| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD | GESTIÓN CONTRACTUAL<br>SUBDIRECCIÓN DE CONTRATACIÓN<br>SISTEMA DE GESTIÓN<br>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: | 6 |
| Elaborado por: Carlos Andrés Montaña Buitrago /Revisado por: Nureidis Torres Vivas /Aprobado por: Cristhian Felipe Yarce Barragán | | | | |

| | | |
|---|---|---|
| **DESPACHO – SUBDIRECCIÓN – DIRECCIÓN U OFICINA: Subdirección Inspección Vigilancia y control de servicios de salud** | **CONTRATO No. 4821784** | **PERIODO DEL CONTRATO:**<br>Fecha de Inicio: 04/04/2023<br>Fecha de Terminación: 03/03/2024 |
| **ENTIDAD CONTRATANTE:**<br>**FONDO FINANCIERO DISTRITAL DE SALUD** | | **PLAZO DE EJECUCIÓN:**<br>Once (11) Meses |
| | | **PRÓRROGA:** |
| **CONTRATISTA:**<br>**ANA AMRIA LIZARAZO SALAZAR** | | Fecha de Inicio (Prórroga<br>Fecha de Terminación (Prórroga): * |
| | | **SUSPENSIÓN** |
| **SUPERVISOR (Nombre y cargo**):<br>**DORA DUARTE PRADA**<br>Subdirección de Inspección Vigilancia Control de Servicios de Salud<br>SUBDIRECTOR TECNICO 68 GRADO 6 | | Fecha de Inicio (Suspensión):<br>Nueva Fecha de Terminación (Suspensión):<br>**PERIODO DEL INFORME:**<br>**01/01/2024 – 31/01/2024** |
| **OBJETO DEL CONTRATO: OBJETO DEL CONTRATO:** Prestar servicios técnicos en el apoyo administrativo de las actividades desarrolladas en la<br>Dirección de Calidad de Servicios de Salud - Subdirección Inspección, Vigilancia y Control de Servicios de Salud. | | |

| **BALANCE FINANCIERO DEL CONTRATO** | |
|---|---|
| **VALOR INICIAL DEL CONTRATO:** | $ 44.126.390,00 |
| **VALOR ADICIÓN (SI APLICA):** | $ 00.000.000,00 |
| **VALOR INDEXACIÓN (SI APLICA):** | $ 00.000.000,00 |
| **VALOR PAGADO AL CONTRATISTA:** | $35.702.261,00 |
| **VALOR A PAGAR EN EL PRESENTE PERIODO DEL INFORME:** | $4.011.490,00 |
| **SALDO POR EJECUTAR:** | $4.412.639,00 |
| | |

| **ACTIVIDADES ESPECIFICAS, OBLIGACIONES DEL CONTRATISTA DESARROLLADAS DE ACUERDO CON EL OBJETO CONTRACTUAL** | | |
|---|---|---|
| **OBLIGACIONES**<br>(Las estipuladas en la minuta del contrato) | **AVANCE ACTIVIDADES**<br>(Desarrolladas en el periodo objeto del informe - referente a la obligación) | **EVIDENCIAS O SOPORTE**<br>(Con respecto a la actividad desarrollada y donde reposan) |
| **1.** Prestar apoyo técnico en la elaboración del CORDIS, tramite de radicación y envío de las actuaciones administrativas y correspondencia dentro de los dos (2) días siguientes a la asignación a excepción de los | Se prestó apoyo en los trámites y actividades relacionadas con los procesos contractuales.<br><br>Se realiza apoyo técnico administrativo en la radicación aplicativo AGILSALUD<br>*Etiquetas de AGILSALUD | Se elaboraron e imprimieron 427 etiquetas AGISALUD, se escanearon 1486 documentos entre Actuaciones Administrativas y anexos se enviaron Notificaciones a Entidades y Personas; en los tiempos establecidos. |

| | | |
|---|---|---|
| casos que requiera gestión inmediata. | *Escanear oficios radicados para subir a AGILSALUD<br><br>*Cargue de evidencias | *Radicación en aplicativo AGILSALUD de 427 oficios para notificación.<br><br>*Impresión de 427 etiquetas de radicación para envió electrónico y/o envió físico. *Se escanea 1486 notificaciones para subir a AGILSALUD como soporte de radicado a 271 preliminares.<br>*Se realiza cargue de evidencias en las rutas:<br>*<br>4821784_Ana_Maria_Lizarazo_reporte RADICADOS ENERO 2024.pdf<br>*4821784_Ana Maria Lizarazo_segplan diciembre.pdf<br><br>*4821784_Ana Maria Lizarazo_reporte expedientes tramitados ENERO 2024.pdf<br><br>*4821784_Ana Maria Lizarazo_reporte SEGPLAN ENERO 2024.pdf |
| **2-**. Imprimir y anexar en el respectivo expediente el certificado de envió por la oficina postal dentro de un término no mayor a dos (2) días de enviada la información. | Se imprimen soportes de certi-mail, se anexan a los respectivos Expedientes los certificados de envíos | Se imprimieron soportes certi-mail (546) y se anexan a los respectivos expedientes,(271) foliando cada uno de ellos.<br>Se devolvieron Expedientes en los tiempos establecidos. |
| **3.** Apoyar el proceso de gestión documental, relacionada con la radicación de correspondencia interna y externa en el aplicativo y/o herramienta destinada para tal fin, manteniéndola actualizada dentro de un tiempo<br>no mayor a dos (2) días. | Se radico correspondencia externa e interna en el aplicativo AGILSALUD<br><br>Se suben a la plataforma AGILSALUD Los oficios y anexos enviados a entidades y personas, para actualizar esta base de datos | Se radicaron 427 etiquetas de correspondencias externas e internas en el aplicativo AGILSALUD<br>Se escaneo todos los documentos necesarios para subir comunicaciones AGISALUD de (total escáner 1486)Ver anexos |
| 4-. Apoyar el trámite de notificación de las actuaciones de acuerdo con el cronograma que se establezca por el<br>área según la necesidad de esta, dejando la evidencia en la herramienta definida para tal fin. | Se Apoyó el trámite de radicación en el proceso de notificaciones Según el Cronograma Establecido. | *Se notifica el día 4 , 18 Y 31 de Enero, se atiende a 6 personas dando la información requerida de avance de procesos y entrega de actos administrativos en mención.<br>EN LOS HORARIOS DE 7:15 AM A 4:30 PM |

| | | |
|---|---|---|
| 5-. Mantener la actualización entre las bases de datos y la información del archivo físico existente. | Se revisaron, organizaron y clasificaron los documentos, se archivaron y se llevó un registro de los mismos con el fin de facilitar la búsqueda y recuperación de estos de acuerdo a los procedimientos establecidos para tal fin. | Se organizaron 271 expedientes con Actuaciones Administrativas Enviadas, certificados de envíos y respuestas enviadas de entidades y Personas y se devuelven para respectivo revisión e ingreso a las bases de Datos con toda la información de preliminar, entidad fecha y folios correspondientes. |
| 6-. Asistir a las reuniones realizadas por la Dirección de Calidad de Servicios de Salud, Subdirección Inspección Vigilancia y Control de Servicios de Salud, con el propósito de estandarizar criterios y verificar las acciones llevadas a cabo de conformidad con los lineamientos establecidos. | NO SE PROGRAMO NINGUNA REUNION PARA ESTE PERIODO | No asistí a ninguna reunión |
| 7-. Realizar las demás actividades que le sean asignadas por el Supervisor del Contrato, que apliquen de acuerdo con la naturaleza del objeto contractual | Se elabora control en Excel de las notificaciones enviadas.<br><br>Se brindó información general sobre aspectos y tramites básicos de la dependencia a usuarios internos y externos | Se lleva un control en Excel por abogados de las comunicaciones enviadas totales por mes, para ser subidas como evidencias a la carpeta que reposa en control de la entidad. Se realizo un control en Excel de Autos y Resoluciones por mes.<br>Se prestó colaboración e información a mis compañeros que así lo requirieron.<br>Se llevo un control en Excel con autos y resoluciones tramitadas durante el mes, total 178 |

**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:

**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: | EPS SANITAS | Empresa: | COLPENSIONES | Empresa: | SURA |
| | | | | Nivel Riesgo: | 1 |
| Suma cancelada: | 250.000 | Suma cancelada: | 320.000 | Suma cancelada: | 48.800 |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| No Planilla: | 1060888908 | No Planilla: | 1060888908 | No Planilla: | 1060888908 |
| Mes(es) cancelado(s): | ENERO | Mes(es) cancelado(s): | ENERO | Mes(es) cancelado(s): | ENERO |

| **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: Ana Maria Lizarazo Salazar**<br>ANAMARIALIZARAZO S |
| | **FIRMA:** |
| | **No. DOCUMENTO DE IDENTIDAD: 52062915** |

| **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 90,00% de ejecución del contrato. | **OTRAS OBSERVACIONES:**<br><br>NO APLICA |
| **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* | *NO APLICA* |
| *2* | Inadecuado manejo de la información a la cual tiene acceso el contratista | | *X* | *NO APLICA* |
| | | | | |

| | |
|---|---|
| **SUPERVISOR** | **NOMBRE Y APELLIDO: DORA DUARTE PRADA**<br>Subdirectora de Inspección Vigilancia Control de Servicios de Salud |
| | **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**<br>Firmado digitalmente por Oscar Ramos | **NOMBRE Y APELLIDO: OSCAR RAMOS ZAMORA**<br>Profesional Especializado |
| | **FIRMA:** El presente informe es revisado por el apoyo a 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. |

*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.*

# PAGOSIMPLE | REPORTE INDIVIDUAL

**Fecha creación reporte** 2024-01-31, 10:07:45 AM **Tipo Planilla** I **Número Planilla** 1060888908

**Periodo Cotización** 202401 **Periodo Servicio** 202401

**Cliente:**

## PAGADA 2024-01-31

### I. DATOS DEL APORTANTE

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **Razón Social** | ANA MARIA LIZARAZO SALAZAR | | | | |
| **Documento** | CC 52062915 | **Dirección** | CR 50 NORTE #5 B - 57 BOGOTA | | |
| **Tipo de Empresa** | INDEPENDIENTE | **Teléfono** | 5639067 | | |
| **Tipo Persona** | NATURAL | **Forma Presentación** | ÚNICO | **Total Afiliados** | 1 |
| **Ciudad** | BOGOTA D.C. | **Departamento** | BOGOTA D.C. | | |
| **Representante Legal** | | **Identificación** | | | |

### II. DATOS DEL AFILIADO

| **Documento** | CC 52062915 | | **Residente** | | **Exonerado** | N | **Apellidos y Nombres** | **Código Ciudad - Departamento** | **Centro de Trabajo** | **Ubicación Laboral** |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Tipo Cotizante | 57 | 00 | | | | | LIZARAZO SALAZAR ANA MARIA | 11001000 - 11 | | BOGOTA D.C. |

### III. APORTE POR CADA UNA DE LAS ADMINISTRADORAS ASOCIADAS AL AFILIADO:

| **Novedades** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | **Extranjero** | **Tipo salario** | **Salario** | **Pensión** | | | | | | | **Salud** | | | | | | **Riesgos** | | | | | **Caja** | | | | **Parafiscales** | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| ING | RET | TDE | TAE | TDP | TAP | VSP | COR | VST | SLN | IGE | LMA | VAC | AVP | VCT | IRP | Días AFP | Días EPS | Días ARP | Días CCF | | | | **Código AFP** | **Código Tras. AFP** | **Tarifa AFP** | **IBC** | **Total Aporte AFP** | **Total Aporte FSP** | **Total Aporte FSPS** | **Código EPS** | **Código Tras. EPS** | **Tarifa EPS** | **IBC EPS** | **Aporte Salud** | **Aporte UPC** | **Código ARL** | **Clase Riesgo** | **Tarifa ARL** | **IBC ARL** | **Aporte Riesgos** | **Código CCF** | **Tarifa CCF** | **IBC CCF** | **Aporte Caja** | **Tarifa SENA** | **Aporte SENA** | **Tarifa ICBF** | **Aporte ICBF** |
| | | | | | | | | | | | | | | | 0 | 30 | 30 | 30 | 30 | | | $ 2.000.000 | 25-14 | | 16 % | $ 2.000.000 | $ 320.000 | $ 0 | $ 0 | EPS005 | | 12,5 % | $ 2.000.000 | $ 250.000 | $ 0 | 14-11 | 3 | 2,436 % | $ 2.000.000 | $ 48.800 | CCF21 | 0,6 % | $ 2.000.000 | $ 12.000 | 0 % | $ 0 | 0 % | $ 0 |

### IV.TOTALES

| Total Aportes Pensión | Total Aportes FSP | Total Aportes FSPS | Total Aportes Salud | Total Aportes Riesgos | Total Aportes Cajas | Total Aportes SENA | Total Aportes ICBF | Total Aportes ESAP | Total Aportes MEN | Total Final |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| COLPENSIONES | FSP SOLIDARIDAD | FSP SUBSISTENCIA | EPS SANITAS | ARL SURA | CAFAM | SENA | ICBF | ESAP | MEN | |
| $ 320.000 | $ 0 | $ 0 | $ 250.000 | $ 48.800 | $ 12.000 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 630.800 |



**Líneas de Servicio FonoSIMPLE: Bogotá 601 4446634 - Cali: 602 5540577 - Medellín: 604 5146669 - Bucaramanga: 607 6438000 - Cartagena: 605 6945444 - Pereira: 606 3402582 - Barranquilla: 605 3618850 - Resto del País: 018000 971 971 - ¡Más que Fácil, SIMPLE!**

¡El Poder de lo SIMPLE!

ARL | sura

Medellín, 01 de febrero de 2024

**LA ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES**
**SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A..**

## CERTIFICA:

Que ANA MARIA LIZARAZO SALAZAR identificado(a) con cédula de ciudadanía 52062915 registra en nuestra base de datos como trabajador(a) independiente.

A continuación se relacionan los datos de la afiliación:

**Fecha inicio cobertura:** 01/04/2023 **Fecha fin cobertura:** 18/03/2024

### INFORMACIÓN DEL CONTRATANTE

**FONDO FINANCIERO DISTRITAL DE SALUD N800246953**

**ACTIVIDAD ECONÓMICA:**
1841301 - REGULACIÓN DE LAS ACTIVIDADES DE ORGANISMOS QUE PRESTAN SERVICIOS DE SALUD, EDUCATIVOS, CULTURALES Y OTROS SERVICIOS SOCIALES, EXCEPTO SERVICIOS DE SEGURIDAD SOCIAL, INCLUYE LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA DE PROGRAMAS DESTINADOS A AUMENTAR EL BIENESTAR SOCIAL DE LA COMUNIDAD EN MATERIA DE: SALUD, EDUCACIÓN, CULTURA, DEPORTE, SERVICIOS RECREATIVOS, MEDIO AMBIENTE, VIVIENDA Y SERVICIOS SOCIALES, ADMINISTRACIÓN DE PROGRAMAS DE VIVIENDA, TALES COMO MINISTERIOS, SUPERINTENDENCIAS Y COMISIÓN DE REGULACIÓN ENTRE OTROS

**CLASE DE RIESGO:** 1 **PORCENTAJE DE COTIZACIÓN:** 0.522%

**CENTRO DE TRABAJO:** 0000000001 - PRINCIPAL DC

**CLASE:** 1 **PORCENTAJE:** 0.522% **TIPO COTIZANTE:** INDEPENDIENTE CON CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS SUPERIOR A UN MES

**ACTIVIDAD ECONÓMICA CENTRO DE TRABAJO:**
1841201 - 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 LOCALES

### INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA

**ACTIVIDAD ECONÓMICA:**
1841201 - 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 LOCALES

**CODIGO DE ACTIVIDAD:** 1841201

**CLASE DE RIESGO:** 1 **PORCENTAJE DE COTIZACIÓN:** 0.522%

## Su pago lo debe realizar con riesgo 1 (0.522 %), teniendo en cuenta lo siguiente:

***Artículo 11, Decreto 723 de 2013: Cotización y Pago: La cotización se realizará teniendo en cuenta el mayor riesgo entre:***

1. ***La clase de riesgo del centro de trabajo de la entidad o institución.***
2. ***El propio de la actividad ejecutada por el contratista.***

***Parágrafo 1: Cuando las entidades o instituciones no tengan centros de trabajo se tomará la actividad principal o institución.***

Si desea validar que este certificado haya sido realmente emitido por ARL Sura y la información aquí contenida sea real, visite www.arlsura.com.co / validar certificados e ingrese el siguiente código único de generación válido por un mes: C520629152403241556

Atentamente,

Dirección de Afiliaciones y Recaudos

Este certificado tiene validez para efectos de afiliación del trabajador a SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A. así como para su desafiliación
Importante: La información contenida en este certificado puede ser validada en cualquier momento por SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A.

Este certificado fue generado con la información registrada en la base de datos el: 01/02/2024 11.32 AM

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

# FONDO FINANCIERO DISTRITAL DE SALUD

BOGOTÁ SECRETARÍA DE SALUD

Vig Ppto: 2023

## ORDEN DE PAGO

No: 326927

Usuario Dilig: LECAMPOS
Fecha de Impresión: 01/02/2024
Estado: GIRADA

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| Entidad: | FONDO FINANCIERO DISTRITAL DE SALUD | | | | |
| Código: | 201 | Unidad Eje: | 01 | Fecha Diligenciamiento: | 19-JAN-24 |

### 1. DATOS DEL BENEFICIARIO

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| Nombre: | ANA MARIA LIZARAZO SALAZAR | Regimen: | Responsable | | |
| Dirección: | AK 50 5 B 57 CA 1 PISO | Teléfono y Fax: | 5639067 | | |
| C.C o NIT: | 52062915 | Banco/Sucursal: | DAVIVIENDA | Cuenta No/Clase: | 001217278889/C |

### 2. DATOS DEL COMPROMISO

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| Compromiso a Pagar: | CONTRATACION DIRECTA | No: | 4821784 | Interventor o responsable del recibo a satisfacción del bien o servicio: | TOTAL |
| Acta de Recibo No: | | Nombre del Interventor: | | | |

Detalle

225-022100_7791 PRESTAR SERVICIOS TÉCNICOS EN EL APOYO ADMINISTRATIVO DE LAS ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN LA DIRECCIÓN DE CALIDAD DE SERVICIOS DE SALUD - SUBDIRECCIÓN INSPECCIÓN, VIGILANCIA Y CONTROL DE SERVICIOS DE SALUD. PERIODO 1 AL 31 DICIEMBRE 2023. FACTURA AM 10780 (2024-01-02). PAGO 9

| | |
|---|---|
| Tipo de Orden de Pago: | RESERVA |

### 3. MOVIMIENTO PRESUPUESTAL

Fuente de financiación:

IMPUTACIÓN PRESUPUESTAL

| CDP | Código Rubro | Registro | Nombre | Valor Aplicación (Gasto) |
|---|---|---|---|---|
| 1825 | O2-3-01-16-050-56-77910000-771750051 | 1698 | Contratacion del Recurso Humano | $4.011.490,00 |

| | | |
|---|---|---|
| VR BRUTO | CUATRO MILLONES ONCE MIL CUATROCIENTOS NOVENTA PESOS | $4.011.490,00 |

| ID Rubro | Fuente | Detalle | Valor | |
|---|---|---|---|---|
| O2-3-01-16-050-56-77910000-771750051 | 01 | 12013 | $4.011.490,00 | |
| Tipo | Com | Objeto | Ingreso | Banco |
| O23 | 20202009 | 91122 | O1-5-01-01-001 | |

### 4. MOVIMIENTO FINANCIERO Y CONTABLE

| Descripción | % Descuento | Base de Retención | Código Contable | VALORES |
|---|---|---|---|---|
| Valor Bruto | | | 5-1-11-79-0001 | $4.011.490,00 |
| RETEICA- SERVICIOS 0,766% | .766 | $2.979.500,00 | 2-4-36-27-0001 | $22.823,00 |
| ESTAMPILLA - EST_PROCULTURA 0,5% | .5 | $3.371.000,00 | 2-4-36-90-0003 | $16.855,00 |
| RETEIVA - IVA RETENIDO RESP REGIMEN COMUN | 15 | $640.490,00 | 2-4-36-25-0001 | $96.074,00 |
| ESTAMPILLA ADULTO MAYOR 2% | 2 | $3.371.000,00 | 2-4-36-90-0007 | $67.420,00 |

Valor amortización:

| Id fuente | Detalle |
|---|---|
| 01 | Recursos Del Distrito |
| 12013 | APORTE ORDINARIO |

| | | |
|---|---|---|
| TOTAL DESCUENTOS | | $203.172,00 |
| VALOR NETO A GIRAR | TRES MILLONES OCHOCIENTOS OCHO MIL TRESCIENTOS DIECIOCHO PESOS | $3.808.318,00 |
| | | Código contable |
| | | 2-4-01-02-0001 |

MOVIMIENTO TESORERÍA

Endosado a:

Observaciones

Acreedor (Exclusivamente para transferencia de la administración)

Nombre _____

Cédula _____ Firma _____

LUIS EDUARDO CAMPOS BERNAL
GESTION DE PAGOS

ANGELICA YADIRA BRAVO ARANDIA
Responsable del Presupuesto

Consulta Pagos

| ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD | GESTIÓN FINANCIERA<br>DIRECCIÓN FINANCIERA<br>SISTEMA DE GESTIÓN<br>CONTROL DOCUMENTAL | | | |
|---|---|---|---|---|
| | CERTIFICACIÓN DE SUPERVISOR | | | |
| | Código: | SDS-FIN-FT-038 | Versión: | 7 |

Elaborado por: Nairo Sandoval, Luis Eduardo Campos /Revisado por: Julio Martin González/ Aprobado por: Raúl Alberto Bru Vizcaino

**EL (LOS) SUSCRITO(S) SUPERVISOR(ES) CERTIFICA(N)**

El cumplimiento del objeto del contrato o convenio para el trámite de pago, bajo las siguientes condiciones:

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **Número y vigencia del contrato o convenio:** | *4821784-2023* | | **Número (s) del Proyecto:** | *7791* | |
| **Plazo de ejecución:** | *11 meses* | | **Oficina, Dirección, Subdirección o Subsecretaría:** | *Dirección de Calidad de Servicios de Salud -Subdirección Inspección, Vigilancia y Control de Servicios de Salud* | |
| **Nombre / razón social del Contratista:** | *ANA MARIA LIZARAZO SALAZAR* | | **Número de Nit o cédula:** | *52062915-9* | |
| **Periodo Certificado (Fechas):** | *Del 01/01/2024 al 31/01/2024* | | **Porcentaje de pago:** | *9,09%* | |
| **Condiciones que se cumplen para este pago:** | *Según informe de actividades aprobado por el Supervisor para el periodo antes certificado y cuyos soportes reposan en el archivo físico del contrato de la Subdirección de Contratación".* | | | | |
| **Programación PAC para pago** | ***El suscrito Supervisor, Certifica que este desembolso cuenta con la programacion de recursos de PAC mensual, según lo establecido en la Circular de requisitos para Tramite de Solicitudes de Pago.*** | | | | |
| **Objeto contractual:** | *Prestar servicios técnicos en el apoyo administrativo de las actividades desarrolladas en la Dirección de Calidad de Servicios de Salud - Subdirección Inspección Vigilancia y Control de Servicios de Salud.* | | | | |
| **Valor inicial** | *$ 44.126.390* | **Cofinanciación:** | *N/A* | **FFDS:** | *$44.126.390* |
| **Valor total (Inicial + Adicionales o - Reducciones)** | *$ 44.126.390* | **Cofinanciación:** | *N/A* | **FFDS:** | *$44.126.390* |
| **Valor a cancelar:** | *Cuatro millones once mil cuatrocientos noventa pesos m /Cte* | | *$4.011.490* | | |
| **Fecha inicio del contrato o Convenio (Según acta de inicio):** | *4/04/2023* | | **Fecha terminación Contrato o Convenio (incluidas las prorrogas).** | *3/03/2024* | |
| **Número y valor de las adiciones o reducciones del contrato / convenio:** | *N/A* | | *N/A* | *N/A* | |
| **Número y tiempo de las prórrogas o disminución de plazo del contrato / convenio :** | *N/A* | | *N/A* | *N/A* | |
| **Otro tipo de modificaciones contractuales** | *Fecha (DD/MM/AA)* | *Concepto:* | *N/A* | | |
| **Valor ejecutado:** | *$39.713.751* | | **Saldo por ejecutar:** | *$4.412.639* | |
| **Porcentaje de ejecución:** | *90,00%* | **Número de Factura o cuenta de cobro:** | *AM10963* | **Número de pago:** | *Diez* |
| **Número (s) de CDP y registro (s) presupuestal (es) que amparan este pago:** | **CDP 1825- 2023 y RP 1698-2023 por valor de: $ 4.011.490** | | | **Fuente de financiación:** | *12. Aporte ordinario* |
| **Cuenta Bancaria** | *Banco: Davivienda* | *Tipo de Cuenta: Corriente* | *1217278889* | ***Nota:*** *Los datos corresponden a la certificación bancaria que hacen parte de la etapa pre-contractual (según lista de chequeo SDS-CON-FT-012) validada por la Direcciòn Financiera. En el caso de cambiar cuenta bancaria, anexar la nueva certificaciòn no superior a 30 dìas, e informar al àrea de Contabilidad - Dirección Financiera, para su actualizaciòn en el modulo de terceros.* | |
| **Anexos:** | *ANEXOS: FACTURA ELECTRONICA AM10963* | | | **¿Se tienen las garantías actualizadas?:** | *Marcar con una equis (X)* X NO |
| **Observaciones :** | *Nivel de Riesgo 1 para cotizacion ARL* | | | | |

La presente certificación se expide a los: 01/02/2024 , autorizando el presente pago detallado y dejando constancia del cumplimiento en el pago de los Aportes a Seguridad Social Integral, aprobaciòn de los requisitos legales correspondientes a la factura, ejecución de actividades y/o entrega de elementos dentro de la vigencia pactada y demás obligaciones señaladas en el Manual de Contratación de la SDS - FFDS y según lo establecido en la minuta contractual.

Firmado digitalmente por DORA DUARTE PRADA
Fecha: 2024.02.09 15:30:01 -05'00'

Nombre del Supervisor: Dora Duarte Prada

*Cargo: Subdirectora de Inspección, Vigilancia y Control de Servicios de Salud*

| | Nombres completos | Firma | Teléfono o Ext. | Fecha |
|---|---|---|---|---|
| Referente(s) Técnico(s): | ***Oscar Eduardo Ramos Zamora*** | Firmado digitalmente por Oscar Ramos | | *1/02/2024* |
| Referente(s) Financiero(s): | ***Dario Alfonso Solano Guerrero*** | Firmado digitalmente por DARIO ALFONSO SOLANO GUERRERO | | |

Factura generada a traves del proveedor tecnologico Jaime Torres CIA - Faceldi Nit: 860.502.327.8 Tel. (1) 4877853 - 4877830

Fecha Validación DIAN: 02/01/2024 8:37 AM

# REPACARD REPUESTOS SUAREZ
# ANA MARIA LIZARAZO SALAZAR

CR 50 5B - 57 BOGOTÁ, D.C. TEL. 5-639067 / 3-058333 / 311-5190994
NIT : 52062915-9
ACTIVIDAD ECONOMICA 4530

Crédito

CUFE: 2eb3fa7c17a0be36801987a80a5b52ae6f66cdeec2b88ceb0385a135a833d76dafafe28f9c2bb574f30d4c530efe78ea

**FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA AM10963**

FECHA: 2024-02-01 08:37:46

SEÑORES : FONDO FINANCIERO DISTRITAL DE SALUD

FECHA VENCIMIENTO: 2/1/2024

NIT: 800246953-2

PAG. No. 1

DIRECCIÓN: CRA 32 N° 12-81

VENDEDOR :

No PLACA

TELEFONO: 3649090

CIUDAD: BOGOTÁ, D.C.

CONDICIONES : Crédito a 0 dias

| ITEM | REFERENCIA | DESCRIPCIÓN | CANTIDAD | | VR. UNIDAD | VR. IVA | | VR. TOTAL |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | PREST-001 | PRESTACION DE SERV TECNICOS APOYO CONTRATO 4821784 DE 2023 DESDE EL 1 HASTA 31 ENERO DEL 2024 | 1 | ZZ | 3,371,000.00 | 640,490.00 | 19% | 3,371,000.00 |

SUBTOTAL ..... 3,371,000.00

| DESCUENTO | SUBTOTAL | I.V.A | TOTAL | RETENCION | RETE ICA. | TOTAL A PAGAR |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 0.00 | 3,371,000.00 | 640,490.00 | 4,011,490.00 | 0.00 | 0.00 | 4,011,490 |

AUTORIZACIÓN NUMERACIÓN DE FACTURACIÓN No. 18764053313420 DE 2023-08-09 DE AM10001 HASTA AM 15000 VIGENCIA 6 MESES

Este documento es un titulo valor segun Articulo 772 del codigo de Comercio. Al dia siguiente de su vencimiento se generaran intereses moratorios que se liquidaran a la tasa máxima legal permitida por la Superbancaria. Todo autorepuesto tiene una garantia de 90 dias, o 10.000 Klmtrs lo que primero suceda. En partes electricas la garantia es de 24 horas, todas las partes mecanicas o electricas deben ser instaladas por mecanicos tecnicos certificados, quien en caso de reclamacion deben acreditar, es indispensable que presente su factura, la persona que ordena la compra autoriza a quien recibe a firmar la factura.

ACEPTADA