ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD	SUBDIRECCIÓN DE CONTRATACIÓN SISTEMA INTEGRADO 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 V.5	Elaborado por: Luis Eduardo Zamora Sánchez Revisado por: Ingrid Natalia Escobar Aprobado por: Francisco José Guerrero Loaiza	

DESPACHO – SUBDIRECCIÓN – DIRECCIÓN U OFICINA: Provisión de Servicios de Salud	**CONTRATO No.** 4283026 DE 2022	**PERIODO DEL CONTRATO:** Fecha de Inicio: 2 de enero de 2023 Fecha de Terminación: 1 de mayo de 2023
ENTIDAD CONTRATANTE: FONDO FINANCIERO DISTRITAL DE SALUD		**PLAZO DE EJECUCIÓN:** 4 meses **PRÓRROGA:**
CONTRATISTA: Andrés Augusto Callamand Borrero		Fecha de Inicio: No aplica Fecha de Terminación: No aplica **SUSPENSIÓN:**
SUPERVISOR (Nombre y cargo): MAURICIO ROJAS PÉREZ Profesional Universitario Código 219 Grado 14		Fecha de Inicio: No aplica Fecha de Terminación: No aplica **PERIODO DEL INFORME:** 1 de mayo del 2023
OBJETO DEL CONTRATO: Prestar servicios profesionales especializados en la Dirección de Provisión de Servicios de Salud, para orientar la implementación de las Rutas Integrales de Atención en Salud		

BALANCE FINANCIERO DEL CONTRATO	
VALOR INICIAL DEL CONTRATO:	$ 27.340.000
VALOR ADICION:	$ 0
VALOR PAGADO AL CONTRATISTA:	$ 27.112.167
VALOR A PAGAR EN EL PRESENTE PERIODO DEL INFORME:	$ 227.833
SALDO POR EJECUTAR:	$ 0

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. Participar en la actualización y ajustes al plan de acción y los respectivos indicadores prioritarios, para el seguimiento a la implementación de la Ruta Integral de Atención en Salud para la población con presencia o riesgo materno perinatal, de manera articulada con las demás Rutas integrales de atención en salud, en las Empresas Administradoras de Planes de Beneficios (EAPB) e Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS) priorizadas.	1.1. Participe en el diligenciamiento de la matriz de programación de actividades del grupo materno perinatal y SSR del mes de mayo en relación con las orientaciones técnicas, seguimiento a IPS y EAPB, unidades de análisis, comités materno-perinatales, fortalecimiento de competencias y mesas de trabajo.	**ANEXO 1: PLAN DE ACCION** 1.1. Archivo en Excel de Cronograma con reporte de actividades por actor y Cronograma de articulación.

ACTIVIDADES ESPECIFICAS, OBLIGACIONES DEL CONTRATISTA DESARROLLADAS DE ACUERDO CON EL OBJETO CONTRACTUAL		
2. Participar en las acciones de orientación técnica, articulaciones y seguimiento a las EAPB y a IPS priorizadas, para la implementación de la Ruta Integral de Atención en Salud para la población con presencia o riesgo materno perinatal, de manera articulada con las Rutas integrales de atención en salud que aplique, redes integradas de servicios de salud, oferta y demanda y modelo de atención en salud con enfoque diferencial y Atención Primaria en Salud, acorde a los lineamientos de la supervisión del contrato.	No se realizó ninguna actividad para el cumplimiento de esta obligación en el periodo del informe	**ANEXO 2. ASISTENCIA TECNICA** No se realizó ninguna actividad para el cumplimiento de esta obligación en el periodo del informe
3. Apoyar la documentación, consolidación y análisis de los indicadores priorizados de la Ruta de atención para población en riesgo materno perinatal, con el fin de evaluar el nivel de avance en la implementación de la ruta, en las EAPB e IPS priorizadas, formulando las respectivas recomendaciones de mejora.	No se realizó ninguna actividad para el cumplimiento de esta obligación en el periodo del informe.	**ANEXO 3. INDICADORES** No se realizó ninguna actividad para el cumplimiento de esta obligación en el periodo del informe.
4. Participar en la elaboración y actualización de lineamientos, políticas, protocolos, guías, manuales, estrategias, cursos y de otros documentos, acorde a la priorización de eventos para la Ruta Integral de Atención en Salud para la población con presencia o riesgo materno perinatal.	No se realizó ninguna actividad para el cumplimiento de esta obligación en el periodo del informe.	**ANEXO 4. LINEAMIENTOS** No se realizó ninguna actividad para el cumplimiento de esta obligación en el periodo del informe.
5 Participar en las actividades para el fortalecimiento de competencias y transformación del conocimiento del recurso humano, para el desarrollo de la Ruta Integral de Atención en Salud asignada con base en los contenidos de las Guías de práctica clínica (GPC) basadas en la evidencia	No se realizó ninguna actividad para el cumplimiento de esta obligación en el periodo del informe.	**ANEXO 5. FORTALECIMIENTO DE COMPETENCIAS** No se realizó ninguna actividad para el cumplimiento de esta obligación en el periodo del informe.
6 Apoyar las respuestas a oficios, derechos de petición, solicitudes de organismos de control y demás autoridades que lo requieran, relacionados con los temas asignados por la Dirección de Provisión de Servicios de Salud desde su competencia.	No se realizó ninguna actividad para el cumplimiento de esta obligación en el periodo del informe.	No se realizó ninguna actividad para el cumplimiento de esta obligación en el periodo del informe.
7 Participar en reuniones sectoriales e intersectoriales, unidades de análisis, visitas y reuniones relacionadas con los temas asignados, programadas por la dependencia o interdependencias, con el fin de unificar criterios y	No se realizó ninguna actividad para el cumplimiento de esta obligación en el periodo del informe.	**ANEXO 7. MESAS SECTORIALES E INTERSECTORIALES** No se realizó ninguna actividad para el cumplimiento de esta obligación en el periodo del informe.

ACTIVIDADES ESPECIFICAS, OBLIGACIONES DEL CONTRATISTA DESARROLLADAS DE ACUERDO CON EL OBJETO CONTRACTUAL		
verificar las actividades adelantadas para el desarrollo de las Rutas integrales de atención en salud		

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: para cierre de contrato no quedo pendiente ningún tema por desarrollar.

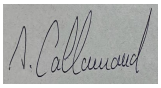
DECLARACIÓN: Manifiesto que he cumplido con las obligaciones derivadas del contrato y que las actividades mencionadas en el presente informe corresponden a las asignaciones realizadas, efectivamente desarrolladas en el periodo indicado en el mismo, declarando que seré responsable por las afirmaciones contenidas en el presente documento, que sirve como soporte para certificar el cumplimiento del objeto del contrato.

INFORMACIÓN PAGOS SEGURIDAD SOCIAL

APORTES EN SALUD		APORTES EN PENSIÓN		APORTES RIESGOS LABORALES	
Empresa:	Sanitas	Empresa:	Colfondos	Empresa:	Colmena
Suma cancelada:	$ 754.500 $ 750.000	Suma cancelada:	$ 1.026.100 $ 1.020.000	Suma cancelada:	$ 147.100 $ 146.200
No Planilla:	67655751 2097518429	No Planilla:	67655751 2097518429	No Planilla:	67655751 2097518429
Mes(es) cancelado(s):	Abril 2023 Mayo 2023	Mes(es) cancelado(s):	Abril 2023 Mayo 2023	Mes(es) cancelado(s):	Abril 2023 Mayo 2023

EN CASO DE INFORME FINAL DE EJECUCIÓN

Relación de usuario y clave de acceso al equipo de cómputo:	Usuario: aacallamnd @saludcapital.gov.co Contraseña: Colombia2022	Relación de usuarios y clave de acceso a los sistemas de información (SICAF, CORDIS, SICAPITAL, SIIAS, SIRC, SIDBA, SIPROJ, ETC.), si aplica a sus actividades:	NA	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):	NA

CONTRATISTA	**NOMBRES Y APELLIDOS:** Andrés Augusto Callamand Borrero
	FIRMA:  Firmado digitalmente por Andres Augusto Callamand
	No. DOCUMENTO DE IDENTIDAD: 79.153.202

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 __100__ % de ejecución del contrato. Certifico que el contratista realizó la entrega de actividades y bienes a cargo incluyendo la devolución del carné que lo identifica como contratista de la entidad.	**OTRAS OBSERVACIONES:**

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:

Nº	*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*	
1	Cambio de régimen NO responsable de IVA a común o viceversa a cargo del contratista		X	N/A
2	Inadecuado manejo de la información a la cual tiene acceso el contratista		X	N/A
3	Demoras por parte de la entidad contratante (supervisor) en la aprobación de los productos y/o informes presentados por el contratista		X	N/A

SUPERVISOR	**NOMBRE Y APELLIDO:** Mauricio Rojas Pérez Profesional Universitario Código 219 Grado 14
	FIRMA: Firmado digitalmente por Mauricio Rojas Perez

REVISÓ	**NOMBRE Y APELLIDO:** Andrea Paola Villamizar Monroy Profesional Especializado
	FIRMA: Firmado digitalmente por Andrea Paola Villamizar Monroy

REVISÓ	**NOMBRE Y APELLIDO:** Mónica Marcela Torres Rojas Profesional Especializado
	FIRMA: Firmado digitalmente por Mónica Marcela Torres Rojas

❖ *El presente informe da cumplimiento a lo citado en la ISO 9001:2015, en relación con el numeral 8.4.*

Anexo: Comprobantes de pago de aportes al Sistema de Seguridad Social en Salud y Pensión.

** Para el cálculo del % de ejecución del contrato se deben tener en cuenta las adiciones.*

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	79153202	ANDRES AUGUSTO CALLAMAND BORRERO	Calle 140 no 6 - 10 apto 202	6470184	acallamand@hotmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente		BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		SI

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	
2023-04	2023-04	I	08/05/2023	67655751	$1.927.700	

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	750.000	0		0		0	5	4.500	0	754.500	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
231001	Colfondos	800227940-6	960.000	0	0	30.000	30.000	5	5.700	400	1.026.100	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										
14-25	Riesgos prof Colmena	800226175-3	146.200				146.200	5	900	147.100			1.462	147.100	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	750.000	754.500
Pensión	1	1.020.000	1.026.100
Riesgos Laborales	1	146.200	147.100
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	1.916.200	1.927.700

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	79153202	ANDRES AUGUSTO CALLAMAND BORRERO		Calle 140 no 6 - 10 apto 202	6470184	acallamand@hotmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		SI

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	
2023-04	2023-04	I	08/05/2023	67655751	$1.927.700	

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	79153202	CALLAMAND BORRERO ANDRES AUGUSTO	59	0			N																	231001	6.000.000	960.000	0	0	30.000	30.000	EPS005	6.000.000	750.000	14-25	6.000.000	3	146.200		0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

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

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

PAG 1 DE 1

DATOS GENERALES

TIPO	NUMERO	NOMBRE O RAZON SOCIAL	TIPO PRESENTACION (U C S D)	SUCURSAL / DEPENDENCIA	CODIGO
CC	79153202-	ANDRES AUGUSTO CALLAMAND BORRERO	U ✓		

PERIODOS DE COTIZACION

SALUD MES	SALUD AÑO	PENSIONES, RIESGOS LAB, CCF, SENA, ICBF MES	PENSIONES, RIESGOS LAB, CCF, SENA, ICBF AÑO
2023	5	2023	6802791

NUMERO RADICACION	TIPO EMPRESA	CLASE DE APORTANTE	CODIGO ARL	CODIGO OPERADOR
	PUBLICA / PRIVADA ✓ / MIXTA	PEQUEÑO / GRANDE / INDEPENDIENTE ✓	14-25	83

DIRECCION	CIUDAD/MUNICIPIO	CODIGO	DEPARTAMENTO	CODIGO	TELEFONO	FAX	CORREO ELECTRONICO	ACTIVIDAD ECONOMICA	VALOR NOMINA	TOTAL EMPLEADOS	FECHA DE PAGO (aaaa/mm/dd)	No. AUTORIZACION
Calle 140 no 6 - 10 apto 202	BOGOTÁ, D.C.	11001	BOGOTÁ D. C.	11	6470184		acallamand@hotmail.com	8621	0	1	2023/05/24	2097518429

TOTAL APORTES DEL PERIODO A SALUD POR ADMINISTRADORA

COD EPS	NIT EPS	COTIZACION OBLIGATOR	UPC ADICIONAL	INCAPACIDADES No.AUTOR	INCAPACIDADES VALOR	LIC.MATERNIDAD No.AUT	LIC.MATERNIDAD VALOR	NETO COTIZAC	DIAS MORA	INTERESES MORA OBL	INTERESES MORA UPC	SUBTOTAL COTIZACION	SUBTOTAL UPC ADIC.	No. RADIC SALDO A FAVOR	SALDO A FAVOR COTIZ OBLIG	SALDO A FAVOR UPC ADICIONAL	TOTAL A PAGAR	No. AFIL
EPS005	800251440-6	750.000	0		0		0	750.000	0	0	0	750.000	0		0	0	750.000	1

TOTAL APORTES DEL PERIODO A PENSIONES POR ADMINISTRADORA

COD AFP	NIT AFP	COTIZ OBLIGAT	COTIZ VOL AFILIADO	COTIZ VOL APORTANT	FONDO SOLI PENS	DIAS MORA	INTERES MORA COTIZ	INTERES MORA FONDO	TOTAL A PAGAR	No. AFIL
231001	800227940-6	960.000	0	0	60.000	0	0	0	1.020.000	1

TOTAL APORTES DEL PERIODO A RIESGOS LABORALES

COD ARL	NIT ARL	COTIZ OBLIGAT	INCAPACIDADES No.AUTORIZ	INCAPACIDADES VALOR	APORTES OTROS RIESG	VALOR NETO COTIZACION
14-25	800226175-3	146.200		0	0	146.200
DIAS MORA	**INTERES MORA COTI**	**SUBTOTAL APORT COTIZ**	**No. RADICAC SALDO A FAVOR**	**SALDO A FAVOR**	**FONDO SOLIDARIDAD**	**TOTAL A PAGAR**
0	0	146.200		0	1.462	146.200

TOTAL APORTES DEL PERIODO A MIN. EDUCACION

VALOR	DIAS MORA	INT MORA FONDO	TOTAL A PAGAR

TOTAL APORTES DEL PERIODO A ESAP

VALOR	DIAS MORA	INT MORA FONDO	TOTAL A PAGAR

TOTAL APORTES DEL PERIODO A CAJAS POR ADMINISTRADORA

COD CCF	NIT CCF	VALOR APORTE	DIAS MORA	INTERESES MORA	TOTAL A PAGAR	No. AFIL

TOTAL APORTES DEL PERIODO A ICBF Y SENA

CONC	VALOR	DIAS MORA	INT MORA	TOTAL A PAGAR	No. AFIL
ICBF					
1	0	0	0	0	0
SENA					
1	0	0	0	0	0

NUMERO DE ADMINISTRADORAS REPORTADAS

PENSIONES	1
SALUD	1
RIESGOS LABORALES	1
CAJAS DE COMPENSACION	0
OTRAS	0
TOTAL	3

TOTAL A PAGAR POR TIPO ADMINISTRADORA	ANTES DE IGE,LMA,IRP Y MORA	VALOR TOTAL
PENSIONES	1.020.000	1.020.000
SALUD	750.000	750.000
RIESGOS LABORALES	146.200	146.200
CCF	0	0
SENA	0	0
ICBF	0	0
ESAP	0	0
MINISTERIO DE EDUCACION	0	0
GRAN TOTAL	1.916.200	1.916.200

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

compensar | miplanilla.com

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

DATOS DEL AFILIADO							NOVEDADES																		VALOR IBC							LIQUIDACION DE APORTES				
Nº	TIPO	NUMERO	APELLIDOS Y NOMBRES	COD EPS	COD AFP	COD CAJA	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VTE	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	NUEVA EPS	NUEVA AFP	IBC SALUD	IBC PENSION	IBC CAJAS	IBC RIESGOS	SUBTIPO COTIZANTE	EXTRANJERO	COLOMBIANO EN EXTERIOR	COTIZ PENSION	FONDO SOLIDAR PENSION	APORTE VOLUNT PENSION	COTIZ SALUD	UPC ADICIONAL
1	CC	79153202	CALLAMAND BORRERO ANDRES AUGUSTO	EPS005	231001																				6.000.000	6.000.000	0	6.000.000	0			960.000	60.000	0	750.000	0

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

FONDO FINANCIERO DISTRITAL DE SALUD

BOGOTÁ | SECRETARÍA DE SALUD

Vig Ppto: 2022

ORDEN DE PAGO

No: 235596

Usuario Dilig: YAMEDINA
Fecha de Impresión: 19/05/2023
Estado: GIRADA

Entidad:	FONDO FINANCIERO DISTRITAL DE SALUD				
Código:	201	Unidad Eje:	01	Fecha Diligenciamiento:	04-MAY-23

1. DATOS DEL BENEFICIARIO

Nombre:	ANDRES AUGUSTO CALLAMAND BORRERO	Regimen:	SIMPLIFICADO		
Dirección:	NO APLICA	Teléfono y Fax:	6470184		
C.C o NIT:	79153202	Banco/Sucursal:	DAVIVIENDA	Cuenta No/Clase:	005560001884/C

2. DATOS DEL COMPROMISO

Compromiso a Pagar:	CT - CONTRATOS (CON / SIN LICITACIÓN	No:	4283026	Interventor o responsable del recibo a satisfacción del bien o servicio:	TOTAL
Acta de Recibo No:		Nombre del Interventor:			

Detalle

CTO-NO4283026-PL OGI_RES - MARZO DE 2023-PERIODO DE:01-abr 30-abr2023

Tipo de Orden de Pago: RESERVA

3. MOVIMIENTO PRESUPUESTAL

Fuente de financiación:

ID Rubro	Fuente	Detalle	Valor	
O2-3-01-16-01-07-79041901012-0650051	01	12	$6.835.000,00	
Tipo	Com	Objeto	Ingreso	Banco
O23	20202009	91122	O1-5-50-01-01-01	

IMPUTACIÓN PRESUPUESTAL

CDP	Código Rubro	Registro	Nombre	Valor Aplicación (Gasto)
4959	O2-3-01-16-01-07-79041901012-0650051	6471	Contratacion del Recurso Humano	$6.835.000,00

VR BRUTO	SEIS MILLONES OCHOCIENTOS TREINTA Y CINCO MIL PESOS	$6.835.000,00

4. MOVIMIENTO FINANCIERO Y CONTABLE

Descripción	% Descuento	Base de Retención	Código Contable	VALORES
Valor Bruto			5-1-11-79-0001	$6.835.000,00
ESTAMPILLA - EST_PROCULTURA 0,5%	.5	$6.835.000,00	2-4-36-90-0003	$34.175,00
RETEICA- SERVICIOS 0,766%	.766	$6.041.400,00	2-4-36-27-0001	$46.277,00
ESTAMPILLA ADULTO MAYOR 2%	2	$6.835.000,00	2-4-36-90-0007	$136.700,00
RETEFUENTE-L.1607/12-ART 383 - PERS.NATURAL (PLA)	0	$4.531.050,00	2-4-36-15-0001	$95.363,00

Valor amortización:

Id fuente	Detalle
01	Recursos Del Distrito
12	OTROS DISTRITO

TOTAL DESCUENTOS		$312.515,00
VALOR NETO A GIRAR	SEIS MILLONES QUINIENTOS VEINTIDOS MIL CUATROCIENTOS OCHENTA Y CINCO PESOS	$6.522.485,00
		Código contable
		2-4-01-02-0003

MOVIMIENTO TESORERÍA

Endosado a:

Observaciones

Acreedor (Exclusivamente para transferencia de la administración)

Nombre _____

Cédula _____ Firma _____

YURY ANGELICA MEDINA OSPINA
GESTION DE PAGOS

ANGELICA YADIRA BRAVO ARANDIA
Responsable del Presupuesto

Consulta Pagos

CERTIFICACIÓN DE AFILIACIÓN

Colmena Seguros se permite certificar que el(la) trabajador(a) mencionado(a) a continuación se encuentra afiliado(a) a esta administradora, bajo los siguientes datos:

NOMBRE:	CALLAMAND BORRERO ANDRES
IDENTIFICACIÓN:	CC 79153202
INICIO VIGENCIA:	09/05/2023
FECHA INICIO CONTRATO:	27-04-2023
FECHA FIN CONTRATO:	27-01-2024
TIPO DE TRABAJADOR:	Independiente
SEDE:	PRINCIPAL
CLASE:	1
TASA:	0,522
CODIGO ACTIVIDAD ECONOMICA DEL TRABAJADOR:	1841205
DESCRIPCION ACTIVIDAD ECONOMICA:	Actividades ejecutivas de la administración pública, incluye los servicios de personal y otras actividades de servicios generales: administración de servicios de personal en general, estén o (Decreto 768 de 2022)

DATOS CONTRATANTE

CONTRATANTE:	FONDO FINANCIERO DISTRITAL DE SALUD
CC /NIT:	NI 800246953
CONTRATO:	95000158
ESTADO ACTUAL CONTRATO:	ACTIVO
CODIGO ACTIVIDAD ECONOMICA DEL CENTRO DE TRABAJO:	1841201
DESCRIPCION ACTIVIDAD ECONOMICA:	Actividades ejecutivas de la administración pública, incluye el desempeño de las funciones gubernamentales de carácter ejecutivo, desarrolladas por los órganos y organismos centrales, regionales y loc (Decreto 768 de 2022)

La presente se expide a los 28 días del mes de mayo del año 2023.

Cualquier información adicional que se requiera sobre los datos contenidos en el presente documento, no dude en consultarla a través de nuestra Línea Efectiva 01-8000-9-19667 gratis a nivel nacional o al teléfono 6014010447 en Bogotá.

Cordialmente,



Gerente de Servicio

Colmena Seguros

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA Colmena Seguros de Vida S.A. | Colmena Seguros Riesgos Laborales S.A.

El presente documento fue expedido desde el portal de Internet de **Colmena Seguros**, el día 28/05/2023 11:17:01. Las operaciones realizadas a través de la página de Internet de **Colmena Seguros**, se rigen por los términos y condiciones de uso de esta página, por las normas del Código de Comercio y por la ley 527 de 1999 y por lo tanto, tienen plena validez jurídica.