

Bogotá, D. C., Diciembre de 2025

CUENTA DE COBRO No. 05- 2025
Contrato Nro. SS-CD-PSP-748-2025

LA GOBERNACION DE CUNDINAMARCA
SECRETARIA DE SALUD
NIT 899.999.114-0

DEBE A:

FRANCY EDITH BARON DIMAS
C.C. NO. 52.473.600

LA SUMA DE: SEIS MILLONES QUINIENTOS SETENTA Y NUEVE MIL CUATROCIENTOS SESENTA Y UN PESOS M/CTE (\$6.579.461).

POR CONCEPTO DE: LA EJECUCIÓN DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES ESPECIALIZADOS No. **SS-CD-PSP 748-2025**, SUSCRITO ENTRE EL DEPARTAMENTO DE CUNDINAMARCA-SECRETARIA DE SALUD, CUYO OBJETO ES "PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES DESDE LA DIRECCION DE SALUD PÚBLICA EN COORDINACIÓN CON LOS MUNICIPIOS DEL DEPARTAMENTO DE CUNDINAMARCA PARA LA IMPLEMENTACIÓN DE LOS PLANES DE ACCIÓN MUNICIPAL QUE CONTRIBUYAN AL CUIDADO DE LA SALUD DE LA POBLACIÓN CON ENFOQUE DIFERENCIAL DE GÉNERO Y LGBTQ+"

Del periodo correspondiente a: DEL 01 DE NOVIEMBRE 2025 AL 30 DE NOVIEMBRE DE 2025. Consignar el valor de la presente en: BANCO DAVIVIENDA CUENTA DE AHORROS 0550488452764936

Cordialmente,

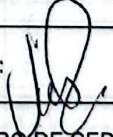


FRANCY EDITH BARON DIMAS
C.C. NO. 52.473.600
CELULAR 3132064347

INFORME DE ACTIVIDADES 5 CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS 88-CD-PSP 748-2025

DIRECCIÓN: SALUD PUBLICA		CONTRATO No. 88-CD-PSP-748-2025	PERIODO DEL CONTRATO:
			FECHA DE INICIO : 15 DE JULIO DE 2025
			FECHA DE TERMINACIÓN: 24 DE DICIEMBRE DE 2025
NOMBRE DEL CONTRATISTA: FRANCY EDITH BARON DIMAS		PLAZO DE EJECUCIÓN: CINCO (5) MESES Y DIEZ (10) DIAS	
NOMBRE DEL SUPERVISOR: RICARDO PORRAS LOPEZ		PERIODO DEL INFORME: DEL 01 AL 30 DE NOVIEMBRE DE 2025.	
OBJETO DEL CONTRATO: "PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES DESDE LA DIRECCIÓN DE SALUD PÚBLICA EN COORDINACIÓN CON LOS MUNICIPIOS DEL DEPARTAMENTO DE CUNDINAMARCA PARA LA IMPLEMENTACIÓN DE LOS PLANES DE ACCIÓN MUNICIPAL QUE CONTRIBUYAN AL CUIDADO DE LA SALUD DE LA POBLACIÓN CON ENFOQUE DIFERENCIAL DE GÉNERO Y LGBTIQ+."			
OBLIGACIONES (Las estipuladas como específicas en la minuta del contrato)	ACTIVIDADES (Desarrolladas en el mes referente a la obligación)	PRODUCTOS (Con respecto a la actividad desarrollada.)	
1. Consolidar la información requerida en el marco de la implementación de los Planes de Acción municipal que contribuyan al cuidado de la salud de la Población con enfoque diferencial de género y LGBTIQ+.	Noviembre-2025 recopilación de información de los planes de Acción municipal al cuidado de la salud de la población con enfoque diferencial.	ANEXO CD – PRODUCTOS 1. Excel Información de Planes de Acción Municipal.	
2. Preparar los informes relacionados con la estrategia de los Planes de Acción municipal en el Departamento de Cundinamarca de la Población con enfoque diferencial.	Noviembre-2025 informe de indicadores de los planes de Acción municipal al cuidado de la salud de la población con enfoque diferencial, con referencia a los municipios de la recopilación de información del ítem 1.	ANEXO CD – PRODUCTOS 1. Informe de indicadores Planes de Acción Municipal.	
3. Coordinar con las áreas pertinentes la organización de la documentación de los procesos relacionados con los planes de Acción Municipal que contribuyan con el cuidado de la población LGBTIQ+.	Noviembre -2025 informe de indicadores de los planes de Acción Municipal que contribuyan con el cuidado de la población LGTBIQ+ , con referencia a los municipios de la recopilación de información del ítem 1.	ANEXO CD – PRODUCTOS 1. Informe de indicadores Planes de Acción Municipal que contribuyan con el cuidado de la población LGTBIQ+	
4. Organizar la información, consolidarla y analizarla de conformidad con los lineamientos de la meta.	13 noviembre 2025- Reunión con el gerente del hospital de San Antonio Municipio de Arbeláez y el presidente de Asojuntas con el objeto de socializar las dificultades que se presentan en la ejecución lineamientos de PIC en el municipio de Arbeláez-	ANEXO CD – PRODUCTOS 1. Acta y foto	

INFORME DE ACTIVIDADES 5 CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS SS-CD-PSP 748-2025

	Cundinamarca, que ha afectado el bienestar de la comunidad.	
5. Contribuir al mejoramiento continuo del flujo de información relacionado con los Sistemas de Información y el fortalecimiento de las asistencias técnicas virtuales y presenciales.	Durante este periodo estuve a la disposición a contribuir al mejoramiento continuo del flujo de información relacionado con los Sistemas de Información y el fortalecimiento de las asistencias técnicas virtuales y presenciales.	
6. Elaborar y responder de manera Oportuna los requerimientos de información y su articulación con las demás dependencias.	Noviembre 2025. Envió al email Liliana.cepeda@cundinamarca.gov.co de la doctora Liliana Cepeda ,Dirección PIC, Gobernación Cundinamarca, Informes solicitados de los informe de indicadores de los planes de Acción Municipal que contribuyan con el cuidado de la población LGTBIQ+, informe de indicadores de los planes de Acción municipal al cuidado de la salud de la población con enfoque diferencial con la información del ítem 1 de los planes de Acción municipal al cuidado de la salud de la población con enfoque diferencial.	ANEXO CD – PRODUCTOS 1. Pantallazo del envío al email de los informes.
7. Las demás que sean requeridas de conformidad con el objeto Contractual.	Durante este periodo estuve a la disposición a Las demás que sean requeridas de conformidad con el objeto Contractual.	
CONTRATISTA	NOMBRES Y APELLIDOS: FRANCY EDITH BARON DIMAS	
	FIRMA: 	
	NUMERO DE CEDULA: 52473600	

 Gobernación de Cundinamarca	GESTIÓN CONTRACTUAL Y COMPRA PÚBLICA	Código E-GCCP-FR-017
		Versión : 5
	Informe de Supervisión Electrónico SUPERVISA	Fecha de Aprobación: 01/09/2025

INFORME DE SUPERVISIÓN DEL CONTRATO O CONVENIO N° SS-CD-PSP-748-2025	
Informe Parcial <u> X </u> / No. Del Informe 5	Informe Final <u> </u>
Periodo del Informe: Del 01.11.2025 hasta el 30.11.2025	
Fecha en la que se rinde el Informe :	02.12.2025

1. INFORMACIÓN GENERAL DEL CONTRATO O CONVENIO	
Contratista:	FRANCY EDITH BARON DIMAS
NIT / C.C.:	52473600
Supervisor:	RICARDO ALBERTO PORRAS LOPEZ
Cargo:	DIRECTOR OPERATIVO/SUBDIRECTOR GESTION Y PROMOCION DE ACCIONES DE SALUD PUBLICA
Objeto del Contrato o Convenio:	PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES DESDE LA DIRECCIÓN DE SALUD PÚBLICA EN COORDINACIÓN CON LOS MUNICIPIOS DEL DEPARTAMENTO DE CUNDINAMARCA PARA LA IMPLEMENTACIÓN DE LOS PLANES DE ACCIÓN MUNICIPAL QUE CONTRIBUYAN AL CUIDADO DE LA SALUD DE LA POBLACIÓN CON ENFOQUE DIFERENCIAL DE GÉNERO Y LGBTIQ+.
Fecha de Suscripción de Contrato o Convenio:	03.07.2025
Fecha de Inicio del Contrato o Convenio	15.07.2025
Certificado de Disponibilidad Presupuestal	7100066433
Registro Presupuestal	4600031423
Valor Inicial del Contrato o Convenio	\$35,090,459
Adición	\$0
Vigencia Futura	\$0
Pasivo Exigible	\$0
Valor Total del Contrato	\$35,090,459
Plazo de Ejecución Inicial	5 MESES Y 10 DIAS
Prorroga No.	0
Plazo de Ejecución Final	5 MESES Y 10 DIAS
Fecha De Terminación del Contrato o Convenio	24.12.2025
Suspensión (según aplique)	NO
Fecha De suspensión (si se llevó a cabo)	
Fecha De reinicio (si se llevó a cabo)	
Cesión / Terminación Anticipada	NO
Aseguradora	N/A
Garantía de Cumplimiento	N/A
Póliza de Responsabilidad Civil Extracontractual	N/A

2. DESCRIPCIÓN DETALLADA DE LAS ACTIVIDADES DESARROLLADAS:

Porcentaje de avance: 90%

Donado 7-12-25

1. Consolidar la información requerida en el marco de la implementación de los Planes de Acción municipal que contribuyan al cuidado de la salud de la Población con enfoque diferencial de género y LGBTIQ+.

 Gobernación de Cundinamarca	GESTIÓN CONTRACTUAL Y COMPRA PÚBLICA	Código E-GCCP-FR-017
		Versión : 5
	Informe de Supervisión Electrónica SUPERVISA	Fecha de Aprobación: 01/09/2025

Noviembre 2025 Se realizó la recopilación de información de los planes de Acción municipal al cuidado de la salud de la población con enfoque diferencial.

2. Preparar los informes relacionados con la estrategia de los Planes de Acción municipal en el Departamento de Cundinamarca de la Población con enfoque diferencial.

Noviembre-2025 Se realizó informe de indicadores de los planes de Acción municipal al cuidado de la salud de la población con enfoque diferencial, con referencia a los municipios de la recopilación de información del ítem 1.

3. Coordinar con las áreas pertinentes la organización de la documentación de los procesos relacionados con los planes de Acción Municipal que contribuyan con el cuidado de la población LGBTIQ+.

Noviembre -2025 Se realizó informe de indicadores de los planes de Acción Municipal que contribuyan con el cuidado de la población LGBTIQ+, con referencia a los municipios de la recopilación de información del ítem 1.

4. Organizar la información, consolidarla y analizarla de conformidad con los lineamientos de la meta.

13 de noviembre 2025- Se realizó Reunión con el gerente del hospital de San Antonio Municipio de Arbeláez y el presidente de Asojuntas con el objeto de socializar las dificultades que se presentan en la ejecución lineamientos de PIC en el municipio de Arbeláez-Cundinamarca, que ha afectado el bienestar de la comunidad.

5. Contribuir al mejoramiento continuo del flujo de información relacionado con los Sistemas de Información y el fortalecimiento de las asistencias técnicas virtuales y presenciales.

Durante este periodo estuve a la disposición a contribuir al mejoramiento continuo del flujo de información relacionado con los Sistemas de Información y el fortalecimiento de las asistencias técnicas virtuales y presenciales.

6. Elaborar y responder de manera oportuna los requerimientos de información y su articulación con las demás dependencias.

Noviembre 2025. Se Envío al email liliana.cepeda@cundinamarca.gov.co de la doctora Liliana Cepeda ,Dirección PIC, Gobernación Cundinamarca, Informes solicitados de los informe de indicadores de los planes de Acción Municipal que contribuyan con el cuidado de la población LGBTIQ+, informe de indicadores de los planes de Acción municipal al cuidado de la salud de la población con enfoque diferencial con la información del ítem 1 de los planes de Acción municipal al cuidado de la salud de la población con enfoque diferencial.

7. Las demás que sean requeridas de conformidad con el objeto contractual.

Durante este periodo estuve a la disposición a Las demás que sean requeridas de conformidad con el objeto Contractual.

3. PAGOS EFECTUADOS EN EL DESARROLLO DEL CONTRATO O CONVENIO

DOCUMENTO DE PAGO	FECHA	VALOR
3300152637	13.08.2025	\$3,509,046
3300156592	11.09.2025	\$6,579,461
3300161207	15.10.2025	\$6,579,461
3300165655	13.11.2025	\$6,579,461

4. BALANCE FINANCIERO DEL CONTRATO O CONVENIO (ESTE PUNTO SOLO APLICA PARA EL INFORME FINAL DE SUPERVISIÓN)

NO APLICA

5. RENDIMIENTOS FINANCIEROS (ESTE PUNTO SOLO APLICA PARA EL INFORME FINAL DE SUPERVISIÓN)

NO APLICA

6. RESPONSABLE DEL CIERRE DEL EXPEDIENTE DEL PROCESO DE CONTRATACIÓN (ESTE PUNTO SOLO APLICA EN LOS CASOS DE OBLIGACIONES POSTERIORES A LA LIQUIDACIÓN)

NO APLICA

7. RECOMENDACIONES Y OBSERVACIONES

La contratista cumplió con las actividades programadas para el mes de noviembre en el marco del desarrollo del objeto contractual

 Gobernación de Cundinamarca	GESTIÓN CONTRACTUAL Y COMPRA PÚBLICA	Código E-OCCP-FR-017
		Versión : 5
	Informe de Supervisión Electrónica SUPERVISA	Fecha de Aprobación: 01/09/2025


RICARDO ALBERTO PORRAS LOPEZ
DIRECTOR OPERATIVO/SUBDIRECTOR GESTION Y PROMOCION DE ACCIONES DE SALUD PUBLICA

Ortega
2-12-25



DAVIVIENDA

Banco Davivienda S.A.

CERTIFICADO

01/12/2025

BOGOTA, D.C.,
BOGOTA, D.C.,
COLOMBIA,
A quien interese

Por medio de la presente hacemos constar que el señor **FRANCY EDITH BARON DIMAS** con Cédula de Ciudadanía número **52473600**

Posee en el banco Davivienda:

CUENTA DE AHORROS DAMAS

Número

0550488452764936

Fecha de apertura

15/05/2025

Cordialmente,

BANCO DAVIVIENDA

Banco Davivienda S.A.
NIT. 860.034.313-7

Póliza de Responsabilidad Civil
Extracontractual

N/A

2. DESCRIPCIÓN DETALLADA DE LAS ACTIVIDADES DESARROLLADAS:

Porcentaje de ejecución: 00%

Handwritten signature and date 12-25

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	52473600	FRANCY EDITH BARRON DIMAS		CARRERA 73 # 1-10	3132058347	francy87854@gmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
UNICA	1 - Individuo/Familia			BIGOTA D.C.	BIGOTA D.C.	
EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD						NO

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DÍAS/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DÍAS/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD
					EMPLADOS 1 0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR
2025-11	2025-11	I	20/11/2025	91549568	\$216.800

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD													
Codigo 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					
EPS-SIS	Sistema EPS	8002514424-6	330,000	0		0		0	0	0	0	330,000	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	Cooperativas	800336004-7	422.400	0	0	0	0	0	0	0	422.400	1

TOTALES RIESGOS LABORALES															
Codigo 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										
14-02	Protección Seguridad	850011253-6	64.400				64.400	0	0	64.400			644	64.400	1

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

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	330.000	330.000
Pensión	1	422.400	422.400
Riesgos Laborales	1	64.400	64.400
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	816.800	816.800

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	52473600	FRANCY EDITH BARON DIMAS		CARRERA 75 # 1-10	3132064347	francy87654@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 UPC
					1 0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR
2025-11	2025-11	I	20/11/2025	91549568	\$816.800

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE						INFORMACIÓN MOVIEDADES						PENSIÓN						SALUD		RIESGOS LABORALES			CCF			PARAFISCALES							
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Edad	Sexo	Estado Civil	Profesión	Grado de Instrucción	Grado de Invalidez	Grado de Discapacidad	Grado de Dependencia	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntario o Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SEHA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN	
1	CC	52473600	BARON DIMAS FRANCY EDITH	58	F	N						25-14	2.640.000	422.400	0	0	0	0	EPS005	2.640.000	330.000	14-23	2.640.000	3	64.400		0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

Bogotá, D.C., DICIEMBRE de 2025

Señores:

**SECRETARIA DE SALUD
GOBERNACION DE CUNDINAMARCA**

E. S. M.

Asunto: Declaración Juramentada

Yo, FRANCY EDITH BARON DIMAS con cédula de ciudadanía Nro.52.473.600,
declaro bajo gravedad de juramento que:

- En mi calidad de contratista de la Secretaria de Salud de Cundinamarca que
SI ☐ **NO** ☒ tengo Contratos de Prestación de Servicios con otras
entidades públicas o privadas.
- Igualmente declaro que pago los aportes Parafiscales correspondientes al
valor total de todos los contratos vigentes a la fecha.

Lo anterior en respuesta a la circular interna No. 005 de fecha siete (7) de julio de
2016.

Cordialmente,



FRANCY EDITH BARON DIMAS
CC Nro.52.473.600

Señale con una X y complete

- ☐ Certificar que su patrimonio a diciembre 31 de 2024 fueron superiores a 4.500 UVT es decir \$ 211.792.000 de conformidad con el artículo 593 del Estatuto Tributario y DEC. 2972 de 2013 SI ____ NO X
- ☐ Certificar que sus ingresos fiscales a diciembre 31 de 2024 fueron superiores a 1.400 UVT es decir \$65.891.000 de conformidad con el artículo 593 del Estatuto Tributario y DEC. 2972 de 2013 SI ____ NO X
- ☐ Interés y corrección monetaria (vivienda y/o Leasing habitacional) \$ _____
- ☐ Deducciones por salud por contratos de medicina prepagada o seguros de salud para el trabajador, su cónyuge, sus hijos o dependientes \$ _____

10% de los ingresos por concepto de dependientes:

- ☐ Los hijos del contribuyente que tengan hasta 18 años de edad y dependan económicamente del contribuyente VALOR PROMEDIO MENSUAL 2025. \$ _____
- ☐ Los hijos del contribuyente con edad entre 18 y 23 años, cuando el padre o madre contribuyente persona natural, se encuentre financiando su educación en instituciones formales de educación superior certificadas por el ICFES o la autoridad oficial correspondiente, o en los programas técnicos de educación no formal debidamente acreditados por la autoridad competente (adjuntar certificado de educación con valor de matrícula 2025). _____
- ☐ Los hijos del contribuyente mayores de 23 años que se encuentren en situación de dependencia originada en factores físicos o psicológicos que sean certificados por Medicina Legal. VALOR PROMEDIO MENSUAL 2025. \$ _____
- ☐ El cónyuge o compañero permanente del contribuyente que se encuentre en situación de dependencia sea por ausencia de ingresos o ingresos en el año menores a doscientos sesenta (260) UVT, certificada por contador público, o por dependencia originada en factores físicos o psicológicos que sean certificados por Medicina Legal VALOR PROMEDIO MENSUAL 2025. \$ _____
- ☐ Los padres y los hermanos de contribuyente que se encuentren en situación de dependencia, sea por ausencia de ingresos o ingresos en el año menores a doscientos sesenta (260) UVT, certificada por Contador Público, o por dependencia originada en factores físicos o psicológicos que sean certificados por Medicina Legal. VALOR PROMEDIO MENSUAL 2025 \$ _____

Relacione dependientes

Nombres y Apellidos Completos

Parentesco _____

- ☐ Deducción por aportes de salud de acuerdo con la Ley \$ 330000 _____
- ☐ Renta exenta por aportes obligatorios de pensiones de acuerdo con la Ley. \$ 422400 _____
- ☐ Renta exenta por aportes a AFC y/o FPV máximo el 30% del ingreso fiscal hasta 3.800 UVT \$ _____

Tarifa de retención mayor según parágrafo 2 Artículo 384 E.T. _____

Señale con una X su condición de declarante

DECLARANTE SI ____ NO X

Bajo gravedad de juramento manifiesto que todo lo señalo anteriormente es verdadero y para efecto firmo este documento.

FIRMA _____

NOMBRES Y APELLIDOS Francy Edith Barón Dimas

CEDULA 52473600

