| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 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>Dirección de Calidad de Servicios de Salud – Subdirección Inspección Vigilancia y Controlde Servicios de Salud | **CONTRATO No. 6111958** | **PERIODO DEL CONTRATO:**<br>Fecha de Inicio: 01/04/2024<br>Fecha de Terminación: 31/07/2024<br>**PLAZO DE EJECUCIÓN:**<br>Cuatro (4) Meses |
| **ENTIDAD CONTRATANTE**<br>**Secretaría Distrital de Salud / Fondo Financiero Distrital de Salud** | | **PRÓRROGA**: N/A<br>Fecha de Inicio (Prórroga): N/A<br>Fecha de Terminación (Prórroga): N/A |
| **CONTRATISTA:**<br>**LUZ YANETH ALAPE LANCHEROS** | | **SUSPENSIÓN N/A** |
| **SUPERVISOR (Nombre y cargo):**<br>Dora Duarte Prada<br>Subdirectora de Inspección Vigilancia y Control de Servicios de Salud - subdirectora operativa 068 grado 06. | | Fecha de Inicio: N/A<br>Nueva Fecha de Terminación (Suspensión):N/A<br>**PERIODO DEL INFORME:**<br>*01/06/2024 – 30/06/204* |
| **OBJETO DEL CONTRATO:** Prestar servicios profesionales de apoyo a la gestión de implementación yfortalecimiento del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad | | |

| **BALANCE FINANCIERO DEL CONTRATO** | |
|---|---|
| **VALOR INICIAL DEL CONTRATO:** | $ 36.725.333,00 |
| **VALOR ADICIÓN (SI APLICA):** | $ 00.000.000,00 |
| **VALOR INDEXACIÓN (SI APLICA):** | $ 00.000.000,00 |
| **VALOR CEDIDO (SI APLICA)** | $ 00.000.000.00 |
| **VALOR A LIBERAR (SI APLICA)** | $ 11.685.333.00 |
| **VALOR PAGADO AL CONTRATISTA O CESIONARIO (SI APLICA):** | $ 12.520.000.00 |
| **VALOR A PAGAR EN EL PRESENTE PERIODO DEL INFORME:** | $ 6.260.000.00 |
| **SALDO POR EJECUTAR:** | $ 6.260.000.00 |

| **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**. Realizar visitas de inspección, vigilancia y control a los Prestadores de Servicios de Salud, de acuerdo a la asignación correspondiente, con el fin de verificar el cumplimiento de los estándares del Sistema Obligatorio 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, ejecución y seguimiento de visitas de habilitación, queja, búsqueda | De conformidad con la programación asignada por la Subdirección IVC, se realizaron las siguientes visitas:<br>Visita de certificación a prestador independiente:<br>*Acta de apertura y cierre de visita<br>*Informe final de visita<br>* Anexo de informe final<br>*Instrumento todos los servicios<br>*instrumento servicio de consulta externa general<br>*instrumento servicio de consulta externa especializada<br>Total: 45 visitas | **Soportados en carpeta magnética**<br>*https://saludcapitalgovco-my.sharepoint.com/personal/inv-ivc_saludcapital_gov_co/_layouts/15/onedrive.aspx?e=5%3A0d7198343a1245ac835e67dceabcb122&sharingv2=true&fromShare=true&at=9&CT=1719359388506&OR=OWA%2DNT%2DMail&CID=80d0248a%2Dc033%2De739%2D3edb%2D2fce6a68469e&id=%2Fpersonal%2Finv%2Divc%5Fsaludcapital%5Fgov%5Fco%2FDocuments%2FCONTRATOS% 202024%2D2025%2FIvc%2DHab% 2F6111958%2DLyalape%2FJUNIO24&FolderCTID=0x012000A80AE1D62E18FF45893AA5B552DC00C7&view=0* |

| | | |
|---|---|---|
| **2**.Dar estricto cumplimiento al Anexo Técnico dependiendo de la necesidad o prioridad de los procedimientos que requiera la Subdirección de Inspección Vigilancia y Control de Servicios de Salud | Carpeta del prestador donde reposan los siguientes documentos:<br><br>*Acta de apertura y cierre de visita<br>*Informe final de visita<br>* Anexo de informe final<br>*Instrumento todos los servicios<br>*instrumento servicio de consulta externa general<br>*instrumento servicio de consulta externa especializada<br><br>Total: 45 visitas | Soportados en carpeta magnética<br><br>*https://saludcapitalgovco-my.sharepoint.com/personal/inv-ivc_saludcapital_gov_co/_layouts/15/onedrive.aspx?e=5%3A0d7198343a1245ac835e67dceabcb122&sharingv2=true&fromShare=true&at=9&CT=1719359388506&OR=OWA%2DNT%2DMail&CID=80d0248a%2Dc033%2De739%2D3edb%2D2fce6a68469e&id=%2Fpersonal%2Finv%2Divc%5Fsaludcapital%5Fgov%5Fco%2FDocuments%2FCONTRATOS% 202024%2D2025%2FIvc%2DHab% 2F6111958%2DLyalape%2FJUNIO24&FolderCTID=0x012000A80AE1D62E18FF45893AA5B552DC00C7&view=0* |
| **3.** Apoyar los procesos administrativ os relacionados con el objeto del contrato, dentro de los tiempos establecidos en el anexo técnico**.** | Se realizó días administrativos.<br><br>• 07 /06/2024: 07:00 a 13:30<br>• 14 /06/2024: 07:00 a 13:30<br>• 21 /06/2024: 07:00 a 13:30<br><br>Realización de informes de cada una de las 39 carpetas, organización y gestión documental, entrega | *https://saludcapitalgovco-my.sharepoint.com/personal/inv-ivc_saludcapital_gov_co/_layouts/15/onedrive.aspx?e=5%3A0d7198343a1245ac835e67dceabcb122&sharingv2=true&fromShare=true&at=9&CT=1719359388506&OR=OWA%2DNT%2DMail&CID=80d0248a%2Dc033%2De739%2D3edb%2D2fce6a68469e&id=%2Fpersonal%2Finv%2Divc%5Fsaludcapital%5Fgov%5Fco%2FDocuments%2FCONTRATOS% 202024%2D2025%2FIvc%2DHab% 2F6111958%2DLyalape%2FJUNIO24&FolderCTID=0x012000A80AE1D62E18FF45893AA5B552DC00C7&view=0* |
| **4.**<br>Asistir a las reuniones programadas por la Dirección de Calidad de Servicios de Salud — Subdirección Inspección, Vigilancia y Control de Servicios de Salud, con el fin de unificar criterios y verificar las actividades adelantadas, de acuerdo con los lineamientos emitidos para talefecto. | Se programó reuniones en este periodo por la Dirección de Calidad de Servicios de Salud – Subdirección Inspección Vigilancia y Control de Servicios de Salud del área de Desarrollo de Servicios de Salud:<br><br>• Capacitación Despertando Nuestra Conciencia los días 07/06/2024, 14/06/2024 y 21/06/2024<br>Hora: 14pm a 17:00 pm | *https://saludcapitalgovco-my.sharepoint.com/personal/inv-ivc_saludcapital_gov_co/_layouts/15/onedrive.aspx?e=5%3A0d7198343a1245ac835e67dceabcb122&sharingv2=true&fromShare=true&at=9&CT=1719359388506&OR=OWA%2DNT%2DMail&CID=80d0248a%2Dc033%2De739%2D3edb% 2D2fce6a68469e&id=%2Fpersonal%2Finv%2Divc%5Fsaludcapital%5Fgov%5Fco%2FDocuments%2FCONTRATOS%202024%2D2025%2FIvc%2DHab%2F6111958%2DLyalape% 2FJUNIO24&FolderCTID=0x012000A80AE1D62E18FF45893AA5B552DC00C7&view=0* |
| **5**. Realizar las demás actividades que le sean asignadas por el Supervisor del Contrato, que apliquen de acuerdo con la naturaleza del objeto contractual. | Se realizaron las siguientes actividades para prestadores de servicios de salud independientes:<br><br>• Confirmar datos de prestador<br>• Verificar contra carpeta en el REPS los servicios habilitados y activos<br>• Constancia de Habilitación<br>• Verificar datos del prestador<br>• Verificar novedades del prestador<br>• Verificar instrumentos de acuerdo con los servicios (actas de apertura y cierre instrumento general para todos los servicios, instrumentos por servicios, Infraestructura, informe final de visita, anexo, recurso humano, procesos prioritarios, otros anexos Realice las actividades asignadas por el Supervisor del Contrato. | *https://saludcapitalgovco-my.sharepoint.com/personal/inv-ivc_saludcapital_gov_co/_layouts/15/onedrive.aspx?e=5%3A0d7198343a1245ac835e67dceabcb122&sharingv2=true&fromShare=true&at=9&CT=1719359388506&OR=OWA%2DNT%2DMail&CID=80d0248a%2Dc033%2De739%2D3edb%2D2fce6a68469e&id=%2Fpersonal%2Finv%2Divc%5Fsaludcapital%5Fgov%5Fco%2FDocuments%2FCONTRATOS%202024%2D2025%2FIvc%2DHab%2F6111958%2DLyalape% 2FJUNIO24&FolderCTID=0x012000A 80AE1D62E18FF45893AA5B552DC00C7&view=0* |

| **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.<br>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. |

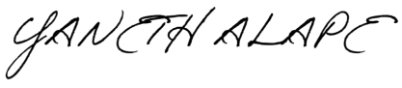
**INFORMACIÒN PAGOS SEGURIDAD SOCIAL**

| **APORTES EN SALUD** | | **APORTES EN PENSIÓN** | | **APORTES RIESGOS LABORALES** | |
|---|---|---|---|---|---|
| Empresa: | Compensar | Empresa: | COLPENSIONES | Empresa: | ARL SURA |
| | | | | Nivel Riesgo: | 3 |
| Suma cancelada: | $313,000 | Suma cancelada: | $ 400,700 | Suma cancelada: | $61,000 |
| No Planilla: | 77777419 | No Planilla: | 77777419 | No Planilla: | 77777419 |
| 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:**<br>**LUZ YANETH ALAPE LANCHEROS** |
| | **FIRMA**<br> |
| | **No. DOCUMENTO DE IDENTIDAD:**<br>**52.324.790** |

## 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 delcumplimiento 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 83.0 % 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 matrizde 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 profesionales que así lo establecen* | | *x* | *NO APLICA* |

| | |
|---|---|
| **SUPERVISOR** | **NOMBRE Y APELLIDO: Dra. DORA DUARTE PRADA.**<br>SUBDIRECTORA INSPECCIÓN, VIGILANCIA Y 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** | **NOMBRE Y APELLIDO: JAVIER NIÑO CARRILLO**<br>Profesional especializado Subdirección Inspección y Control de Servicios de Salud<br>Firmado digitalmente por JAVIER NIÑO CARRILLO<br>Fecha: 2024.06.26 07:37:02 -05'00' |
| | **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*

compensar | miplanilla.com

# PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES



| DATOS DEL APORTANTE | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| TIPO | NÚMERO | NOMBRE APORTANTE | | DIRECCIÓN | TELÉFONO | CORREO |
| CC | 52324790 | LUZ YANETH ALAPE LANCHEROS | | CALLE 16 j # 112 a - 19 | 0000000 | yalape21@gmail.com |
| FORMA PRESENTACIÓN | CLASE APORTANTE | NOMBRE SUCURSAL | CÓDIGO | DEPARTAMENTO | CIUDAD / MUNICIPIO | |
| ÚNICA | I – Independiente | | | BOGOTÁ D. C. | BOGOTÁ, D.C. | |

| EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD |
|---|
| 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 |
| 2024-05 | 2024-05 | I | 11/06/2024 | 77777419 | | $789.800 |

## 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 | 313.000 | 0 | | 0 | | 0 | 0 | 0 | 0 | 313.000 | 1 |

**TOTALES PENSIÓN**

| Código AFP | Nombre | NIT | Cotización Obligatoria | Aporte Voluntario Afiliado | Aporte Voluntario Aportante | Aporte FSP - Solidaridad | Aporte FSP - Subsistencia | Días Mora | Valor Mora Cotización | Valor Mora FSP | Total a Pagar | No. Afiliados |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 25-14 | Colpensiones | 900336004-7 | 400.700 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | | 400.700 | 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 | 61.000 | | | | 61.000 | 0 | 0 | 61.000 | | | 610 | 61.000 | 1 |

**TOTALES CAJAS**

| Código CCF | Nombre | NIT | Valor Aporte | Días Mora | Valor Mora Aporte | Total a Pagar | No. Afiliados |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CCF24 | Compensar Caja | 860066942-7 | 15.100 | 0 | 0 | 15.100 | 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 | 313.000 | 313.000 |
| Pensión | 1 | 400.700 | 400.700 |
| Riesgos Laborales | 1 | 61.000 | 61.000 |
| CCF | 1 | 15.100 | 15.100 |
| ESAP | 0 | 0 | 0 |
| ICBF | 0 | 0 | 0 |
| MEN | 0 | 0 | 0 |
| SENA | 0 | 0 | 0 |
| TOTALES | 4 | 789.800 | 789.800 |

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 | 52324790 | LUZ YANETH ALAPE LANCHEROS | | CALLE 16 j # 112 a - 19 | 0000000 | yalape21@gmail.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. | SI |

| 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 | |
| 2024-05 | 2024-05 | I | 11/06/2024 | 77777419 | $789.800 | |

## 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. x exter. | Exonerado | 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 | ARL Cód. | 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 | 52324790 | ALAPE LANCHEROS LUZ YANETH | 59 | 0 | | | N | | | | | | | | | | | | | | | | | 25-14 | 2.504.000 | 400.700 | 0 | 0 | 0 | 0 | EPS008 | 2.504.000 | 313.000 | 14-11 | 2.504.000 | 3 | 61.000 | CCF24 | 2.504.000 | 15.100 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |

PAGADA

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

Medellín, 25 de junio de 2024

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

## CERTIFICA:

Que LUZ YANETH ALAPE LANCHEROS identificado(a) con cédula de ciudadanía 52324790 registra en nuestra base de datos como trabajador(a) independiente.

A continuación se relacionan los datos de la afiliación:

**Fecha inicio cobertura:** 27/03/2024 **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:
C523247902417774797

Atentamente,

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Dirección IP: 181.56.210.96, 198.143.41.26, 172.16.42.57

## 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: 25/06/2024 8.46 PM

# FONDO FINANCIERO DISTRITAL DE SALUD

BOGOTÁ | SECRETARÍA DE SALUD

Vig Ppto: 2024

## ORDEN DE PAGO

No: 405582

Usuario Dilig: AMPRADA
Fecha de Impresión: 25/06/2024
Estado: GIRADA

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

**1. DATOS DEL BENEFICIARIO**

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| Nombre: | LUZ YANETH ALAPE LANCHEROS | Regimen: | No Responsable | | |
| Dirección: | CALLE 17 # 13 - 48 ESTE TO 16 APTO 503 | Teléfono y Fax: | | | |
| C.C o NIT: | 52324790 | Banco/Sucursal: | DAVIVIENDA | Cuenta No/Clase: | 004570183238/A |

**2. DATOS DEL COMPROMISO**

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| Compromiso a Pagar: | CONTRATACION DIRECTA | No: | 6111958 | Interventor o responsable del recibo a satisfacción del bien o servicio: | TOTAL |
| Acta de Recibo No: | | Nombre del Interventor: | | | |

**Detalle**

CTO-NO6111958-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) |
|---|---|---|---|---|
| 1513 | O2-3-01-16-005-56-77910000-511750051 | 1862 | 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 |
| ESTAMPILLA - EST_PROCULTURA 0,5% | .5 | $6.260.000,00 | 2-4-36-90-0003 | $31.300,00 |
| RETEICA- SERVICIOS 0,766% | .766 | $5.485.300,00 | 2-4-36-27-0001 | $42.017,00 |
| ESTAMPILLA ADULTO MAYOR 2% | 2 | $6.260.000,00 | 2-4-36-90-0007 | $125.200,00 |

Valor amortización:

TOTAL DESCUENTOS: $198.517,00

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

VALOR NETO A GIRAR: SEIS MILLONES SESENTA Y UN MIL CUATROCIENTOS OCHENTA Y TRES PESOS — $6.061.483,00

Codigo 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