INFORMACIÓN GENERAL

Número de Contrato:	Vigencia	Supervisor	Cargo del Supervisor
RM-CD-168 2025	2025	Ana María Cortés Herrán	Profesional Especializado 222-12 con funciones de talento humano de la subdirección de Gestión Corporativa
Objeto:			
Nombre del Contratista:	RUTH DANIELA PABON MARTINEZ		
Valor del contrato	$ 10.557.600 (**DIEZ MILLONES QUINIENTOS CINCUENTA Y SIETE MIL SEISCIENTOS PESOS) MIL PESOS M/CTE**		
Plazo de Ejecución	**Fecha firma acta de inicio: 17/09/2025** **Fecha finalización contrato: 31/12/2025**		
Modificaciones	N/A		

EL PRESENTE INFORME DETALLA LA EJECUCIÓN Y ESTADO DE AVANCE DE LAS OBLIGACIONES CONTRACTUALES DURANTE EL PERIODO COMPRENDIDO ENTRE EL 01 Y EL 15 DE DICIEMBRE DE 2025

I. Obligaciones Generales del Contratista	
El contratista ha cumplido con las obligaciones generales, relacionadas en el contrato.	**El contratista cumplió con las obligaciones generales del contrato Si_X__No_____**

II. Obligaciones Específicas del Contratista		
Nº	**Obligación**	**Actividades realizadas**
1	Apoyar la elaboración de los documentos requeridos por la normativa vigente para la habilitación de la Sala Amiga de la Familia Lactante del entorno laboral de la RMBC.	**Detalle:** Se apoyó la elaboración de todos los documentos técnicos y normativos requeridos para la habilitación de la Sala Amiga de la Familia Lactante, dando cumplimiento al 100% de la obligación. **Evidencia:** apoyar con la elaboracion de creacion de documentos para la habilitacion de sala amiga lactante
2	Apoyar las gestiones de articulación con la Secretaría Distrital de Salud y demás instancias competentes, incluyendo la participación en reuniones técnicas, para la presentación y seguimiento de los documentos necesarios para la habilitación de la sala amiga lactante	**Detalle: Detalle:** Se logró establecer contacto con profesional de secretaria de salud, para la orientación y seguimiento **Evidencia:** Apoyar gestiones con secretaria de salud
3	Recolectar y reportar de manera mensual los indicadores del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo (SG-SST),	**Detalle:** En relación con la actividad correspondiente a la recolección y reporte mensual de los indicadores del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo (SG-SST), conforme a la normatividad vigente y su posterior entrega al

II. Obligaciones Específicas del Contratista		
Nº	**Obligación**	**Actividades realizadas**
	conforme a la normatividad aplicable, y entregarlos al responsable del sistema en la entidad	responsable del sistema en la entidad, se prestó el apoyo requerido de manera oportuna durante el mes de diciembre
		Evidencia: Recolectar y reportar de manera mensual los indicadores del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo (SG-SST), conforme a la normatividad
4	Apoyar el registro mensual de incapacidades médicas en la matriz de ausentismo institucional y en el aplicativo dispuesto por la Administradora de Riesgos Laborales (ARL Positiva), garantizando la trazabilidad y oportunidad del reporte.	**Detalle: Detalle:** Durante el periodo en curso, se ha dado cumplimiento a la tarea de recolección y consolidación de las incapacidades establecidos para el SG-SST. La información correspondiente fue organizada y entregada oportunamente al responsable del sistema dentro de la entidad, cumpliendo con los plazos y lineamientos establecidos.
		Evidencia: apoyo en cargue de incapacidades
5	Participar en la planeación logística y acompañamiento de las actividades de promoción y prevención del SG-SST, tales como jornadas médicas, la Semana de la Salud, capacitaciones y evaluaciones periódicas, entre otras.	**Detalle:** Durante el mes en curso no fue delegada la tarea de acompañamiento en actividades logísticas de la entidad.
		Evidencia: No aplica
6	Presentar informes mensuales detallados de las actividades realizadas en el marco del objeto contractual, acompañados de evidencias verificables, conforme a los formatos y lineamientos definidos por la subdirección de gestión corporativa	**Detalle:** Durante el mes de diciembre, el contratista elaboró y presentó el informe mensual correspondiente, el cual incluye el detalle de las actividades ejecutadas dentro del periodo, así como las evidencias verificables que respaldan cada una de las acciones desarrolladas
		Evidencia: Presentar informe mensual
7	Las demás que le sean acordadas por el supervisor del contrato y que tengan relación directa con el objeto contractual.	**Detalle:** En cumplimiento de las demás actividades asignadas por el supervisor del contrato y relacionadas directamente con el objeto contractual, se brindó apoyo de manera oportuna en la elaboración del informe y tabulación frente a encuestas de las actividades de Bienestar de Talento Humano.
		Evidencia: Las demás que le sean acordadas por el supervisor del contrato y que tengan relación directa con el objeto contractual

IV. Declaraciones
El CONTRATISTA manifiesta que toda la información proporcionada en este informe corresponde a las actividades

llevadas a cabo durante el periodo en cuestión. Asimismo, certifica que la planilla adjunta, la cual respalda el pago de los aportes obligatorios al sistema de seguridad social en salud, pensión y riesgos laborales de este mes o del mes inmediatamente anterior, ha sido efectuada conforme a la ley, basándose en los ingresos derivados del contrato. Este informe se adjunta en la plataforma SECOP II y ha sido debidamente verificado por el contratista, de acuerdo con la normatividad vigente, y aprobado por parte del supervisor con la firma del presente documento, toda vez que a la fecha se ha verificado el cumplimiento de las obligaciones a cargo del contratista.
El SUPERVISOR manifiesta que la contratista cumplió las actividades durante el periodo señalado y atendió las observaciones y requerimientos del supervisor. Que de conformidad con las disposiciones legales efectuó el pago a los aportes respectivos al sistema de seguridad social integral en salud, riesgos laborales y pensiones, mediante la planilla Número 92276103 Que, por lo antes señalado, aprueba el informe y los documentos presentados y entregados por la contratista durante el periodo mencionado en desarrollo de las obligaciones pactadas en el contrato en mención.

Para constancia se firma en Bogotá D.C., el 16 del mes de diciembre de 2025.

Daniela Pabón Martínez

CONTRATISTA

Nombre: RUTH DANIELA PABON MARTINEZ

Identificación:1030685567

SUPERVISOR

Nombre: Ana María Cortés Herrán

Cargo: Profesional Especializado 222-12
Con funciones de talento humano de la subdirección de gestión corporativa.

APOYO A LA SUPERVISIÓN

Nombre: Luz Elena Guerrero Santa maría

Cargo: contratista

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	1030685567	RUTH DANIELA PABON MARTINEZ	DG 30A SUR NUM 6 F12	3125915246	ruthdanielapabon6@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente		CUNDINAMARCA	SOACHA		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	
2025-12	2025-12	I	10/12/2025	92276103	$440.500	

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	178.000	0		0		0	0	0	0	178.000	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
230301	Porvenir	800224808-8	227.800	0	0	0	0	0	0		227.800	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										
14-23	Positiva Seguros	860011153-6	34.700				34.700	0	0	34.700			347	34.700	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	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	178.000	178.000
Pensión	1	227.800	227.800
Riesgos Laborales	1	34.700	34.700
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	440.500	440.500

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
CC	1030685567	RUTH DANIELA PABON MARTINEZ		DG 30A SUR NUM 6 F12	3125915246	ruthdanielapabon6@gmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	**CLASE APORTANTE**	**NOMBRE SUCURSAL**	**CÓDIGO**	**DEPARTAMENTO**	**CIUDAD / MUNICIPIO**	**EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD**
ÚNICA	I – Independiente			CUNDINAMARCA	SOACHA	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	
2025-12	2025-12	I	10/12/2025	92276103	$440.500	

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	1030685567	PABON MARTINEZ RUTH DANIELA	59	0			N																	230301	1.423.500	227.800	0	0	0	0	EPS005	1.423.500	178.000	14-23	1.423.500	3	34.700		0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

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