
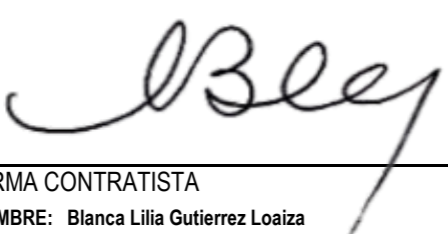



MINISTERIO DE AMBIENTE Y DESARROLLO SOSTENIBLE	INFORME PERIÓDICO DE SUPERVISIÓN E INFORME DE ACTIVIDADES DEL CONTRATISTA (CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES Y/O DE APOYO A LA GESTIÓN)									
	Versión: 5	Proceso: Contratación Vigencia: 26/01/2024							Código: F-A-CTR-55	
Dependencia:	GRUPO DE COMUNICACIONES							Fecha del informe:	1/11/2025	
<b>INFORMACIÓN BÁSICA DEL CONTRATISTA</b>										
Nombre / Razón Social	Blanca Lilia Gutierrez Loaiza									
Identificación	51.695.833			Correo personal	yiyac17@hotmail.com			Celular	3102569416	
<b>INFORMACIÓN DEL CONTRATO</b>										
Contrato No.	CD-1097	Año del contrato:	2025	CDP No.:	7625	RP No.:	360425	Fecha de inicio	1/09/2025	
Objeto del contrato	Prestar servicios profesionales para apoyar al Grupo de Comunicaciones en la gestión integral de la estrategia comunicacional del Ministerio de Ambiente y Desarrollo Sostenible									
Pago a realizar	2	de	4	Periodo a pagar	01/10/2025 al 31/10/2025		Plazo de ejecución	120 días	Fecha de terminación	30/12/2025
<b>INFORMACIÓN FINANCIERA DEL CONTRATO O CONVENIO</b>										
<b>Honorarios</b>										
Valor Inicial:	\$			40.000.000						
Adición No.										
Reduccion										
Valor Total:	\$			40.000.000						
Valor Pagado	\$			10.000.000						
Saldo pendiente por ejecutar	\$			30.000.000						
						Porcentaje de avance	50%			
<b>VALOR PAGOS REALIZADOS</b>										
PAGO No. 1	PAGO No. 2	PAGO No. 3	PAGO No. 4	PAGO No. 5	PAGO No. 6	PAGO No. 7	PAGO No. 8	PAGO No. 9	PAGO No. 10	
10.000.000,00										
PAGO No. 11	PAGO No. 12	PAGO No. 13	PAGO No. 14	PAGO No. 15	PAGO No. 16	PAGO No. 17	PAGO No. 18	PAGO No. 19	PAGO No. 20	
<b>Beneficios tributarios</b>										
Medicina prepagada	Dependientes	Interes de vivienda	Cuenta AFC (si aplica)	Ahorro voluntario en pensiones (si aplica)						
N/A	SI ___ NO ___ x ___	N/A	N/A	N/A						
<b>Aportes a Seguridad social</b>										
Número de Planilla	IBC	SALUD	PENSIÓN	ARL	CAJA DE COMPENSACIÓN	Factura electronica	Número de factura			
90853874	\$ 4.000.000	\$ 500.000	\$ 0	\$ 20.900	\$ 0	SI ___ NO ___ x ___	N/A			
<b>VALOR AUTORIZADO A PAGAR:</b>		\$ 10.000.000								
Abono en cuenta No.	126186311	Banco	BBVA			Tipo de cuenta	Ahorros			
<b>INFORMACIÓN EJECUCIÓN USOS CATÁLOGO DE CLASIFICACIÓN PRESUPUESTAL - CCP</b>										
USOS OBJETO GASTO CCP		DESCRIPCIÓN OBJETO GASTO					VALOR			
RP 360425 - R10 - C-3299-0900-28-10101C-3299054-02-A-02-02-02-008-003-09--		OTROS SERVICIOS PROFESIONALES Y TÉCNICOS N.C.P.					\$ 10.000.000,00			
							\$ -			
							\$ -			
							\$ -			
							\$ -			
<b>TOTAL</b>							\$ 10.000.000,00			
<b>INFORME DEL CONTRATISTA</b>										
OBLIGACIONES ESPECIFICAS			ACTIVIDADES DESARROLLADAS (Para el cumplimiento de las obligaciones)				EVIDENCIAS/PRODUCTOS PRESENTADOS (en caso de que aplique, se debe informar el lugar donde reposan las evidencias de las actividades, bienes y/o servicios entregados)			
1. Brindar apoyo en la definición de lineamientos, así como estrategias a cargo del Grupo de Comunicaciones			Durante el periodo reportado brindé apoyo con la continuación de la estrategia de Comunicación del Ministerio de Medio ambiente y entidades adscritas sobre Logros.				Las evidencias de mis obligaciones se encuentran cargadas en ARCA y SECOP			
2. Brindar acompañamiento en la revisión de documentos o piezas comunicacionales asignadas por el supervisor del contrato y que se encuentren relacionadas con la estrategia de comunicación.			Durante el periodo reportado brindé apoyo con la creación y envío del correo electrónico dirigido a las oficinas de comunicación de las entidades adscritas, para solicitar si cuentan con el Manual de Crisis institucional.				Las evidencias de mis obligaciones se encuentran cargadas en ARCA y SECOP			
3. Asistir al supervisor del contrato en las diversas reuniones o eventos en los que sea solicitado.			Durante el periodo reportado asistí a las siguientes reuniones: 1."Capacitación Vocería - Comunicaciones [En persona]" el día 21 de octubre 2."Preparatoria Vice Edith" el día 22 de octubre 3."Capacitación Vocería - Comunicaciones [En persona]" el día 23 de octubre				Las evidencias de mis obligaciones se encuentran cargadas en ARCA y SECOP			

MINISTERIO DE AMBIENTE Y DESARROLLO SOSTENIBLE	INFORME PERIÓDICO DE SUPERVISIÓN E INFORME DE ACTIVIDADES DEL CONTRATISTA (CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES Y/O DE APOYO A LA GESTIÓN)		SOMOSIG Sistema Integrado de Gestión
Versión: 5	Proceso: Contratación Vigencia: 26/01/2024		Código: F-A-CTR-55
4. Apoyar al supervisor del contrato en temas de actualidad comunicacional que permitan respuesta oportuna del equipo ante posibles coyunturas en el desarrollo de la estrategia comunicacional del Ministerio de Ambiente y Desarrollo Sostenible.	Durante el periodo reportado brindé apoyo con el adelanto de la producción del Manual de Crisis para MinAmbiente y las entidades adscritas	Las evidencias de mis obligaciones se encuentran cargadas en ARCA y SECOP	
5. Apoyar tácticas comunicacionales del Ministerio de Ambiente y Desarrollo Sostenible en sinergias de gobierno nacional para amplificar los mensajes medio ambientales.	<p>Durante el periodo reportado adelanté temas en el documento de entrenamiento de vocería en relación con: Análisis de comunicación, así logra un discurso mas Afectivo y Efectivo, emplee las vips, preguntas, el mensaje, la voz, expresión corporal, como convertirse en un buen vocero</p> <p>Durante el periodo reportado acompañé, el taller de vocería institucional, el día 21 de octubre, con una duración de dos horas, dirigido a la viceministra Edith Bastidas, en las instalaciones de la Agencia MIACOM.</p> <p>Durante el periodo reportado acompañé, el taller de vocería institucional parte 2, el día 23 de octubre, con una duración de 45 minutos, dirigido a la viceministra Edith Bastidas.</p>	Las evidencias de mis obligaciones se encuentran cargadas en ARCA y SECOP	
6. Apoyar el seguimiento y cumplimiento de las estrategias del Grupo de Comunicaciones.	No se solicitó actividades para este periodo	N/A	
7. Las demás que sean solicitadas por el Supervisor/a del contrato y que estén relacionadas con el objeto contractual.	No se solicitó actividades para este periodo	N/A	
DATOS DEL SUPERVISOR			
NOMBRE Y CARGO DEL SUPERVISOR (según cláusula de supervisión del contrato)	Camila Andrea Rocha Galeano - Coordinadora del Grupo de Comunicaciones		
FECHA MEMORANDO DE DESIGNACIÓN DE SUPERVISIÓN (si aplica)	N/A		
NOMBRE Y CARGO DEL SUPERVISOR (para efectos de liquidación, en caso de que aplique)	N/A		
NOMBRE Y CARGO SUPERVISOR QUE CONOCIÓ DE LA EJECUCIÓN DEL CONTRATO (para efectos de liquidación, en caso de que aplique)	N/A		
OBSERVACIONES			
N/A			
RECIBIDO A SATISFACCIÓN			
<p>En calidad de supervisor del contrato anotado, manifiesto que el contratista cumplió a satisfacción y dentro de los términos señalados en el contrato, con todas las obligaciones establecidas. Además, certifico no tiene PQRSD pendientes por gestionar. Igualmente certifico que el contratista, dió cumplimiento a lo establecido en las disposiciones legales vigentes sobre el régimen de seguridad social integral (conforme a lo señalado en el artículo 50 de la Ley 789 de 2002, la Ley 1562 de 2012, Decreto 1072 de 2015 y demás normas que regulen la materia), que cumplió con el pago de los aportes a seguridad social integral y parafiscales, así como los aportes propios al SENA, ICBF y Cajas de Compensación Familiar (cuando corresponda). Por lo anterior autorizo el pago señalado en el presente formato, que deberá ser consignado en la cuenta bancaria relacionada anteriormente.</p>			
AUTORIZACIÓN DE PAGO			
 FIRMA CONTRATISTA NOMBRE: Blanca Lilia Gutierrez Loiza C.C.: 51.695.833	 FIRMA DEL SUPERVISOR NOMBRE SUPERVISOR: Camila Andrea Rocha Galeano C.C.: 1.014.239.192 CARGO: Coordinadora del Grupo de Comunicaciones		

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	51695833	BLANCA LILIA GUTIERREZ LOAIZA		AV. CALLE 24 No. 37-15	3447000	yyiac17@hotmail.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	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2025-09	2025-09	I	05/11/2025	90853874	\$529.900	

## 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					
EPS005	Sanitas EPS	800251440-6	500.000	0		0		0	28	8.600	0	508.600	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	

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	20.900				20.900	28	400	21.300			209	21.300	1

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

TOTALES PARAFISCALES				
Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	28	0	0	0
ICBF				
0	28	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	500.000	508.600
Pensión	0	0	0
Riesgos Laborales	1	20.900	21.300
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
<b>TOTALES</b>	<b>2</b>	<b>520.900</b>	<b>529.900</b>

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	51695833	BLANCA LILIA GUTIERREZ LOAIZA		AV. CALLE 24 No. 37-15	3447000	yyiac17@hotmail.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		
					EMPLADOS	UPC	
					1	0	
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES					TOTAL A PAGAR	
2025-09	2025-09					\$529.900	

**DETALLE POR COTIZANTE**

INFORMACIÓN COTIZANTE			INFORMACIÓN NOVEDADES													PENSIÓN					SALUD			RIESGOS LABORALES			CCF			PARAFISCALES																	
No.	Tipo	No. de identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subjeto	Exonerado	Com. exonerado	Exonerado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VBP	VBT	SILN	ISE	MA	MA	ASP	VCT	IRL	CDR	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	51695833	GUTIERREZ LOAIZA BLANCA LILIA	59	4				N	X																0	0	0	0	0	0	0	EPS005	4.000.000	500.000	14-23	4.000.000	1	20.900		0	0	0	0	0	0	0

# PAGADA