| CONCEJO MUNICIPAL DE FUNZA | INFORME DE ACTIVIDADES, CUENTA DE COBRO Y CERTIFICACIÓN DEL SUPERVISOR CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| | CÓDIGO | PA-GJ-SPGC-FO-IM-06 | FECHA EMISIÓN | 2/04/2025 | VERSIÓN: 2 |

| CUENTA DE COBRO | SI X | NO | DATOS DE LA FACTURA | SI | NO x |
|---|---|---|---|---|---|
| EL CONCEJO MUNICIPAL DE FUNZA - NIT 832.001.640-7<br><br>DEBE A: MARIA ALEJANDRA QUIÑONES HERNANDEZ<br><br>Por concepto De: PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTIÓN EN EL SISTEMA DE GESTIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO DEL CONCEJO MUNICIPAL DE FUNZA<br>la suma de:<br><br>TRES MILLONES DE PESOS M/CTE ($3.000.000) | | | No. DE FACTURA: | | |
| | | | RESOLUCIÓN DIAN: | | |
| | | | FECHA: | | |
| | | | VALOR: | | |

| FIRMA DEL CONTRATISTA | |
|---|---|

## CERTIFICACIÓN DEL SUPERVISOR DEL CONTRATO

En mi calidad de Supervisor del Contrato de Prestación de Servicios arriba relacionado, certifico el cumplimiento a cabalidad de las obligaciones establecidas en el mismo por parte del contratista y el desarrollo de las actividades descritas en el presente informe, durante el periodo relacionado.

Que de igual forma, el contratista ha acreditado y aportado el pago de los aportes a la seguridad social Integral y parafiscal en los montos y plazos establecidos verificando el cumplimiento conforme a lo dispuesto en el artículo 50 de la Ley 789 de 2002, artículo 23 de la ley 1150 y artículo 135 de la ley 1753 de 2015.

En razón a ello, autorizo el pago conforme a la información descrita en el presente informe.

| APROBÓ: | JENNY PAOLA HERNANDEZ GUIO | |
|---|---|---|

| CONCEJO MUNICIPAL DE FUNZA | INFORME DE ACTIVIDADES, CUENTA DE COBRO Y CERTIFICACIÓN DEL SUPERVISOR CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| | CÓDIGO | PA-GJ-SPGC-FO-IM-06 | FECHA EMISIÓN | 2/04/2025 | VERSIÓN: 2 |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| CONTRATO No.: | CPS -017- 2026 | | | | |
| PERIODO DEL INFORME Y DE LA CERTIFICACIÓN : | 23 DE MARZO AL 22 DE ABRIL DEL 2026 | | | No. DE PAGO: | 3 |
| NOMBRE O RAZÓN SOCIAL: | MARIA ALEJANDRA QUIÑONES HERNANDEZ | | | C.C. / NIT: | 1147687971 |
| OBJETO DEL CONTRATO: | PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTIÓN EN EL SISTEMA DE GESTIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO DEL CONCEJOMUNICIPAL DE FUNZA | | | PLAZO DE EJECUCIÓN: | ONCE (11) MESES |
| | | | | FECHA DE INICIO: | 23 de enero de 2026 |
| | | | | FECHA DE TERMINACIÓN | 22 de diciembre de 2026 |
| | | | | PLAZO DE PRORROGA: | N/A |
| ADICIÓN Y PRORROGA | N/A | FECHA INICIO PRORROGA | N/A | FECHA FIN DE PRORROGA | N/A |
| CESIÓN DE CONTRATO | N/A | FECHA DE LA CESIÓN DE CONTRATO | N/A | VALOR EJECUTADO ANTES DE LA CESIÓN DE CONTRATO | $ - |
| SUSPENSIÓN DE CONTRATO | N/A | FECHA INICIO SUSPENSIÓN DE CONTRATO | N/A | FECHA FIN DE SUSPENSIÓN DE CONTRATO | N/A |
| NOMBRE DEL SUPERVISOR: | JENNY PAOLA HERNANDEZ GUIO | | CARGO: | SECRETARIA GENERAL | |

**INFORMACIÓN FINANCIERA**

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| CERTIFICADO DE DISPONIBILIDAD PRESUPUESTAL (CDP) No.: | 2026000031 | VALOR CDP: | $ 33.000.000,00 | PORCENTAJE DE EJECUCIÓN A LA FECHA: |
| REGISTRO PRESUPUESTAL (RP) No.: | 2026000021 | VALOR RP: | $ 33.000.000,00 | |
| CERTIFICADO DE DISPONIBILIDAD PRESUPUESTAL (CDP) ADICIÓN No.: | NO APLICA | VALOR CDP ADICIÓN: | $ - | |
| REGISTRO PRESUPUESTAL (RP) No.: | NO APLICA | VALOR RP ADICIÓN: | $ - | 27,27% |
| VALOR INICIAL CONTRATADO: | $ 33.000.000,00 | VALOR PAGOS EFECTUADOS: | $ 6.000.000,00 | |
| VALOR EJECUTADO ANTES DE LA CESIÓN | $ - | | | |
| ADICIONES: | $ - | VALOR PRESENTE PERIODO: | $ 3.000.000,00 | |
| VALOR TOTAL CONTRATO: | $ 33.000.000,00 | VALOR EJECUTADO: | $ 9.000.000,00 | |

**ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO**

| OBLIGACIONES | EVIDENCIA | RESULTADOS ALCANZADOS |
|---|---|---|
| 1. Apoyar la actualización documental del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el trabajo (SG-SST) de acuerdo a requerimientos del Decreto 1072 del 2015 y la resolución 0312 de 2019 y demás normas reglamentarias de riesgos laborales. | TRABAJO\002-003 BRIGADA DE EMERGENCIA\2026\INFORME CAPACITACION BRIGADA 4 DE MARZO<br><br>X:\13. GESTIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO\INFORMES\2026<br><br>X:\13. GESTIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO\BASE DE DATOS FUNCIONARIOS Y CONTRATISTAS\2026<br><br>X:\13. GESTIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO\COMITÉ DE CONVIVENCIA\2026\CONFORMACIÓN<br><br>X:\13. GESTIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO\COMITÉ DE CONVIVENCIA\2026 | Se realizó el informe de caracterización<br><br>Se cargarón al servidor las hojas de vida de los brigadistas, como soporte a la actualización y organización documental del SG-SST.<br><br>Se elaboró el primer informe trimestral del Comité de Convivencia.<br><br>Se creó la base de datos de funcionarios y contratistas correspondiente a la vigencia 2026, como apoyo a la organización y actualización documental del SG-SST.<br><br>Se elaboró el acta de reunión del Comité de Convivencia realizada el 25 de febrero de 2026 |

| CONCEJO MUNICIPAL DE FUNZA | INFORME DE ACTIVIDADES, CUENTA DE COBRO Y CERTIFICACIÓN DEL SUPERVISOR CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| | CÓDIGO | PA-GJ-SPGC-FO-IM-06 | FECHA EMISIÓN | 2/04/2025 | VERSIÓN: 2 |

| | | |
|---|---|---|
| 2. Acompañar la inducción del SG-SST, capacitación y entrenamiento de acuerdo con el cronograma anual de capacitación del SG-SST dando cumplimiento a los requerimientos del Decreto 1072 del 2015 y la resolución 0312 de 2019. | X:\13. GESTIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO\PAUSAS ACTIVAS<br><br>X:\13. GESTIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO\002-003 BRIGADA DE EMERGENCIA\2026<br><br>X:\13. GESTIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO\006-001 CIRCULAR INFORMATIVO\2026<br><br>X:\13. GESTIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO\ACTAS DE REUNIONES\2026 | Se realizarón las pausas activas correspondientes al mes de marzo y abril<br><br>Se elaboró el acta de la reunión de capacitación de brigada del 4 de marzo de 2026<br><br>Se elabó la resolución de la capacitación sobre inteligencia emocional y riesgo psicosocial.<br><br>Se elaboró el acta de socialización del curso de primeros auxilios psicológicos y brigadistas emocionales. |
| 3. Propiciar el cumplimiento al plan anual de actividades y plan anual de capacitación para el (SG-SST) de acuerdo con lo establecido en el Decreto 1072 de 2015, resolución 1111 de 2017 y demás normatividad de riesgos laborales. | X:\13. GESTIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO\REPORTE DE ACTOS Y CONDICIONES INSEGURAS - GESTION DEL CAMBIO\2026<br><br>https://classroom.google.com/c/ODU5NzkwODYyNTUx?cjc=mmdbwyfs<br><br>X:\13. GESTIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO\006-001 CIRCULAR INFORMATIVO\2026<br><br>X:\13. GESTIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO\006-001 CIRCULAR INFORMATIVO\2026 | Se elaborarón las diapositivas para la capacitacion de actos y condiciones inseguras<br><br>Se diseñó la capacitación de actos y condiciones inseguras mediante la plataforma classroom<br><br>Se realizó la circular de actos y condiciones inseguras.<br><br>Se realizó la circular de la segunda capacitación de brigada |
| 4. Acompañar al profesional de la entidad en las visitas de la ARL y de las entidades de vigilancia que visiten la Corporación para la revisión del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo. | A la presentación del presente informe no se realizó dicha actividad | A la presentación del presente informe no se realizó dicha actividad |
| 5. Cumplir con los conceptos, pronunciamientos y normatividad vigente que emitan las autoridades competentes que afecten la Seguridad y Salud en el trabajo (SG-SST) en el Concejo Municipal. | X:\13. GESTIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO\EVALUACION DE SGSST\2026 | Se realizó el reporte ante el ministerio del trabajo |
| 6. Participar en las actividades establecidas en el Plan de Capacitaciones y en el Plan de Bienestar aprobados por el Concejo Municipal de Funza. | X:\13. GESTIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO\CORREOS ENVIADOS SOLICITUDES\2026<br><br>X:\13. GESTIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO\CORREOS ENVIADOS SOLICITUDES\2026<br><br>X:\13. GESTIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO\CUMPLEAÑOS | Se registró constancia del comunicado dirigido a inscritos en gimnasio y natación.<br><br>Se socializó la Circular 014 a los correos de los líderes del Concejo Municipal.<br><br>Se realizó la organización de los cumpleaños de Eliana Cano, Mabel Amortegui |
| 7. Cumplir con el Sistema de Gestión de Calidad y Seguimiento del Concejo Municipal de Funza, ejecutando las actividades de su competencia y especialmente aquellas que requieran acciones concretas para subsanar hallazgos derivados de auditorías internas de no conformidades del Sistema de Gestión y contribuir para que el mismo se mantenga actualizado en lo de su competencia. | A la presentación del presente informe no se realizó dicha actividad | A la presentación del presente informe no se realizó dicha actividad |

| CONCEJO MUNICIPAL DE FUNZA | INFORME DE ACTIVIDADES, CUENTA DE COBRO Y CERTIFICACIÓN DEL SUPERVISOR CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS | | | |
|---|---|---|---|---|
| | CÓDIGO | PA-GJ-SPGC-FO-IM-06 | FECHA EMISIÓN | 2/04/2025 | VERSIÓN: 2 |

| | | |
|---|---|---|
| 8. Las demás que se deriven durante la ejecución del presente contralto y que sean necesarias para el cumplimiento del objeto contractual. | X:\6. GESTIÓN DE TALENTO HUMANO\024-PLAN DE BIENESTAR E INCENTIVOS\2026\EVIDENCIAS\ERGONOMÍA<br>X:\6. GESTIÓN DE TALENTO HUMANO\024-007 PLAN DE CAPACITACIONES\2026\EVIDENCIAS\ROL DE CONTROL INTERNO<br>X:\6. GESTIÓN DE TALENTO HUMANO\024-007 PLAN DE CAPACITACIONES\2026\EVIDENCIAS\INTELIGENCIA EMOCIONAL Y RIESGO PSICOSOCIAL<br>X:\6. GESTIÓN DE TALENTO HUMANO\024-007 PLAN DE CAPACITACIONES\2026\EVIDENCIAS\SEGURIDAD DIGITAL Y PROTECCIÓN DE LA INFORMACIÓN INSTITUCIONAL<br>X:\13. GESTIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL | Se asistió a la capacitación de ergonomia y Salud Oral.<br><br>Se asistió a la capacitación de rol de control interno.<br><br>Se asistió a la capacitación de inteligencia emocional y riesgo psicosocial<br>Capacitación seguridad digital y proteccion de la información institucional.<br><br>Se enviarón a los correos de los funcionarios y contratistas las recomendaciones médico-ocupacionales, con el fin de que acudan a su EPS para el respectivo control. |

| SEGURIDAD SOCIAL | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| CONCEPTO | ENTIDAD | VALOR | MES | FECHA DE PAGO | No PLANILLA |
| Salud | *SALUD TOTAL* | *$ 218.900* | MARZO | *17 ABRIL DEL 2026* | *73.518.550* |
| Pensión | *COLPENSIONES* | *$ 280.200* | MARZO | *17 ABRIL DEL 2026* | *73.518.550* |
| Riesgos Profesionales | *POSITIVA SEGUROS* | *$ 9.200* | MARZO | *17 ABRIL DEL 2026* | *73.518.550* |
| Anexos: | | | | | |

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 | 1147687971 | MARIA ALEJANDRA QUIÑONES HERNANDEZ | Calle 9 # 5 b 02 | 6018260888 | quinoneshernandezm681@gmail.com | |
| FORMA PRESENTACIÓN | CLASE APORTANTE | NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO | DEPARTAMENTO | CIUDAD / MUNICIPIO | | |
| ÚNICA | I – Independiente | | CUNDINAMARCA | FUNZA | | NO |

| DATOS DE LA PLANILLA | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| PLANILLA ASOCIADA | FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO) | NÚMERO PLANILLA | FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO) | CANTIDAD EMPLEADOS | CANTIDAD UPC |
| | | 73518550 | 17/04/2026 | 1 | 0 |
| PERIODO SALUD | PERIODO PENSIÓN | TIPO PLANILLA | TOTAL NÓMINA | TOTAL A PAGAR | |
| 2026-03 | 2026-03 | I | $0 | $508.300 | |

## 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 | | | | | |
| EPS002 | Salud Total EPS | 800130907-4 | 218.900 | 0 | | 0 | | 0 | 0 | 0 | 0 | 218.900 | 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 | Colpensiones | 900336004-7 | 280.200 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | | 280.200 | 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 | 9.200 | | | | 9.200 | 0 | 0 | 9.200 | | | 92 | 9.200 | 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 | 218.900 | 218.900 |
| Pensión | 1 | 280.200 | 280.200 |
| Riesgos Laborales | 1 | 9.200 | 9.200 |
| CCF | 0 | 0 | 0 |
| ESAP | 0 | 0 | 0 |
| ICBF | 0 | 0 | 0 |
| MEN | 0 | 0 | 0 |
| SENA | 0 | 0 | 0 |
| TOTALES | 3 | 508.300 | 508.300 |

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 | 1147687971 | MARIA ALEJANDRA QUIÑONES HERNANDEZ | Calle 9 # 5 b 02 | 6018260888 | quinoneshernandezm681@gmail.com | |
| FORMA PRESENTACIÓN | CLASE APORTANTE | NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO | DEPARTAMENTO | CIUDAD / MUNICIPIO | | |
| ÚNICA | I – Independiente | | CUNDINAMARCA | FUNZA | | NO |

| DATOS DE LA PLANILLA | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| PLANILLA ASOCIADA | FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO) | NÚMERO PLANILLA | FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO) | CANTIDAD EMPLEADOS | CANTIDAD UPC |
| | | 73518550 | 17/04/2026 | 1 | 0 |
| PERIODO SALUD | PERIODO PENSIÓN | TIPO PLANILLA | TOTAL NÓMINA | TOTAL A PAGAR | |
| 2026-03 | 2026-03 | I | $0 | $508.300 | |

## DETALLE POR COTIZANTE

| INFORMACIÓN COTIZANTE | | | | | | | | INFORMACIÓN NOVEDADES | | | | | | | | | | | | | | | | PENSIÓN | | | | | | | SALUD | | | | RIESGOS LABORALES | | | | | CCF | | | | PARAFISCALES | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| No. | Tipo y Número de Identificación | Apellidos y Nombres | Cotizante | Subtipo | Extranjero | Colom. exterior | Exonerado | ING | RET | TDE | TAE | TDP | TAP | VSP | VST | SLN | IGE | LMA | VAC | AVP | VCT | IRL | CORRECCIÓN | Cód. AFP | IBC AFP | Días | Cotización | Voluntario Afiliado | Voluntario Aportante | Fondo pensional de solidaridad | Fondo pensional de subsistencia | Cód. EPS | IBC EPS | Días | Cotización / Valor UPC | Cód. ARL | IBC ARL | Días | Clase de Riesgo | Cotización | Código CCF | IBC CCF | Días | Aporte CCF | IBC otros parafiscales | Aporte SENA | Aporte ICBF | Aporte ESAP | Aporte MEN |
| 1 | CC 1147687971 | QUIÑONES HERNANDEZ MARIA ALEJANDRA | 59 | 0 | | | N | | | | | | | | | | | | | | | | | 25-14 | 1,750,905 | 30 | 280,200 | 0 | 0 | 0 | 0 | EPS002 | 1,750,905 | 30 | 218,900 | 14-23 | 1,750,905 | 30 | 1 | 9,200 | | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |

PAGADA

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