación técnica de ESP y herramienta IBOCA durante la asistencia técnica a los equipos de cuídate sé feliz. 2_2 Se participó en la reunión de socialización de informe cualitativo del proceso de ESP en las subredes.	2_1_1_ActaOT_Cuidate 2_2_1_Acta_ppt_Info_Cuali_16102025 (1) Evidencias cargadas en: Carpeta SHAREPOINT denominada 011000_Documentos_Recurso_Humano_LAURA_BERNAL_TABARES_7401149_2025_OCTUBRE_OBLIGACION_2 y se carga en SECOP II
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”. Así como aportar al Modelo Integrado de Planeación y Gestión (MIPG) que incluye el reporte a proyectos de inversión del Plan de Desarrollo de Bogotá D.C. (SEGPLAN), del Plan Operativo de Gestión y Desempeño (POGD) y la gestión documental.	3_1 Se realizó reporte al POGD	3_1_1_EnvioPOGDJ-S Evidencias cargadas en: Carpeta SHAREPOINT denominada 011000_Documentos_Recurso_Humano_LAURA_BERNAL_TABARES_7401149_2025_OCTUBRE_OBLIGACION_3 y se carga en SECOP II

4 Participar en la respuesta a urgencias y emergencias en salud pública, así como asistir a las reuniones, espacios de participación (institucionales, sectoriales, intersectoriales o comunitarios) o actividades misionales de carácter especial de la Subsecretaría relacionados con el cumplimiento del objeto y obligaciones contractuales, en el marco del Modelo de Salud de Bogotá "MAS Bienestar".	4_1 Se asistió a reunión de coordinaciones PIC para realizar orientación técnica al perfil de comunicación social de la coordinacion PIC. 4_2 Se participó en reunión virtual de socialización de generalidades para el nuevo convenio del GSP-PSPIC 4_3 Se participó en reunión virtual de socializacion de generalidades del documento marco del nuevo convenio GSP-PSPIC 4_4 Se participó en reunión de equipo ESP-SDS	*4_1_1_AsistenciaCoordPIC* 4_2_1_acta_sociali_modelo_gestion_territo_GSP_PSPIC_1 4_3_1_Listado_Convenio_GSPPSPIC 4_4_1_ReuEquipo_101025 Evidencias cargadas en: Carpeta SHAREPOINT denominada 011000_Documentos_Recurso_Humano_LAURA_BERNAL_TABARES_7401149_2025_OCTUBRE__OBLIGACION_4 y se carga en SECOP II

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:	Compensar	Empresa:	Skandia (Old Mutual)	Empresa:	Sura
				Nivel Riesgo:	1
Suma cancelada:	$292.600	Suma cancelada:	$374.500	Suma cancelada:	$12.300
No Planilla:	90584621	No Planilla:	90584621	No Planilla:	90584621
Mes(es) cancelado(s):	Octubre/2025	Mes(es) cancelado(s):	Octubre/2025	Mes(es) cancelado(s):	Octubre/2025

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: LAURA BERNAL TABARES**
	FIRMA: Laura Bernal Tabares Firmado digitalmente por Laura Bernal Tabares Fecha: 2025.10.30 09:20:06 -05'00'
	No. DOCUMENTO DE IDENTIDAD: 1.026.301.009

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 81,54% 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***	
8	*Inadecuado manejo de la información a la cual tiene acceso el contratista*		*X*	*No aplica*
11	*suspensión o cancelación de la tarjeta o matrícula profesional, para aquellas profesiones que así lo establecen*		*X*	*No aplica*
12	*Incumplimiento de las obligaciones contractuales por el contratista*		*X*	*No aplica*

SUPERVISOR	**NOMBRE Y APELLIDO:** **PATRICIA EUGENIA MOLANO BUILES**
	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:** DANIEL GÓMEZ AGUIRRE - Revisión Técnica GINA JIMENA CELY AVILA - Revisión Financiera
	FIRMA: Daniel Gomez Aguirre Firmado digitalmente por Daniel Gomez Aguirre Fecha: 2025.10.30 10:26:40 -05'00' Gina Jimena Cely Avila

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: 520288

Usuario Dilig: YAMEDINA
Fecha de Impresión: 17/10/2025
Estado: GIRADA

Entidad:	FONDO FINANCIERO DISTRITAL DE SALUD				
Código:	201	Unidad Eje:	01	Fecha Diligenciamiento:	07-OCT-25

1. DATOS DEL BENEFICIARIO

Nombre:	LAURA BERNAL TABARES	Regimen:	No Responsable		
Dirección:	CR 15 28 B 24 AP 103	Teléfono y Fax:			
C.C o NIT:	1026301009	Banco/Sucursal:	DAVIVIENDA	Cuenta No/Clase:	488425667695/A

2. DATOS DEL COMPROMISO

Compromiso a Pagar:	CT - CONTRATOS (CON / SIN LICITACIÓN	No:	7401149	Interventor o responsable del recibo a satisfacción del bien o servicio:	TOTAL
Acta de Recibo No:		Nombre del Interventor:			

Detalle

CTO-NO7401149-PLANILLA SP VIGENCIA-SEPTIEMBRE 2025 -PERIODO DE:01-sep 30-sep-2025

Tipo de Orden de Pago: VIGENCIA

3. MOVIMIENTO PRESUPUESTAL

Fuente de financiación:

ID Rubro	Fuente	Detalle	Valor	
O2-3-01-17-019-05-20240242-209102051	01	12013	$5.850.300,00	
Tipo	Com	Objeto	Ingreso	Banco
O23	20202009	91122	O1-5-01-01-001	

IMPUTACIÓN PRESUPUESTAL

CDP	Código Rubro	Registro	Nombre	Valor Aplicación (Gasto)
1692	O2-3-01-17-019-05-20240242-209102051	1801	Contratacion del Recurso Humano	$5.850.300,00

VR BRUTO	CINCO MILLONES OCHOCIENTOS CINCUENTA MIL TRESCIENTOS PESOS	$5.850.300,00

4. MOVIMIENTO FINANCIERO Y CONTABLE

Descripción	% Descuento	Base de Retención	Código Contable	VALORES
Valor Bruto			5-1-11-79-0001	$5.850.300,00
RETEICA- SERVICIOS 0,766%	.766	$5.170.900,00	2-4-36-27-0001	$39.609,00
ESTAMPILLA ADULTO MAYOR 2%	2	$5.850.300,00	2-4-36-90-0007	$117.006,00
ESTAMPILLA - EST_PROCULTURA 0,5%	.5	$5.850.300,00	2-4-36-90-0003	$29.252,00

Valor amortización:

Id fuente	Detalle
01	Recursos Del Distrito
12013	APORTE ORDINARIO

TOTAL DESCUENTOS		$185.867,00
VALOR NETO A GIRAR	CINCO MILLONES SEISCIENTOS SESENTA Y CUATRO MIL CUATROCIENTOS TREINTA Y TRES PESOS	$5.664.433,00
		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

ANGEL ANTONIO ZABALETA GALINDO
Responsable del Presupuesto

Consulta Pagos

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	1026301009	LAURA BERNAL TABARES	Calle 54A #14-91	3142362954	blaura1902@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente		BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		NO

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2025-10	2025-10	I	10/10/2025	90584621	$726.300	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD

Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS008	Compensar EPS	860066942-7	292.600	0		0		0	0	0	0	292.600	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
230901	Skandia Pensiones Obligatorias	800253055-2	374.500	0	0	0	0	0	0		374.500	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										
14-11	ARL SURA	890903790-5	12.300				12.300	0	0	12.300			123	12.300	1

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF24	Compensar Caja	860066942-7	46.900	0	0	46.900	1

TOTALES PARAFISCALES

Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	0	0	0	0
ICBF				
0	0	0	0	0
ESAP				
MEN				

TOTALES POR SUBSISTEMA

Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	292.600	292.600
Pensión	1	374.500	374.500
Riesgos Laborales	1	12.300	12.300
CCF	1	46.900	46.900
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	4	726.300	726.300

PAGADA

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

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	1026301009	LAURA BERNAL TABARES		Calle 54A #14-91	3142362954	blaura1902@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		NO

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2025-10	2025-10	I	10/10/2025	90584621	$726.300	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE									INFORMACIÓN NOVEDADES																		PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES					
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Colom. exterior	Estornado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntario Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
1	CC	1026301009	BERNAL TABARES LAURA	59	0			N																	230901	2.340.120	374.500	0	0	0	0	EPS008	2.340.120	292.600	14-11	2.340.120	1	12.300	CCF24	2.340.120	46.900	0	0	0	0	0

PAGADA

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

ARL

Medellin, 17 de octubre de 2025

LA DIRECCIÓN DE AFILIACIONES Y RECAUDOS HACE CONSTAR:

Que **LAURA BERNAL TABARES** con documento de identidad **C1026301009**, 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
2025-02-06	2025-12-31	INDEPENDIENTE CON CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS SUPERIOR A UN MES	PRINCIPAL DC	0000000001	1	0.522	EN COBERTURA



VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA