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 DE PARTICIPACIÓN SOCIAL GESTION TERRITORIAL Y TRANSECTORIALIDAD	**CONTRATO No.** 9124164	**PERIODO DEL CONTRATO:**
		Fecha de Inicio: 28/01/2026
		Fecha de Terminación: 31/12/2026
ENTIDAD CONTRATANTE: FONDO FINANCIERO DISTRITAL DE SALUD		**PLAZO DE EJECUCIÓN:** 334 días
		PRÓRROGA: N/A
CONTRATISTA: YENNY VIVIANA RUIZ VARGAS		Fecha de Inicio (Prórroga): N/A
		Fecha de Terminación (Prórroga): N/A
		SUSPENSIÓN: N/A
SUPERVISOR (Nombre y cargo): ALEJANDRO CEPEDA PEREZ Director de Participación Social, Gestión Territorial y Transectorialidad Director Operativo Código 009 Grado 07		Fecha de Inicio (Suspensión): N/A
		Nueva Fecha de Terminación (Suspensión): N/A
		PERIODO DEL INFORME: 28/01/2026 – 30/01/2026
OBJETO DEL CONTRATO: Prestar servicios profesionales apoyando a la Dirección de Participación Social, Gestión Territorial y Transectorialidad en las localidades respectivas, en el desarrollo y articulación de los procesos de Participación Social Transformadora en el marco de las Políticas Públicas Distritales, el Plan Territorial de Salud y la Atención Primaria Social, bajo un enfoque poblacional, diferencial y de género.		

BALANCE FINANCIERO DEL CONTRATO	
VALOR INICIAL DEL CONTRATO:	$ 76.911.549
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):	$ 0
VALOR A PAGAR EN EL PRESENTE PERIODO DEL INFORME:	$ 690.822
SALDO POR EJECUTAR:	$ 76.220.727

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. Apoyar en la identificación y caracterización a grupos y organizaciones comunitarias y definiendo acciones que fortalezcan la Participación Social Transformadora bajo un enfoque poblacional, diferencial y de género.	Para este periodo no participé en la identificación y caracterización de organizaciones	N/A

2. Apoyar en el despliegue de actividades que promuevan la estrategia de Participación Social Transformadora con la implementación de metodologías participativas bajo un enfoque poblacional, diferencial y de género	Para este periodo no participé en despliegue de actividades de la estrategia de Participación Social	N/A
3. Participar en espacios de articulación intra e intersectorial, mesas técnicas, escenarios comunitarios y diálogos con autoridades locales, promoviendo acciones de empoderamiento, cohesión social y fortalecimiento de la Participación Social Transformadora.	Para este periodo no participé en espacios de articulación intra e intersectorial	N/A
4. Acompañar el desarrollo de acciones y actividades territoriales y distritales, asegurando la aplicación de enfoques diferenciales y metodologías participativas, así como la organización, convocatoria y ejecución de jornadas y eventos orientados a la ciudadanía.	Para este periodo no participé en	N/A
5. Apoyar en la documentación y sistematización de las experiencias que se produzcan en el ejercicio de las actividades realizadas con las poblaciones diferenciales y de género, y realizar el registro en los sistemas o instrumentos de información dispuestos para ello.	20260129 Realicé la lectura crítica y el análisis exhaustivo de la Política Pública de Participación Incidente del Distrito con el fin de contextualizar las acciones y obligaciones contractuales de la vigencia 2026. Como resultado de este proceso, diseñé un documento resumen especializado que funciona como guía técnica para la implementación de procesos de participación en territorio.	20260129Resumen_Politica Pub_Participacion Los soportes se encuentran en archivo digital en la Dirección de Participación Social y cargados en la plataforma Secop II.
6. Apoyar y acompañar las reuniones, comités, entre otros, citados o delegados previamente por laDirección de Participación Social, Gestión Territorial, y Transectorialidad.	Para este periodo no participé en reuniones, comités	N/A
7. Apoyar en el proyecto de las respuestas de los requerimientos internos y externos que le hayan sido asignados en los tiempos establecidos, adjuntando los soportes que se requieran cuando haya lugar a ello.	Para este periodo no participé en respuesta a requerimientos ste periodo	N/A
8. Apoyar a la supervisión en los convenios y/o contratos asignados relacionados con el objeto contractual, conforme a las orientaciones impartidas por el supervisor del contrato	Para este periodo no participé en la supervisión	N/A
9. Apoyar en la realización de las demás actividades que estén acordes con la naturaleza del objeto del contrato.	Para este periodo no participé en demas actividades acordes	N/A

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:	SURA	Empresa:	COLPENSIONES	Empresa:	POSITIVA
				Nivel Riesgo:	1
Suma cancelada:	N/A	Suma cancelada:	N/A	Suma cancelada:	N/A
No Planilla:	N/A	No Planilla:	N/A	No Planilla:	N/A
Mes(es) cancelado(s):	N/A	Mes(es) cancelado(s):	N/A	Mes(es) cancelado(s):	N/A

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:** YENNY VIVIANA RUIZ VARGAS
	FIRMA: Firmado digitalmente por Yenny Viviana Ruiz Vargas
	No. DOCUMENTO DE IDENTIDAD: CC. 52.957.855

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 0,90 % de ejecución del contrato.	**OTRAS OBSERVACIONES:** Por ser el primer informe se adjuntan y aportan los certificados de afiliación a EPS, Pensiones y ARL.
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:

N.º	***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***	
9.	*Cambio de régimen NO responsable de IVA a Común o viceversa a cargo del contratista*		*X*	
10.	*Inadecuado manejo de la información a la cual tiene acceso el contratista*		*X*	
11.	*Demoras por parte de la entidad contratante (Supervisor) en la aprobación de los productos y/o informes presentados por el contratista.*		*X*	
12.	*Suspensión o cancelación de la tarjeta o matrícula profesional, para aquellas profesiones que así lo establecen.*		*X*	

SUPERVISOR	**NOMBRE Y APELLIDO:** ALEJANDRO CEPEDA PEREZ Director de Participación Social, Gestión Territorial y Transectorialidad Director Operativo Código 009 Grado 07
	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:** MARCIA CRISTINA CHAVARRIAGA RIOS Contratista
	FIRMA: Firmado digitalmente por Marcia Cristina Chavarriaga Rios

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.*

EPS

sura

CERTIFICADO DE AFILIACIÓN AL PBS DE EPS SURA

EPS SURAMERICANA S.A. en desarrollo de su programa especial para la garantía del Plan de Beneficios en Salud denominado **EPS SURA**

CERTIFICA

Que **YENNY VIVIANA RUIZ VARGAS** identificado(a) con **CÉDULA DE CIUDADANÍA** número **52957855** está registrado(a) en el PBS EPS SURA con la siguiente información:

TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	CC 52957855
NOMBRES Y APELLIDOS	YENNY VIVIANA RUIZ VARGAS
TIPO DE AFILIADO	TITULAR
PARENTESCO	TITULAR
ESTADO DE AFILIACIÓN	TIENE DERECHO A COBERTURA INTEGRAL
CAUSA ESTADO DE LA AFILIACIÓN	COBERTURA INTEGRAL
FECHA DE INGRESO A EPS SURA	01/09/2020
FECHA RETIRO EPS SURA	ACTIVO(A)
SEMANAS COTIZADAS EN EPS SURA	248
SEMANAS COTIZADAS ÚLTIMO AÑO	47

DIRECCIÓN DE AFILIACIONES
Fecha de generación: **24/01/2025**

ESTE DOCUMENTO NO ES VÁLIDO PARA LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO, NI PARA TRASLADOS

COLFONDOS S.A. PENSIONES Y CESANTIAS

CERTIFICA QUE:

El(la) Señor(a) YENNY VIVIANA RUIZ VARGAS identificado(a) con C.C No. 52.957.855, se encuentra afiliado(a) a Fondo Pensiones Obligatorias NIT 800.227.940-6.

Se expide la presente certificación a solicitud del afiliado(a) el día 30 de enero del 2026.

El presente certificado es emitido como un archivo PDF y contiene una firma digitalizada válida para todos sus efectos de conformidad con lo dispuesto en la Ley 527 de 1999.

Cualquier inquietud adicional no dude en escribirnos a través de nuestro portal transaccional www.colfondos.com.co opción PQR's, o comuníquese con nuestro Contact Center a través de las siguientes líneas Bogotá 601 748 48 88, Barranquilla 605 386 98 88, Bucaramanga 607 698 58 88, Cali 602 489 98 88, Cartagena 605 694 98 88, Medellín 604 604 28 88 y en el resto del país 01 800 05 10000.



Gerencia de cuentas y recaudo
Colfondos S.A Pensiones y Cesantías

LA GERENCIA DE AFILIACIONES Y NOVEDADES

CERTIFICA QUE:

YENNY VIVIANA RUIZ VARGAS identificado con CC. 52957855 registra la siguiente información en el ramo de Riesgos Laborales:

INFORMACIÓN DEL CONTRATANTE	
Nombres y/o Razón	FONDO FINANCIERO DISTRITAL DE SALUD
Tipo y Numero de Documento	NI - 800246953

INFORMACIÓN RELACIÓN LABORAL			
Fecha de inicio de cobertura	2026/01/28	**Fecha inicio contrato**	2026/01/28
Tipo de vinculación	Independiente con Contrato	**Fecha de fin contrato**	2026/12/31
Riesgo	1	**Código actividad económica**	1841301 - REGULACION DE LAS ACTIVIDADES DE ORGANISMOS QUE PRESTAN SERVICIOS DE SALUD, EDUCATIVOS,
Estado afiliación	Activo		
Fecha retiro		**Estado del contrato**	Activo

Esta certificación se expide a los 30 días del mes de enero del 2026.

Tenga en cuenta que, una vez finalice la fecha de terminación del contrato, el sistema aplicará automáticamente el retiro. Si tiene un nuevo contrato o prórroga, registre la novedad en www.positivaenlinea.gov.co para mantener la cobertura.

Para verificar la autenticidad de este certificado, escanea el código QR incluido o visita nuestra página web. Selecciona la opción "Validar certificados de afiliación" e ingresa el siguiente código: **CC03032026Y52957855R11952556.** Este código es válido por un mes.

Cordialmente,

Gerencia de afiliaciones y novedades ARL
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS