| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 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: | 7 |
| Elaborado por: Carlos Andrés Montaña Buitrago /Revisado por: Nureidis Torres Vivas /Aprobado por: Katty Johana Rodríguez Lozano | | | | |

| | | |
|---|---|---|
| **DESPACHO – SUBDIRECCIÓN – DIRECCIÓN U OFICINA:**<br><br>Dirección de Calidad de Servicios de Salud – Subdirección Inspección Vigilancia y Control de Servicios de Salud. | **CONTRATO No.**<br><br>6215059 | **PERIODO DEL CONTRATO:**<br>Fecha de Inicio: 23/04/2024<br><br>Fecha de Terminación: 31/07/2024 |
| **ENTIDAD CONTRATANTE:**<br><br>**Fondo Financiero Distrital de Salud** | | **PLAZO DE EJECUCIÓN:**<br><br>Tres (03) meses ocho (8) días<br><br>**PRÓRROGA:** |
| **CONTRATISTA:**<br><br>**Diana Patricia Fonseca Corredor** | | Fecha de Inicio (Prórroga):<br>Fecha de Terminación (Prórroga):<br><br>**SUSPENSIÓN:** |
| **SUPERVISOR (Nombre y cargo):**<br><br>**Dora Prada Duarte - Subdirección de Inspección Vigilancia y Control - Subdirector Técnico Código 68 Grado 06** | | Fecha de Inicio (Suspensión):<br><br>Nueva Fecha de Terminación (Suspensión):<br><br>**PERIODO DEL INFORME:**<br><br>01/06/2024 – 30/06/2024 |
| **OBJETO DEL CONTRATO: Prestar servicios profesionales de apoyo a la gestión de implementación y fortalecimiento del Sistema Obligatorio de garantía de Calidad en la Dirección de Calidad de Servicios de Salud – Subdirección Inspección, Vigilancia y Control de Servicios de Salud** | | |

| **BALANCE FINANCIERO DEL CONTRATO** | |
|---|---|
| **VALOR INICIAL DEL CONTRATO:** | $ 30.465.333 |
| **VALOR ADICIÓN (SI APLICA):** | |
| **VALOR INDEXACIÓN (SI APLICA):** | |
| **VALOR CEDIDO (SI APLICA)** | |
| **VALOR A LIBERAR (SI APLICA)** | $ 10.016.0000 |
| **VALOR PAGADO AL CONTRATISTA O CESIONARIO (SI APLICA):** | $ 7.929.000 |
| **VALOR A PAGAR EN EL PRESENTE PERIODO DEL INFORME:** | $ 6.260.000 |
| **SALDO POR EJECUTAR:** | *$* 6.260.000 |

| **ACTIVIDADES ESPECIFICAS, OBLIGACIONES DEL CONTRATISTA DESARROLLADAS DE ACUERDO CON EL OBJETO CONTRACTUAL** | | |
|---|---|---|
| **OBLIGACIONES** | **AVANCE ACTIVIDADES** | **EVIDENCIAS O SOPORTE** |

| (Las estipuladas en la minuta del contrato) | (Desarrolladas en el periodo objeto del informe - referente a la obligación) | (Con respecto a la actividad desarrollada y donde reposan) |
|---|---|---|
| **1**. Realizar visitasde inspección, vigilancia y control a los Prestadores de Servicios de Salud, de acuerdo con la asignación correspondiente, con el fin de verificar elcumplimiento de losestándares del SistemaObligatorio de Garantía de la Calidad (SOGC),y la normatividad vigente, levantando el acta correspondiente conforme a los hallazgos según el protocolo definido para la planificación, ejecucióny seguimiento de visitas de habilitación, queja, búsqueda activa y demás conforme a la competencia de la Dirección de Calidad de Servicios de Salud-Subdirección Inspección, Vigilancia y Control de Servicios de Salud, utilizando los recursos dispuestos por la entidad para tal fin | Visitas DE SEGURIDAD SALUD EN EL TRABAJO, para otorgar, renovar o modificar, Licencias de Seguridad Salud en el Trabajo<br><br>**# de visitas: 7**<br><br>1.1 CYASI Soluciones integrales SAS<br>1.2 GEAMCOL SAS<br>1.3 Consultoría integral SOEMER LTDA<br>1.4 Colombiana de altos riesgos. COLTAR SAS<br>1.5 Royal VIC COMPANY SAS<br>1.6 INGEOINTEGRAL SAS<br>1.7 AMBYSEG SAS | 1.1. Acta CYASI Soluciones integrales SAS<br>1.2. Acta GEAMCOL SAS<br>1.3. Consultoría integral SOEMER LTDA<br>1.4 Acta Colombiana de altos riesgos. COLTAR SAS<br>1.5. Acta Royal VIC COMPANY SAS<br>1.6. Acta INGEOINTEGRAL SAS<br>1.7. Acta AMBYSEG SAS<br>https://saludcapitalgovco-my.sharepoint.com/:f:/r/personal/inv-ivc_saludcapital_gov_co/Documents/CONTRATOS%202024-2025/Ivc-Hab/6215059-Dpfonseca/JUNIO24/OBLIGACION%201?csf=1&web=1&e=mMpjYa |
| **2**. .Dar estricto cumplimiento al Anexo Técnico dependiendo dela necesidad o prioridad de los procedimientos que requiera la Subdirección de Inspección Vigilancia y Control de Servicios de Salud | No asignada para este mes | https://saludcapitalgovco-my.sharepoint.com/:f:/r/personal/inv-ivc_saludcapital_gov_co/Documents/CONTRATOS%202024-2025/Ivc-Hab/6215059-Dpfonseca/JUNIO24/OBLIGACION%202?csf=1&web=1&e=EBfqEi |
| **3.** Apoyar los procesos administrativo-relacionados con el objeto del contrato dentro de los tiempos establecidos | 3.1. Tamizaje de quejas: evaluar el tipo de queja para determinar si requiere o no la elaboración de concepto odontológico, así como determinar los soportes requeridos para la elaboración del concepto**. # 15**<br>3.2 Conceptos Odontológicos. Realizar concepto odontológico, de quejas en el servicio, para determinar, si se presentaron fallas en la atención **# 12** | 3.1 Formato de entrega de tamizajes<br>3.2 Formato de entrega de conceptos<br>https://saludcapitalgovco-my.sharepoint.com/:f:/r/personal/inv-ivc_saludcapital_gov_co/Documents/CONTRATOS%202024-2025/Ivc-Hab/6215059-Dpfonseca/JUNIO24/OBLIGACION%203?csf=1&web=1&e=3zcx5a |
| 4.Asistir a las reuniones programadas por la Direcciónde Calidad de Servicios deSalud — Subdirección Inspección, Vigilancia y Control de Servicios de Salud, con el fin de unificar criterios y verificarlas actividades adelantadas, de acuerdo con los lineamientos emitidos para tal efecto | No asignada para este mes | https://saludcapitalgovco-my.sharepoint.com/:f:/r/personal/inv-ivc_saludcapital_gov_co/Documents/CONTRATOS%202024-2025/Ivc-Hab/6215059-Dpfonseca/JUNIO24/OBLIGACION%204?csf=1&web=1&e=Cc4VaK |
| 5.Realizar las demás actividades que le sean asignadas por el | | |

| | | |
|---|---|---|
| Supervisor del Contrato, que apliquen de acuerdo con la naturaleza del objeto contractual | Realizar Asistencia Técnica Individual a través de los siguientes canales<br>✓ Presencial<br>✓ Telefónica | 5.1 Formato Asistencia Técnica Individual https://saludcapitalgovco-my.sharepoint.com/:f:/r/personal/inv-ivc_saludcapital_gov_co/Documents/CONTRATOS%202024-2025/Ivc-Hab/6215059-Dpfonseca/JUNIO24/OBLIGACION%205?csf=1&web=1&e=mlh8pF |

**ESTADO TEMAS PENDIENTES DE TRÁMITE**

Si es el último informe de ejecución, relacione el estado de los temas que le fueron asignados y que a la fecha se encuentren pendientes de trámite, indicando por qué no se han desarrollado:

NO APLICA

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

**INFORMACIÒN PAGOS SEGURIDAD SOCIAL**

| APORTES EN SALUD | | APORTES EN PENSIÓN | | APORTES RIESGOS LABORALES | |
|---|---|---|---|---|---|
| Empresa: | SANITAS | Empresa: | COLFONDOS | Empresa: | SURA |
| | | | | Nivel Riesgo: | 3 |
| Suma cancelada: | 313.000 | Suma cancelada: | 400.7000 | Suma cancelada: | 61.000 |
| No Planilla: | 1064359475 | No Planilla: | 1064359475 | No Planilla: | 1064359475 |
| Mes(es) cancelado(s): | MAYO | Mes(es) cancelado(s): | MAYO | Mes(es) cancelado(s): | MAYO |

**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: Diana Patricia Fonseca Corredor** |

| | |
|---|---|
| | **FIRMA:** |
| | **No. DOCUMENTO DE IDENTIDAD: 52496367** |

| **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 *69* % 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 |
| *3* | Suspensión o cancelación de la tarjeta o matricula profesional, para aquellas profesiones que así lo establecen | | X | NO APLICA |

| | |
|---|---|
| **SUPERVISOR** | **NOMBRE Y APELLIDO:**<br><br>**DORA DUARTE PRADA** |

| | |
|---|---|
| | **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** | **DORA DUARTE PRADA** |
| | **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** 2024-06-22, 08:52:36 p. m. **Tipo Planilla** I **Número Planilla** 1064359475

**Periodo Cotización** 202405 **Periodo Servicio** 202405

## PAGADA 2024-06-11 21:12:39.0 EN HORARIO EXTENDIDO

### I. DATOS DEL APORTANTE

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **Razón Social** | DIANA PATRICIA FONSECA CORREDOR | | | | |
| **Documento** | CC 52496367 | **Dirección** | CR 50 #1 - 96 CIUDAD MONTES | | |
| **Tipo de Empresa** | INDEPENDIENTE | **Teléfono** | 6015308012 | | |
| **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 52496367 | | | | | | **Apellidos y Nombres** | **Código Ciudad - Departamento** | **Centro de Trabajo** | **Ubicación Laboral** |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Tipo Cotizante | 59 | 00 | Residente | | Exonerado | N | FONSECA CORREDOR DIANA PATRICIA | 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 | 0 | | | $ 2.504.000 | 231001 | | 16 % | $ 2.504.000 | $ 400.700 | $ 0 | $ 0 | EPS005 | | 12,5 % | $ 2.504.000 | $ 313.000 | $ 0 | 14-11 | 3 | 2,436 % | $ 2.504.000 | $ 61.000 | NIN-CC | 0 % | $ 0 | $ 0 | 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 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| COLFONDOS | FSP SOLIDARIDAD | FSP SUBSISTENCIA | EPS SANITAS | ARL SURA | NINGUNA CCF | SENA | ICBF | ESAP | MEN | |
| $ 400.700 | $ 0 | $ 0 | $ 313.000 | $ 61.000 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 774.700 |



**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!

Medellín, 22 de junio de 2024

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

## CERTIFICA:

Que DIANA PATRICIA FONSECA CORREDOR identificado(a) con cédula de ciudadanía 52496367 registra en nuestra base de datos como trabajador(a) independiente.

A continuación se relacionan los datos de la afiliación:

**Fecha inicio cobertura:** 20/04/2024 **Fecha fin cobertura:** 31/07/2024

### 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:** 0000000009 - VACUNACION -VERIFICADORES R3

**CLASE:** 3 **PORCENTAJE:** 2.436% **TIPO COTIZANTE:** INDEPENDIENTE CON CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS SUPERIOR A UN MES

**ACTIVIDAD ECONÓMICA CENTRO DE TRABAJO:**
3861001 - ACTIVIDADES DE HOSPITALES Y CLÍNICAS, CON INTERNACIÓN, COMPRENDE LAS ACTIVIDADES QUE CONSISTEN PRINCIPALMENTE EN LABORATORIO CLÍNICO, ENDOSCOPIA, PATOLOGÍA ETC, CUANDO SE PRESTAN A PACIENTES INTERNOS LA ATENCIÓN DE PACIENTES INTERNOS, QUE SE REALIZA BAJO LA SUPERVISIÓN DIRECTA DE MÉDICOS Y ABARCA: LA ATENCIÓN ODONTOLÓGICA A PACIENTES INTERNOS EN HOSPITALES CUANDO SE PRESTA POR PROFESIONALES VINCULADOS A LA INSTITUCIÓN DE INTERNACIÓN; EL SERVICIO DE PERSONAL MÉDICO GENERAL Y ESPECIALIZADO Y PARAMÉDICO EN: SERVICIO DE COMPLEMENTACIÓN TERAPÉUTICA: REHABILITACIÓN (POR TERAPISTAS), OPTOMETRÍA, PSICOLOGÍA, NUTRICIÓN, FONOAUDIOLOGÍA, ETC, CUANDO SE PRESTAN A PACIENTES INTERNOS; SERVICIOS DE URGENCIAS SERVICIOS DE QUIRÓFANOS, SERVICIOS DE FARMACIA, SERVICIOS DE COMIDA A PACIENTES INTERNOS Y OTROS SERVICIOS HOSPITALARIOS; SERVICIOS DE CENTROS DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR QUE PROPORCIONAN TRATAMIENTO MÉDICO TALES COMO ESTERILIZACIÓN E INTERRUPCIÓN DEL EMBARAZO, CUANDO SE REALIZAN CON INTERNACIÓN

### INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA

**ACTIVIDAD ECONÓMICA:**
3861001 - ACTIVIDADES DE HOSPITALES Y CLÍNICAS, CON INTERNACIÓN, COMPRENDE LAS ACTIVIDADES QUE CONSISTEN PRINCIPALMENTE EN LABORATORIO CLÍNICO, ENDOSCOPIA, PATOLOGÍA ETC, CUANDO SE PRESTAN A PACIENTES INTERNOS LA ATENCIÓN DE PACIENTES INTERNOS, QUE SE REALIZA BAJO LA SUPERVISIÓN DIRECTA DE MÉDICOS Y ABARCA: LA ATENCIÓN ODONTOLÓGICA A PACIENTES INTERNOS EN HOSPITALES CUANDO SE PRESTA POR PROFESIONALES VINCULADOS A LA INSTITUCIÓN DE INTERNACIÓN; EL SERVICIO DE PERSONAL MÉDICO GENERAL Y ESPECIALIZADO Y PARAMÉDICO EN: SERVICIO DE COMPLEMENTACIÓN TERAPÉUTICA: REHABILITACIÓN (POR TERAPISTAS), OPTOMETRÍA, PSICOLOGÍA, NUTRICIÓN, FONOAUDIOLOGÍA, ETC, CUANDO SE PRESTAN A PACIENTES INTERNOS; SERVICIOS DE URGENCIAS SERVICIOS DE QUIRÓFANOS, SERVICIOS DE FARMACIA, SERVICIOS DE COMIDA A PACIENTES INTERNOS Y OTROS SERVICIOS HOSPITALARIOS; SERVICIOS DE CENTROS DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR QUE PROPORCIONAN TRATAMIENTO MÉDICO TALES COMO ESTERILIZACIÓN E INTERRUPCIÓN DEL EMBARAZO, CUANDO SE REALIZAN CON INTERNACIÓN

**CODIGO DE ACTIVIDAD:** 3861001

**CLASE DE RIESGO:** 3 **PORCENTAJE DE COTIZACIÓN:** 2.436%

## Su pago lo debe realizar con riesgo 3 (2.436 %), 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: C524963672417476481

Atentamente,

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

## 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: 22/06/2024 9.14 PM

# FONDO FINANCIERO DISTRITAL DE SALUD

BOGOTÁ | SECRETARÍA DE SALUD

Vig Ppto: 2024

## ORDEN DE PAGO

No: 405735

Usuario Dilig: AMPRADA
Fecha de Impresión: 22/06/2024
Estado: GIRADA

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| Entidad: | FONDO FINANCIERO DISTRITAL DE SALUD | | | | |
| Código: | 201 | Unidad Eje: | 01 | Fecha Diligenciamiento: | 04-JUN-24 |

### 1. DATOS DEL BENEFICIARIO

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| Nombre: | DIANA PATRICIA FONSECA CORREDOR | Regimen: | No Responsable | | |
| Dirección: | AK 50 1 96 CA BRR | Teléfono y Fax: | | | |
| C.C o NIT: | 52496367 | Banco/Sucursal: | BANCOLOMBIA | Cuenta No/Clase: | 24427856701/A |

### 2. DATOS DEL COMPROMISO

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| Compromiso a Pagar: | CONTRATACION DIRECTA | No: | 6215059 | Interventor o responsable del recibo a satisfacción del bien o servicio: | TOTAL |
| Acta de Recibo No: | | Nombre del Interventor: | | | |

Detalle

CTO-NO6215059-PLANILLA OGI_VIGENCIA-MAYO 2024-PERIODO DE:01-may 30-may-2024

Tipo de Orden de Pago: VIGENCIA

### 3. MOVIMIENTO PRESUPUESTAL

Fuente de financiación:

IMPUTACIÓN PRESUPUESTAL

| CDP | Código Rubro | Registro | Nombre | Valor Aplicación (Gasto) |
|---|---|---|---|---|
| 2448 | O2-3-01-16-005-56-77910000-511750051 | 2402 | Contratacion de Recurso Humano | $6.260.000,00 |

| | | |
|---|---|---|
| VR BRUTO | SEIS MILLONES DOSCIENTOS SESENTA MIL PESOS | $6.260.000,00 |

| ID Rubro | Fuente | Detalle | Valor | |
|---|---|---|---|---|
| O2-3-01-16-005-56-77910000-511750051 | 01 | 12013 | $6.260.000,00 | |
| **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 | $6.260.000,00 |
| RETEFUENTE-L.1607/12-ART 383 - PERS.NATURAL (PLA) | 0 | $4.149.908,00 | 2-4-36-15-0001 | $117.806,00 |
| ESTAMPILLA ADULTO MAYOR 2% | 2 | $6.260.000,00 | 2-4-36-90-0007 | $125.200,00 |
| RETEICA- SERVICIOS 0,766% | .766 | $5.533.200,00 | 2-4-36-27-0001 | $42.384,00 |
| ESTAMPILLA - EST_PROCULTURA 0,5% | .5 | $6.260.000,00 | 2-4-36-90-0003 | $31.300,00 |

Valor amortización:

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

| | | |
|---|---|---|
| TOTAL DESCUENTOS | | $316.690,00 |
| VALOR NETO A GIRAR | CINCO MILLONES NOVECIENTOS CUARENTA Y TRES MIL TRESCIENTOS DIEZ PESOS | $5.943.310,00 |
| | | Código contable |
| | | 2-4-01-02-0003 |

MOVIMIENTO TESORERÍA

Endosado a:

Observaciones

Acreedor (Exclusivamente para transferencia de la administración)

Nombre _____

Cédula _____ Firma _____

ANGEL MIGUEL PRADA JIMENEZ
GESTION DE PAGOS

ANGEL ANTONIO ZABALETA GALINDO
Responsable del Presupuesto

Consulta Pagos