

## I. INFORMACIÓN GENERAL

|                                     |                                                                                                                                                                                                                                              |
|-------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Tipo de Contrato y Número           | Contrato de prestación de servicios profesionales 024 de 2026                                                                                                                                                                                |
| Nombre del Contratista              | INGRID VIVIANA TORRES LÓPEZ                                                                                                                                                                                                                  |
| Identificación del Contratista      | 52.514.357                                                                                                                                                                                                                                   |
| Objeto del Contrato                 | F26-17-006- PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES APOYANDO EL DESARROLLO DE LAS ACCIONES Y ACTIVIDADES QUE SE ADELANTEN EN LAS ESTRATEGIAS DE CONTROL PREVENTIVO A CARGO DEL DESPACHO DE LA VEEDORA DELEGADA PARA LA ATENCIÓN DE QUEJAS Y RECLAMOS |
| Plazo inicial                       | Seis (6) meses, contados a partir del cumplimiento de los requisitos de perfeccionamiento y ejecución del contrato.                                                                                                                          |
| Plazo adicional (cuando haya lugar) | N/A                                                                                                                                                                                                                                          |
| Plazo total                         | Seis (6) meses, contados a partir del cumplimiento de los requisitos de perfeccionamiento y ejecución del contrato.                                                                                                                          |
| Fecha de inicio                     | 28 de enero de 2026                                                                                                                                                                                                                          |
| Fecha de terminación                | 27 de julio de 2026                                                                                                                                                                                                                          |
| Fecha del Informe                   | 06 de julio de 2026                                                                                                                                                                                                                          |
| Período del informe (de pago)       | Del 1 al 30 de junio de 2026                                                                                                                                                                                                                 |
| Requiere ingreso a Almacén          | N/A                                                                                                                                                                                                                                          |

## II. INFORMACIÓN FINANCIERA

|                                                |               |
|------------------------------------------------|---------------|
| Valor inicial del contrato                     | \$ 37.134.000 |
| Valor adicional (cuando haya lugar)            | \$ 0          |
| Valor liberado (cuando haya lugar)             | \$ 0          |
| Valor total                                    | \$ 37.134.000 |
| Valores pagados del contrato                   | \$ 25.374.900 |
| Valor a pagar con el presente informe          | \$ 6.189.000  |
| Saldo del contrato una vez efectuado este pago | \$ 5.570.100  |
| No. del Pago y/o factura                       | Pago 006      |

|                                                                               |                                                                |
|-------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------|
| No. de Planilla de pago de seguridad integral y aportes parafiscales          | Planilla 87383046 del mes de mayo 2026                         |
| Valor pago de aportes a Salud                                                 | 309.500                                                        |
| Valor pago de aportes a Pensión                                               | 396.100                                                        |
| Valor pago de aportes a Riesgos Laborales                                     | 13.000                                                         |
| Fecha de pago al sistema de seguridad social integral y Aportes Parafiscales. | Planilla 87383046 del mes de mayo con fecha de pago 09/06/2026 |

### III. DESCRIPCIÓN DEL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES

El(a) contratista ha cumplido con sus obligaciones contractuales así:

- a) *En cumplimiento a la obligación: Apoyar las actividades y acciones que le sean requeridas en el marco de las estrategias de vigilancia y control preventivo para el fortalecimiento del servicio a la ciudadanía, lideradas por la Delegada para la Atención de Quejas y Reclamos de la Veeduría Distrital.*
  - Remitió a la líder del equipo de trabajo Incide, la propuesta de ajustes de lenguaje claro en el documento Protocolo de clientes incógnito virtual y telefónico. (1 junio)
  - Remitió a los enlaces distritales de lenguaje claro la propuesta de Plan de acción anual, a fin de fortalecer y organizar la implementación de la estrategia. (2 junio)
- b) *En cumplimiento a la obligación: Hacer seguimiento y verificar las acciones de mejora adelantadas por las entidades distritales frente a las recomendaciones dadas por la Veeduría Distrital, verificando las actuaciones y demás acciones generadas en el marco de las estrategias de control preventivo.*
  - Remitió a enlace del equipo Incide, la propuesta de Plan de trabajo Incide, con el fin de que se pueda integrar las sesiones de seguimiento de los planes de mejora Incide. (4 junio)
  - Remitió a enlace de lenguaje claro de la Secretaría de Ambiente las especificaciones y actividades a realizar, previo al ejercicio de intervención de contenidos institucionales, acorde con los criterios de priorización socializados. (11 junio)
- c) *En cumplimiento a la obligación: Recolectar, sistematizar y analizar información y demás requeridas para el desarrollo de las estrategias de control preventivo asignadas conforme a las metas definidas en el marco del Plan de acción integrado.*
  - Remitió a la Delegada lo solicitado con propuesta de informe ejecutivo del Servicio de Salud en el Distrito. (18 junio)
  - Remitió a enlace de la Oficina de Comunicaciones de la Veeduría Distrital, y a nuestra Delegada, respectivamente, lo solicitado, en relación con el lenguaje claro de los documentos siguientes:
    - Propuesta gráfica Seminario Web Diseño Universal.

- Comunicado de prensa Seminario Web Diseño Universal.

d) *En cumplimiento a la obligación: Apoyar las actividades que se sean requeridas en el marco de la Red Distrital de Quejas y Reclamos liderada por la Veeduría Distrital.*

- Remitió al líder del Grupo Preventivo las respuestas a preguntas orientadoras que se hicieron en el Conversatorio de Lenguaje Claro convocado por la Secretaría de Integración Social. (19 junio)
- Remitió a las entidades distritales respectivas, los contenidos institucionales intervenidos, con los ajustes en lenguaje claro identificados, así:
  - 2 junio\_Plantillas respuestas a PQRSD.
  - SD\_MUJER\_17 junio\_ABC Sistema Distrital del Cuidado.
  - FUGA\_19 junio\_Formato PQRSD y Carta de trato Digno.
  - SD\_MUJER\_19 junio\_Estrategia Autonomía Mujer.

e) *En cumplimiento a la obligación: Preparar, desarrollar, asistir y/o participar las reuniones, visitas institucionales, espacios de socialización de información, talleres y /o demás requeridos por el Despacho de la Veedora Delegada en el marco del objeto contractual.*

- Laboratorio Simplicidad IDPYBA. (2 junio)
- Plan de acción anual de Lenguaje Claro\_todas las entidades. (10 junio)
- Resultados visitas a Clínicas\_Control Preventivo. (11 junio)
- Política Pública Servicio a la Ciudadanía\_Secretaría General. (12 junio)
- Laboratorio Simplicidad SD\_MUJER. (17 junio)
- Verificación datos salud Subredes\_Control Preventivo. (17 junio)
- Índice de Transparencia\_Procuraduría. (18 junio)
- Cliente incógnito\_Control Preventivo. (18 junio)
- Laboratorio Simplicidad FUGA. (19 junio)
- Laboratorio Simplicidad IDT, parte 1. (22 junio)
- Plan de acción de LC ATENEA. (22 junio)
- Laboratorio Simplicidad IDT, parte 2. (23 junio)
- Conversatorio LC\_SDIS. (24 junio)
- Laboratorio Simplicidad CANAL CAPITAL. (26 junio)

f) *En cumplimiento a la obligación: Elaborar informes y documentos que le sean requeridos en el marco del objeto contractual.*

- Remitió a los enlaces distritales pieza comunicativa para su socialización interna. (19 junio)
- Actualizó matriz de control del desarrollo de actividades de lenguaje claro que se viene adelantando con 48 entidades distritales, según avance del mes de junio 2026. (30 junio)

- g) *En cumplimiento a la obligación: Las demás que sean acordes y necesarias para la correcta ejecución del objeto contractual.*

- Durante el período no fue requerido.

Las evidencias de las actividades realizadas en cumplimiento de sus obligaciones contractuales del período en mención, consta en soportes adjuntos al expediente virtual N° 2026110314100026E radicado N° 20265000000357 en el sistema de información interno de la Entidad –Orfeo. Los informes se encuentran publicados en la plataforma SECOPI II proceso N° VEED-CD-024-2026.

#### **IV. SEGUIMIENTO A LA MATRIZ DE LOS RIESGOS DEL CONTRATO**

Certificamos que como supervisoras del contrato hemos efectuado el seguimiento y verificación a la matriz de riesgos del contrato y manifestamos que a la fecha no se han materializado ninguno de los riesgos descritos en la misma.

En calidad de supervisoras y teniendo en cuenta que EL(A) CONTRATISTA cumplió satisfactoriamente con las obligaciones establecidas en el contrato y que a la fecha se encuentra a paz y salvo con los aportes parafiscales y de seguridad social, previo cumplimiento de las normas legales y presupuestales vigentes, autorizamos el presente pago.

Adicionalmente, certificamos que EL(A) CONTRATISTA no ha notificado cambios en la cuenta bancaria registrada en la entidad para realizar los pagos correspondientes a los honorarios del presente contrato.

**Firma Supervisor (a):** DIANA M. VELASCO RINCÓN

**Nombre Supervisor (a): DIANA MARCELA VELASCO RINCÓN, Veedora Distrital Delegada para la Atención de Quejas y Reclamos**

**Dependencia del Supervisor (a): Veeduría Delegada para la Atención de Quejas y Reclamos, supervisora**

| DATOS DE LA PLANILLA |                                   |                 |                          |                    |              |
|----------------------|-----------------------------------|-----------------|--------------------------|--------------------|--------------|
| PLANILLA ASOCIADA    | FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO) | NÚMERO PLANILLA | FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO) | CANTIDAD EMPLEADOS | CANTIDAD UPC |
|                      |                                   | 87383046        | 09/06/2026               | 1                  | 0            |
| PERIODO SALUD        | PERIODO PENSIÓN                   | TIPO PLANILLA   | TOTAL NÓMINA             | TOTAL A PAGAR      |              |
| 2026-05              | 2026-05                           | I               | \$0                      | \$718.600          |              |

| 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 | 309.500                | 0             |                  | 0     |                     | 0     | 0         | 0                     | 0              | 309.500       | 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 | 396.100                | 0                          | 0                           | 0                        | 0                         | 0         | 0                     |                | 396.100       | 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 | 13.000                 |                  |       |                        | 13.000                | 0         | 0                     | 13.000              |                            |                     | 130               | 13.000        | 1             |

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

| TOTALES POR SUBSISTEMA |                                |                                     |               |
|------------------------|--------------------------------|-------------------------------------|---------------|
| Tipo Administradora    | No. Administradoras Reportadas | Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora | Total a Pagar |
| Salud                  | 1                              | 309.500                             | 309.500       |
| Pensión                | 1                              | 396.100                             | 396.100       |
| Riesgos Laborales      | 1                              | 13.000                              | 13.000        |
| CCF                    | 0                              | 0                                   | 0             |
| ESAP                   | 0                              | 0                                   | 0             |
| ICBF                   | 0                              | 0                                   | 0             |
| MEN                    | 0                              | 0                                   | 0             |
| SENA                   | 0                              | 0                                   | 0             |
| <b>TOTALES</b>         | 3                              | 718.600                             | 718.600       |

| DATOS DEL APORTANTE                 |                   |                             |        |                       |                    |                                |
|-------------------------------------|-------------------|-----------------------------|--------|-----------------------|--------------------|--------------------------------|
| TIPO                                | NÚMERO            | NOMBRE APORTANTE            |        | DIRECCIÓN             | TELÉFONO           | CORREO                         |
| CC                                  | 52514357          | INGRID VIVIANA TORRES LOPEZ |        | tv 4 52 a 19 apto 208 | 3502463270         | vivianatorreslopez@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) | NÚMERO PLANILLA | FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO) | CANTIDAD EMPLEADOS | CANTIDAD UPC |
|                      |                                   | 87383046        | 09/06/2026               | 1                  | 0            |
| PERIODO SALUD        | PERIODO PENSIÓN                   | TIPO PLANILLA   | TOTAL NÓMINA             | TOTAL A PAGAR      |              |
| 2026-05              | 2026-05                           | I               | \$0                      | \$718.600          |              |

| DETALLE POR COTIZANTE |                                 |                             |           |         |            |                       |     |     |     |     |     |     |     |     |     |         |     |     |     |          |           |       |            |                     |                      |                                |                                 |          |           |      |                        |          |              |      |            |            |         |      |            |                        |             |             |             |            |   |
|-----------------------|---------------------------------|-----------------------------|-----------|---------|------------|-----------------------|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|---------|-----|-----|-----|----------|-----------|-------|------------|---------------------|----------------------|--------------------------------|---------------------------------|----------|-----------|------|------------------------|----------|--------------|------|------------|------------|---------|------|------------|------------------------|-------------|-------------|-------------|------------|---|
| INFORMACIÓN COTIZANTE |                                 |                             |           |         |            | INFORMACIÓN NOVEDADES |     |     |     |     |     |     |     |     |     | PENSIÓN |     |     |     |          |           | SALUD |            |                     |                      | RIESGOS LABORALES              |                                 |          |           | CCF  |                        |          | PARAFISCALES |      |            |            |         |      |            |                        |             |             |             |            |   |
| No.                   | Tipo y Número de Identificación | Apellidos y Nombres         | Cotizante | Salario | Extranjero | ING                   | RET | TRE | PRE | PRE | PRE | PRE | PRE | PRE | PRE | PRE     | PRE | PRE | PRE | 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 | Cotización | Código CCF | IBC CCF | Días | Aporte CCF | IBC otros parafiscales | Aporte SENA | Aporte ICBF | Aporte ESAP | Aporte MEN |   |
| 1                     | CC 52514357                     | TORRES LOPEZ INGRID VIVIANA | 59        | 0       | N          |                       |     |     |     |     |     |     |     |     |     |         |     |     |     | 25-14    | 2.475.600 | 30    | 396.100    | 0                   | 0                    | 0                              | 0                               | EPS005   | 2.475.600 | 30   | 309.500                | 14-23    | 2.475.600    | 30   | 1          | 13.000     |         | 0    | 0          | 0                      | 0           | 0           | 0           | 0          | 0 |