FONDO FINANCIERO DISTRITAL DE SALUD

BOGOTÁ | SECRETARÍA DE SALUD

Vig Ppto: 2023

ORDEN DE PAGO

No: 327238

Usuario Dilig: YAMEDINA
Fecha de Impresión: 24/02/2024
Estado: GIRADA

Entidad:	FONDO FINANCIERO DISTRITAL DE SALUD				
Código:	201	Unidad Eje:	01	Fecha Diligenciamiento:	02-FEB-24

1. DATOS DEL BENEFICIARIO

Nombre:	OSCAR DANILO CRUZ REDONDO	Regimen:	No Responsable		
Dirección:	CL 16D 100 15	Teléfono y Fax:	7292303		
C.C o NIT:	80012282	Banco/Sucursal:	DAVIVIENDA	Cuenta No/Clase:	007380616990/A

2. DATOS DEL COMPROMISO

Compromiso a Pagar:	CT - CONTRATOS (CON / SIN LICITACIÓN	No:	4851801	Interventor o responsable del recibo a satisfacción del bien o servicio:	TOTAL
Acta de Recibo No:		Nombre del Interventor:			

Detalle

CTO-AD4851801-SP_RESERVA-ENERO 2024-PERIODO DE:18-ene 30-ene

Tipo de Orden de Pago: RESERVA

3. MOVIMIENTO PRESUPUESTAL

Fuente de financiación:

ID Rubro	Fuente	Detalle	Valor	
O2-3-01-16-010-09-78280000-291020051	01	12013	$2.207.543,00	
Tipo	Com	Objeto	Ingreso	Banco
O23	20202009	91122	O1-5-01-01-001	

IMPUTACIÓN PRESUPUESTAL

CDP	Código Rubro	Registro	Nombre	Valor Aplicación (Gasto)
4786	O2-3-01-16-010-09-78280000-291020051	4958	Contratacion del Recurso Humano	$2.207.543,00

VR BRUTO	DOS MILLONES DOSCIENTOS SIETE MIL QUINIENTOS CUARENTA Y TRES PESOS	$2.207.543,00

4. MOVIMIENTO FINANCIERO Y CONTABLE

Descripción	% Descuento	Base de Retención	Código Contable	VALORES
Valor Bruto			5-1-11-79-0001	$2.207.543,00
ESTAMPILLA ADULTO MAYOR 2%	2	$2.207.543,00	2-4-36-90-0007	$44.151,00
ESTAMPILLA - EST_PROCULTURA 0,5%	.5	$2.207.543,00	2-4-36-90-0003	$11.038,00
RETEICA- SERVICIOS 0,766%	.766	$1.951.143,00	2-4-36-27-0001	$14.946,00

Valor amortización:

Id fuente	Detalle
01	Recursos Del Distrito
12013	APORTE ORDINARIO

TOTAL DESCUENTOS		$70.135,00
VALOR NETO A GIRAR	DOS MILLONES CIENTO TREINTA Y SIETE MIL CUATROCIENTOS OCHO PESOS	$2.137.408,00
		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

FONDO FINANCIERO DISTRITAL DE SALUD

BOGOTÁ | SECRETARÍA DE SALUD

Vig Ppto: 2023

ORDEN DE PAGO

No: 327929

Usuario Dilig: YAMEDINA
Fecha de Impresión: 24/02/2024
Estado: GIRADA

Entidad:	FONDO FINANCIERO DISTRITAL DE SALUD				
Código:	201	Unidad Eje:	01	Fecha Diligenciamiento:	02-FEB-24

1. DATOS DEL BENEFICIARIO

Nombre:	OSCAR DANILO CRUZ REDONDO	Regimen:	No Responsable		
Dirección:	CL 16D 100 15	Teléfono y Fax:	7292303		
C.C o NIT:	80012282	Banco/Sucursal:	DAVIVIENDA	Cuenta No/Clase:	007380616990/A

2. DATOS DEL COMPROMISO

Compromiso a Pagar:	CT - CONTRATOS (CON / SIN LICITACIÓN	No:	4851801	Interventor o responsable del recibo a satisfacción del bien o servicio:	TOTAL
Acta de Recibo No:		Nombre del Interventor:			

Detalle

CTO-NO4851801-SP_RESERVA-ENERO 2024-PERIODO DE:01-ene 17-ene

Tipo de Orden de Pago: RESERVA

3. MOVIMIENTO PRESUPUESTAL

Fuente de financiación:

ID Rubro	Fuente	Detalle	Valor	
O2-3-01-16-010-09-78280000-291020051	01	12013	$2.886.787,00	
Tipo	Com	Objeto	Ingreso	Banco
O23	20202009	91122	O1-5-01-01-001	

IMPUTACIÓN PRESUPUESTAL

CDP	Código Rubro	Registro	Nombre	Valor Aplicación (Gasto)
1553	O2-3-01-16-010-09-78280000-291020051	2026	Contratacion del Recurso Humano	$2.886.787,00

VR BRUTO	DOS MILLONES OCHOCIENTOS OCHENTA Y SEIS MIL SETECIENTOS OCHENTA Y SIETE PESOS	$2.886.787,00

4. MOVIMIENTO FINANCIERO Y CONTABLE

Descripción	% Descuento	Base de Retención	Código Contable	VALORES
Valor Bruto			5-1-11-79-0001	$2.886.787,00
ESTAMPILLA - EST_PROCULTURA 0,5%	.5	$2.886.787,00	2-4-36-90-0003	$14.434,00
RETEICA- SERVICIOS 0,766%	.766	$2.551.487,00	2-4-36-27-0001	$19.544,00
ESTAMPILLA ADULTO MAYOR 2%	2	$2.886.787,00	2-4-36-90-0007	$57.736,00

Valor amortización:

Id fuente	Detalle
01	Recursos Del Distrito
12013	APORTE ORDINARIO

TOTAL DESCUENTOS		$91.714,00
VALOR NETO A GIRAR	DOS MILLONES SETECIENTOS NOVENTA Y CINCO MIL SETENTA Y TRES PESOS	$2.795.073,00
		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

DESPACHO – SUBDIRECCIÓN – DIRECCIÓN U OFICINA: DIRECCIÓNDE EPIDEMIOLOGÍA, ANÁLISIS Y GESTION DE POLÍTICAS DE SALUD COLECTIVA	**CONTRATO No. 4851801**	**PERIODO DEL CONTRATO:** Fecha de Inicio: 18/04/2023 Fecha de Terminación: 17/01/2024
ENTIDAD CONTRATANTE: FONDO FINANCIERO DISTRITAL DE SALUD		**PLAZO DE EJECUCIÓN:** Nueve (9) Meses. **PRÓRROGA:** Un (1) mes y doce (12) días.
CONTRATISTA: **OSCAR DANILO CRUZ REDONDO**		Fecha de Inicio (Prórroga): 18/01/2024 Fecha de Terminación (Prórroga): 29/02/2024 **SUSPENSIÓN**: N/A
SUPERVISOR: **DIANE MOYANO ROMERO** **Directora de Epidemiología, Análisis y Gestión de Políticas de Salud Colectiva: Director Técnico - código 9 grado 7**		Fecha de Inicio (Suspensión): N/A Nueva Fecha de Terminación (Suspensión): N/A **PERIODO DEL INFORME**: 01/02/2024 - 29/02/2024
OBJETO DEL CONTRATO: Prestar servicios profesionales para el apoyo a la gestión y administración de la información de los eventos en salud pública con énfasis en eventos trasmisibles de la Subsecretaria de salud Publica		

BALANCE FINANCIERO DEL CONTRATO	
VALOR INICIAL DEL CONTRATO:	$45.848.970
VALOR ADICIÓN (SI APLICA):	$ 7.301.873
VALOR INDEXACIÓN (SI APLICA):	No aplica
VALOR PAGADO AL CONTRATISTA:	$ 48.056.513
VALOR A PAGAR EN EL PRESENTE PERIODO DEL INFORME:	$5.094.330
SALDO POR EJECUTAR	$0

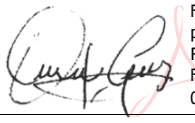
ACTIVIDADES ESPECIFICAS, OBLIGACIONES DEL CONTRATISTA DESARROLLADAS DE ACUERDO CON EL OBJETO CONTRACTUAL		
OBLIGACIONES (Las estipuladas en la minuta del contrato)	**AVANCE ACTIVIDADES** (Desarrolladas en el periodo objeto del informe - referente a la obligación)	**EVIDENCIAS O SOPORTE** (Con respecto a la actividad desarrollada y donde reposan)
1.Apoyar el proceso de recepción, validación, registro, consolidación y notificación de los datos producto de los eventos en salud pública, vacunación, farmacovigilancia, Tecno vigilancia y covid 19, reportados por las subredes, UPGD y UI, del subsistema de información de Vigilancia enSalud Pública SIVIGILA	Generé reporte bigquery casos casos positivos actualizado fecha reporté plataforma (febrero 2024) de igual manera realicé cargue bases necesarias para su reporte de forma consolidada y organizada según estructura enviada desde salud data.	Obligación 1/ Archivo txt consolidado nuevos, positivos
2 efectuar la revisión y verificación de variables críticas de los datos reportados de las diferentes fuentes de información para casos de COVID 19 y eventos prevenibles por vacuna.	Cargue en la plataforma archivo febrero 2024, archivos variables criticas resultado consolidado mpx para realizar respectiva consulta bigquerry de forma automática, cambio body página web escrutará Blade según solicitud. Actualicé las vistas para mejorar el rendimiento y efectividad para revisar casos según consultas generadas actualizadas para el mes de febrero 2024 utilizando las bases actualizadas descargadas sívigila.	Obligación 2/ Archivo jpg cargue. Archivo TXT vistas bases actualizadas
3. Mantener actualizados los sistemas de información de vigilancia en salud pública para covid 19.y eventos prevenibles por vacuna junto documentos operativos que se requieren en el marco de la pandemia COVID 19	Generé consulta SQL salida de información consolidado subredes IEC al 17 de febrero 2024 de forma mensual contando con los datos actualizados y en espera de posibles actualizaciones solicitadas. Verifiqué las variables criticas identificadas en los archivos planos que deben ser depuradas.	Obligación 3/ Carpeta bigquery.xls Archivo TXT variables criticas
4. Verificar la concordancia, coherencia y calidad de la información entregada por las diferentes áreas para la generación diaria de datos de la Subsecretaria en salud publica	Verifiqué y realicé el alistamiento bases IEC Viruela SO,base IEC viruela CO,bases IEC Viruela NO, IECViruela SUR. LBDS reporte 880, sismuestras pilotajes cargue 18 de enero 2024 y descargue archivo plano generado casos nuevos.	Obligación 4/ Carpeta IEC,

5.Apoyar el proceso de georreferenciación, ajuste y la calidad de información de los casos covid -19 y eventos prevenibles por vacuna.	Programé consolidación casos IEC Subredes automatizadas bigquery generación automatizada la cual se realizaron los ajustes pertinentes solicitados	Obligación 5/ Archivo txt salida IEC
6. Efectuar el levantamiento de requerimientos funcionales priorizados para la interoperabilidad del sivigila (sistemas de información en salud pública) y SISVEA	Programé nuevas funcionalidades página web el 18 de enero 2024 subsecretaria. Realice ajuste script SQL sivim solicitado por Luz Mery Tovar para depuración bases Instituto de salud Realice base datos ficha vigiflow en Access para realizar el respectivo pilotaje Cafam floresta	Obligación 6/ Archivo txt Home blade código cambios web Archivo txt script sivim Archivo acces vigiflow
7.Brindar acompañamiento técnico a los equipos operativos de las subredes para el fortalecimiento y seguimiento del análisis de la información y procesos asignados.	Adicioné contenido salud pública, laboratorio, plan ampliado de inmunizaciones circulares botón de regreso carrete slide final. Realice asistencia técnica base de datos Cafam sede administrativa ficha vigiflow	Obligación 7/ Archivo txt código cambios Archivo pdf acta
8.Participar en la respuesta a urgencias y emergencias en Salud Publica, así como asistir a las reuniones espacios de participación (institucional, intersectorial o comunitaria o actividades misionales de carácter especial se la subsecretaria relacionada con el cumplimiento del objeto y obligaciones contractuales.	Solicite creación usuarios SQL permisos Asistí reunión Jeison lozano 05 de febrero 2024.revision sivigila vigiflow y ficha notificación Asistí reunión Fabian Rodríguez 07 de febrero 2024.revision campos instructivo y listados Instituciones. Asistí reunión Jesion lozano 07 de febrero 2024 revisión base de datos y exportable	Obligación 8/ Archivo pdf Archivo pdf acta
9.Realizar los aportes y gestiones necesarias para la respuesta oportuna y de calidad de las solicitudes internas o externa, peticiones ciudadanas de entes de control o informes periódicos dado el cumplimiento del marco normativo o técnico. Así como aportar modelo Integrado de Planeación y gestión (MIPG)que incluye el reporte a proyectos de inversión del Plan de Desarrollo de Bogotá(SEGPLAN) y de plan Operativo de Gestión y Desempeño (POGD),asi como la gestión documental.	Gestioné comunicados, oficios, memorandos por medio de la plataforma de gestión documental de la entidad - AGILSALUD en el marco de los procesos de sistemas de información y demás asignados a mi cargo	Obligación 9/ Archivo pdf_gestión

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 e 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 certific el cumplimiento del objeto del contrato.

INFORMACIÓN PAGOS SEGURIDAD SOCIAL					
APORTES EN SALUD		**APORTES EN PENSIÓN**		**APORTES RIESGOS LABORALES**	
Empresa:	COMPENSAR	Empresa:	PROTECCION	Empresa:	ARL SURA
Suma cancelada:	254.800	Suma cancelada:	326.100	Nivel Riesgo	1
				Suma cancelada:	10.700
No Planilla:	**74577862**	No Planilla:	**74577862**	No Planilla:	**74577862**
Mes(es) cancelado(s):	ENERO 2024	Mes(es) cancelado(s):	ENERO 2024	Mes(es) cancelado(s):	ENERO 2024

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, CORDIS, 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

CONTRATISTA	**NOMBRES Y APELLIDOS:** **OSCAR DANILO CRUZ REDONDO**
	 Firmado digitalmente por Oscar Danilo Cruz Redondo Fecha: 2024.02.28 08:23:23 -05'00'
	No. DOCUMENTO DE IDENTIDAD:CC 80.012.282

INFORME SUPERVISOR DE CONTRATO – CERTIFICADO DE CUMPLIMIENTO	
Que, de conformidad con el informe de actividades presentado para e periodo indicado en el mismo, el supervisor da cuenta del cumplimiento de las actividades específicas, obligaciones del contratista desarrollada de acuerdo con el objeto contractual, las cuales fueron descritas en e informe, y según el periodo de ejecución reportado Acreditando u cumplimiento hasta la fecha de reporte del 100 % de ejecución de contrato.	**OTRAS OBSERVACIONES:** **Se formaliza prórroga del contrato desde el 18 de enero del 2024 hasta el 29 de febrero del 2024 con una adición de $7,301,873.00 e acuerdo al acta de adición recibida el 22 de diciembre 2023**

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:	6

Elaborado por: Carlos Andrés Montaña Buitrago /Revisado por: Nureidis Torres Vivas /Aprobado por: Cristhian Felipe Yarce Barragán

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***	
2	Que se presenten nuevos lineamientos gubernamentales		*X*	*N/A*
8	Cambio de régimen NO responsable de IVA a Común o viceversa a cargo del contratista		*X*	*N/A*
9	Inadecuado manejo de la información a la cual tiene acceso el contratista		*X*	*N/A*
10	Demoras por parte de la entidad contratante (Supervisor) en la aprobación de los productos y/o informes presentados por el contratista		*X*	*N/A*
11	Suspensión o cancelación de la tarjeta o matrícula profesional para aquellas profesiones que así lo establecen		*X*	*N/A*
12	Retraso en el cumplimiento del objeto contractual y en la ejecución de las obligaciones específicas del mismo		*X*	*N/A*
13	No iniciar los procesos administrativos de imposición de multas, sanciones o incumplimientos de manera oportuna.		*X*	*N/A*

SUPERVISOR	**NOMBRE Y APELLIDO** **DIANE MOYANO ROMERO** **Directora de Epidemiología, Análisis y Gestión de Políticas de Salud Colectiva:** **Director Técnico - código 9 grado 7**
	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:** **RUBEN DARIO RODRIGUEZ CAMARGO**
	Firmado digitalmente por Ruben Dario Rodriguez Camargo Fecha: 2024.02.28 09:13:56 -05'00'

NOTAS:
*El presente informe da cumplimiento a lo citado en la ISO 9001-2015,en relación con el numeral 8,4,1
*Anexo Comprobante 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.

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	80012282	OSCAR DANILO CRUZ REDONDO	cll 16d 100-15	7292303	odcruzpai007@hotmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente		BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		NO

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2024-01	2024-01	I	13/02/2024	74577862	$632.400	

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					
EPS008	Compensar EPS	860066942-7	254.800	0		0		0	0	0	0	254.800	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
230201	Proteccion (ING + Proteccion)	800229739-0	326.100	0	0	0	0	0	0		326.100	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										
14-11	ARL SURA	890903790-5	10.700				10.700	0	0	10.700			107	10.700	1

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF24	Compensar Caja	860066942-7	40.800	0	0	40.800	1

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	254.800	254.800
Pensión	1	326.100	326.100
Riesgos Laborales	1	10.700	10.700
CCF	1	40.800	40.800
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	4	632.400	632.400

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
CC	80012282	OSCAR DANILO CRUZ REDONDO		cll 16d 100-15	7292303	odcruzpai007@hotmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
ÚNICA	I – Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	NO

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	
2024-01	2024-01	I	13/02/2024	74577862	$632.400	

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	80012282	CRUZ REDONDO OSCAR DANILO	59	0			N																	230201	2.037.732	326.100	0	0	0	0	EPS008	2.037.732	254.800	14-11	2.037.732	1	10.700	CCF24	2.037.732	40.800	0	0	0	0	0

PAGADA

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

Medellín, 24 de febrero de 2024

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

CERTIFICA:

Que OSCAR DANILO CRUZ REDONDO identificado(a) con cédula de ciudadanía 80012282 registra en nuestra base de datos como trabajador(a) independiente.

A continuación se relacionan los datos de la afiliación:

Fecha inicio cobertura: 17/04/2023 **Fecha fin cobertura:** 29/02/2024

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:
C800122822405542146

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: 24/02/2024 11.42 AM

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Certificado de vigencia y antecedentes disciplinarios
CVAD-2024-2591999

CONSEJO PROFESIONAL NACIONAL DE INGENIERÍA
COPNIA

EL DIRECTOR GENERAL

CERTIFICA:

1. Que OSCAR DANILO CRUZ REDONDO, identificado(a) con CEDULA DE CIUDADANIA 80012282, se encuentra inscrito(a) en el Registro Profesional Nacional que lleva esta entidad, en la profesión de INGENIERIA DE SISTEMAS con MATRICULA PROFESIONAL 091122-0502297 CND desde el 27 de Diciembre de 2019, otorgado(a) mediante Resolución Nacional R2019002319.

2. Que el(la) MATRICULA PROFESIONAL es la autorización que expide el Estado para que el titular ejerza su profesión en todo el territorio de la República de Colombia, de conformidad con lo dispuesto en la Ley 842 de 2003.

3. Que el(la) referido(a) MATRICULA PROFESIONAL se encuentra **VIGENTE**

4. Que el profesional no tiene antecedentes disciplinarios ético-profesionales.

5. Que la presente certificación se expide en Bogotá, D.C., a los veinticuatro (24) días del mes de Febrero del año dos mil veinticuatro (2024).

Rubén Dario Ochoa Arbeláez

Firmal del titular (*)

(*)Con el fin de verificar que el titular autoriza su participación en procesos estatales de selección de contratistas. La falta de firma del titular no invalida el Certificado
El presente es un documento público expedido electrónicamente con firma digital que garantiza su plena validez jurídica y probatoria según lo establecido en la Ley 527 de 1999. Para verificar la firma digital, consulte las propiedades del documento original en formato .pdf.
Para verificar la integridad e inalterabilidad del presente documento consulte en el sitio web https://tramites.copnia.gov.co/Copnia_Microsite/CertificateOfGoodStanding/CertificateOfGoodStandingStart indicado el número del certificado que se encuentra en la esquina superior derecha de este documento.