DESPACHO – SUBDIRECCIÓN – DIRECCIÓN U OFICINA: SUBDIRECCION VIGILANCIA EN SALUD PUBLICA	**CONTRATO No.** 6152520	**PERIODO DEL CONTRATO:** Fecha de Inicio: 04/04/2024 Fecha de Terminación: 31/07/2024
ENTIDAD CONTRATANTE: **Fondo Financiero Distrital de Salud**		**PLAZO DE EJECUCIÓN:** ciento diecisiete (117) días **PRÓRROGA:**
CONTRATISTA: CLAUDIA PATRICIA BELTRÁN BELTRÁN		Fecha de Inicio (Prórroga): Fecha de Terminación (Prórroga): **SUSPENSIÓN:**
SUPERVISOR (Nombre y cargo): **DIANA MARCELA WALTEROS ACERO** **Subdirector Técnico Código 68 Grado 06**		Fecha de Inicio (Suspensión): Nueva Fecha de Terminación (Suspensión): **PERIODO DEL INFORME:** 01/07/2024 - 31/07/2024
OBJETO DEL CONTRATO: Prestar servicios profesionales especializados para la orientación al equipo y el seguimiento técnico, administrativo y operativo de la vigilancia epidemiológica de eventos transmisibles de interés en salud pública en la Subsecretaría de Salud Pública.		

BALANCE FINANCIERO DEL CONTRATO	
VALOR INICIAL DEL CONTRATO:	$ 42.689.086,00
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)	$ 8.479.339,00
VALOR PAGADO AL CONTRATISTA O CESIONARIO (SI APLICA):	$ 25.438.017,00
VALOR A PAGAR EN EL PRESENTE PERIODO DEL INFORME:	$ 8.771.730,00
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 seguimiento técnico, administrativo y operativo del componente de Transmisibles de la Subdirección de vigilancia en Salud Pública y de los Eventos de Interés en Salud Pública Internacional cuando se requiera.	1.1 Realicé consolidación matriz productos ajustados transmisibles nueva vigencias desde 16 de septiembre 1.2 Realicé realimentación plan de acción propuesto subredes periodo junio julio transmisibles	1.1. Matriz de consolidación productos 1.2 matriz de realimentación

	1.3 Realicé realimentación informe trimestral Convenio PSPIC transmisibles marzo-mayo 2024	1.3 matriz de realimentación
	1.4 Realicé realimentación informe final Convenio PSPIC transmisibles 27 marzo 2023-mayo 2024	1.4 matriz de realimentación
	1.5 Realicé aportes a propuesta de procedimiento VSP	1.5. procedimientos propuesto
	1.6 Revisé boletines SE 22 a la 25 EDA IRA	1.6. soporte correo envío boletines semanal
	1.7 Realicé ajustes y propuestas obligaciones contractuales equipo de transmisibles	1.7 Matriz de ajustes obligaciones contractuales
	1.8 Realicé entrevistas a candidatas contrato profesional especializado transmisibles	1.8 Examen aplicado y convocatoria
	1.9 Apoye y participe en organización mesa técnica Sivigila Transmisibles mes de julio 2024.	1.9 Ruta de repositorio de la información
	1.10 consolidé Matriz ajustes a indicadores de gestión I trim	1.10 Matriz ajustes a indicadores de gestión I trim
	1.11 Realicé diapositiva Transmisibles VSP MAS Bienestar	1.11 Diapositiva Transmisibles VSP MAS Bienestar
	1.12 Consolidación presentación comportamiento eventos transmisibles a SE 26	1.12 Presentación consolidada a SE 26
	1.13 validación indicadores GESI mes de junio	1.13 Soporte de validación indicadores GESI
	1.14 validación monitoreo de tableros de control UPGD eventos transmisibles	1.14.1 soportes de realimentación correo electrónico subredes tableros 1.14.2 Acta de reunión con referentes revisión tableros de control 22 07 2024
	1.15 Realicé realimentación seguimiento plan de acción junio 2024 transmisibles e informe indicadores GESI	1.15. Matriz de realimentación plan de acción e indicadores GESI
	1.16 Lidere y realice reuniones de equipo transmisibles y de lideres subredes 29-07-2024	1.16 Actas y asistencia reuniones 29-07-2024

	1.17 Realicé consolidación de matriz de propuestas subredes y revisión con SDS referentes nuevo pic a partir de septiembre 16 1.18 Realice revisión, ajustes y consolidación Informe I semestre INS eventos transmisibles	1.18 Matriz consolidada de propuestas. 1.18 Correo envío informes I semestre Subdirección VSP *Area dueña del dato: Subdirección Vigilancia en Salud Pública*
2. Apoyar la revisión de los informes parciales y finales en cuanto al cumplimiento de las obligaciones contractuales, y soportes anexos del personal que le sean asignado.	2.1 Revisé informes del mes de junio contratistas transmisibles	2.1 Soporte de revisión informes mes de julio.
3. Elaborar presentaciones, informes, boletines y un documento trimestral para la divulgación de la información sobre la vigilancia en salud pública de acuerdo con los requerimientos distritales y nacionales el cual deberá estar articulado con los diferentes componentes del subsistema.	3.1 Envié casos gestantes y tratamiento contactos para seguimiento subredes SE 26 y consolidación de resultados 3.2. Realicé presentación comportamiento evento sífilis a SE 26 3.3 Realicé boletines comportamiento semanal SE 25, 26, 27, 28 y 29 3.4 Realicé aporte solicitud información de indicadores sífilis para articulo El Tiempo 3.5 Realicé información de indicadores I semestre sífilis gestacional y congénita para Saludata 3.6 Realice actualización indicador TMI VIH indicadores acuerdo Ciudad I semestre 3.7 Revisé y ajuste proyección comunicado tosferina	3.1.1 Soporte de correo electrónico enviado 3.1.2 Ruta de repositorio consolidación de la información tto gestantes 3.2 Presentación evento a SE 26 3.3 Boletines epidemiológicos 3.4 Documento aportado 3.5 Matriz de indicadores sífilis gestacional y congénita I semestre 3.6 matriz diligenciada con indicador 3.7 Proyección de comunicado *Area dueña del dato: Subdirección Vigilancia en Salud Pública*
4. Realizar el seguimiento, análisis y consolidación de los procesos de recepción, revisión, depuración y	4.1 Depure y envíe realimentación Subredes ajustes eventos 740, 750 SE 25 a 29 2024	4.1.1 soporte correo envío realimentación Subredes ajustes eventos 740, 750 SE 25 a la 29 2024

retroalimentación de las bases de datos de los eventos a cargo, validando las diferentes fuentes de información disponibles de la estrategia de transmisión materno infantil sífilis, VIH y chagas..	4.2. Realicé cruce evento sífilis congénita y gestacional base EAC mes de junio 4.3 Lideré dos unidades de análisis sífilis congénita 4.4 Realimentación revisión casos sifilis gestacional y congénita subredes Centro Oriente, Norte y Sur Occidente 4.5 Envíe soportes de ajustes 6-D eventos sifilis gestacional y congénita a INS a SE 29	4.1.2 Ruta de repositorio consolidación bases de datos y solicitud de ajustes 740, 750 SE 25 a la 27 2024 4.2.1 Soporte de correo electrónico envío 4.2.2 Ruta repositorio bases cruzadas 4.3.1 Soporte de asistencia 4.3.2 Ruta repositorio unidades de análisis 4.4.1 soportes de respuestas correo realimentación 4.4.2 Ruta repositorio monitoreo unidades de análisis institucionales 4.5.1 Soporte correo electrónico envío soportes 4.5.2 Ruta repositorio de sopores ajustes 6-D *Area dueña del dato: Subdirección Vigilancia en Salud Pública*
5. Realizar mínimo dos veces al mes, asistencia técnica o acompañamientos en campo a las subredes e instituciones que lo requieran, relacionadas con el seguimiento de los lineamientos de la gestión de la salud pública y el plan de intervenciones colectivas.	5.1 Realice asistencia técnica taller eventos transmisibles Subred Norte y Centro Oriente 17-07-2024 5.2 Realice asistencia técnica taller eventos transmisibles Subred Sur y Sur Occidente 10-07-2024 5.3 Realicé asistencia técnica Clínica CAS Cafam Kennedy evento sífilis gestacional 5.4 Realicé en conjunto con laboratorio asistencia técnica Colcan evento 750	5.1 Acta y listado de asistencia técnica 17-07-2024 5.2 Soporte acta y asistencia AT 10-07-2024. 5.3 Soporte acta y asistencia AT 16-07-2024. 5.4 Acta y asistencia AT 12-07-2024
6. Participar en la respuesta a urgencias y emergencias en salud pública, así como asistir a las reuniones, espacios de participación (institucionales, sectoriales, intersectoriales o comunitarias) o actividades misionales de carácter especial de la Subsecretaría	6.1 Participé en reunión revisión calidad tablero de problemas INS 02-07-2024 6.2 Participé en COVE Distrital SSR SMI 03-07-2024 6.3 Participé en reunión socialización asistencias técnicas red pública 09-07-2024.	6.1 Acta y asistencia reunión INS 6.2 Acta de reunión y asistencia 03-07-2024 6.3 soporte asistencia COVE 03-07-2024.

relacionados con el cumplimiento del objeto y obligaciones contractuales, en el marco del modelo de salud territorial "Salud a mi barrio, salud a mi vereda".	6.4 Participé en socialización hallazgos transmisibles abril mayo 6.5 Participé en reunión mesa de trabajo lineamientos transmisibles a partir de 16 de septiembre 6.6. Participé en reunión planeación talleres IEC con UYE 03-07-2024 6.7 Participé en reunión Soporte asistencia revisión plan de contingencia eventos de interés salud publica 10-07-2024 6.8 Participé asistencia reunión estudio prevalencia ITS 03072024 6.9 Participé en reunión mesa interdependencias materno perinatal 02-07-2024 6.10 Participé en asistencia técnica UPGD evento fiebre tifoidea 23-07-2024 6.11 Participé comité EEVV 25-07-2024 6.12 Participé en reunión conmemoración mes de la Hepatitis 26-07-2024	6.4 Acta y asistencia reunión 09-07-2024 6.5 soporte asistencia reunión 16-07-2024 acta reposa en Subdirección Vigilancia en Salud Pública 6.6 soporte de asistencia a reunión 6.7 soporte asistencia reunión 10-07-2024 6.8 soporte asistencia reunión estudio prevalencia ITS 03072024 6.9 Acta y asistencia mesa interdependencias materno perinatal 02-07-2024 6.10 Soporte de asistencia técnica 23-07-2024 6.11 soporte asistencia comité EEVV 25-07-2024 6.12 soporte asistencia reunión 26-07-2024
7. Realizar los aportes y gestiones necesarias para la respuesta oportuna y de calidad a solicitudes internas o externas, peticiones ciudadanas, de entes de control o informes periódicos, dando cumplimiento al marco normativo, técnico y al modelo de salud territorial "Salud a mi barrio, salud a mi vereda". Así como aportar al Modelo Integrado de Planeación y Gestión (MIPG) que incluye el reporte a proyectos de inversión del Plan de Desarrollo de Bogotá D.C. (SEGPLAN), del Plan Operativo de Gestión y	7.1 Realicé reporte segplan sífilis mes de junio 7.2 Realicé revisión y ajustes respuesta Requerimiento del SDQS_2024ER120597 7.3 Realicé revisión y ajustes hallazgo investigación epidemiológica de campo evento 800 Tos ferina 7.4 Realicé reporte POGD II trimestre transmisibles 7.5 Realicé revisión y ajustes derecho de petición 3122662024 7.6 Realicé revisión y ajustes respuesta Requerimientos del SDQS_2798562024_EDA	7.1.1 envio soporte de sífilis segplan mes de mayo 7.1.2 reporte sífilis mes de mayo 7.2. proyección respuesta Requerimiento del SDQS_2024ER120597 7.3.proyección respuesta hallazgo investigación epidemiológica de campo evento 800 Tos ferina 7.4 matriz de reporte POGD 7.5 proyección respuesta derecho de petición 3122662024 7.6 proyección respuesta Requerimientos del SDQS_2798562024_EDA

Desempeño (POGD) y la gestión documental.	7.7 solicitud claridad para envío de soportes BAI de tosferina 7.8 realice proyección consolidación y ajustes respuesta transmisibles_RAD 2024-ER-24259 7.9 realicé proyección de respuesta requerimiento del SDQS_3299902024_Herpes 7.10 realicé validación segplan transmisibles junio 7.11 Realicé reporte segplan distrital transmisibles mes de junio 7.12 Realicé aportes a proyección metas y ficha indicadores meta transmisibles nuevo PTS proyecto 8141	7.7 proyección de respuesta solicitud claridad para envío de soportes BAI de tosferina 7.9 proyección de respuesta requerimiento del SDQS_3299902024_Herpes 7.10 descarga de validación segplan en aplicativo 7.11 Matriz de segplan distrital mes de junio 7.12 Matrices con información entregada

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: sin pendientes

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:	Famisanar	Empresa:	Colfondos	Empresa:	Sura
				Nivel Riesgo:	1
Suma cancelada:	438.700	Suma cancelada:	561.500	Suma cancelada:	18.400
No Planilla:	1064903840	No Planilla:	1064903840	No Planilla:	1064903840
Mes(es) cancelado(s):	Junio	Mes(es) cancelado(s):	Junio	Mes(es) cancelado(s):	Junio

EN CASO DE INFORME FINAL DE EJECUCIÓN

Relación de usuario y clave de acceso al equipo de cómputo:	Usuario: cpbeltran Contraseña: OmitaryVale2024*	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:	AGilsalud Usuario: cpbeltran Contraseña: OmitaryVale2024*	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):	La información reposa en el computador asignado D/bodega/Claudia Patricia Beltran Beltran

FIRMA DEL CONTRATISTA	
CONTRATISTA	**NOMBRES Y APELLIDOS: CLAUDIA PATRICIA BELTRÁN BELTRÁN**
	FIRMA: Firmado digitalmente por Claudia Patricia Beltrán Beltrán Fecha: 2024.07.30 23:34:12 -05'00'
	No. DOCUMENTO DE IDENTIDAD: 52834316

INFORME SUPERVISOR DE CONTRATO – CERTIFICADO DE CUMPLIMIENTO	
Que, de conformidad con el informe de actividades presentado para el periodo indicado en el mismo, el supervisor da cuenta del cumplimiento de las actividades específicas, obligaciones del contratista desarrolladas de acuerdo con el objeto contractual, las cuales fueron descritas en el informe, y según el periodo de ejecución reportado. Acreditando un cumplimiento hasta la fecha de reporte del __*100*__% de ejecución del contrato. "Certifico que el contratista realizó la entrega de actividades y bienes a cargo incluyendo la devolución del carné que lo identifica como contratista de la entidad."	**OTRAS OBSERVACIONES:** 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***	
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*	

SUPERVISOR	**NOMBRE Y APELLIDO:** **DIANA MARCELA WALTEROS ACERO** **Subdirector Técnico Código 68 Grado 06**
	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:** NO APLICA
	FIRMA: NO APLICA

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 2024-07-17, 07:14:54 p. m. **Tipo Planilla** I **Número Planilla** 1064903840

Periodo Cotización 202406 **Periodo Servicio** 202406

PAGADA 2024-07-05 15:16:44.0

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	CLAUDIA PATRICIA BELTRAN BELTRAN				
Documento	CC 52834316	**Dirección**	CRA 69D 1 45 SUR APT 1001 TORRE 1		
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	**Teléfono**	3167873305		
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 52834316		**Residente**		**Exonerado**	N	**Apellidos y Nombres**	**Código Ciudad - Departamento**	**Centro de Trabajo**	**Ubicación Laboral**
Tipo Cotizante	59	00					BELTRAN BELTRAN CLAUDIA 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				231001		16 %	$ 3.509.000	$ 561.500	$ 0	$ 0	EPS017		12,5 %	$ 3.509.000	$ 438.700	$ 0	14-11	1	0,522 %	$ 3.509.000	$ 18.400	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	FAMISANAR EPS	ARL SURA	NINGUNA CCF	SENA	ICBF	ESAP	MEN	
$ 561.500	$ 0	$ 0	$ 438.700	$ 18.400	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 1.018.600

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!

PAGOSIMPLE | REPORTE INDIVIDUAL

Fecha creación reporte 2024-08-08, 09:27:19 p. m. **Tipo Planilla** I **Número Planilla** 1065733786

Periodo Cotización 202407 **Periodo Servicio** 202407

PAGADA 2024-08-08 10:28:54.0

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	CLAUDIA PATRICIA BELTRAN BELTRAN				
Documento	CC 52834316	**Dirección**	CRA 69D 1 45 SUR APT 1001 TORRE 1		
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	**Teléfono**	3167873305		
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 52834316		**Residente**		**Exonerado**	N	**Apellidos y Nombres**	**Código Ciudad - Departamento**	**Centro de Trabajo**	**Ubicación Laboral**
Tipo Cotizante	59	00					BELTRAN BELTRAN CLAUDIA 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				$ 3.509.000	231001		16 %	$ 3.509.000	$ 561.500	$ 0	$ 0	EPS017		12,5 %	$ 3.509.000	$ 438.700	$ 0	14-11	1	0,522 %	$ 3.509.000	$ 18.400	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	FAMISANAR EPS	ARL SURA	NINGUNA CCF	SENA	ICBF	ESAP	MEN	
$ 561.500	$ 0	$ 0	$ 438.700	$ 18.400	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 1.018.600

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!

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD	PLANEACIÓN Y GESTIÓN SECTORIAL GESTIÓN DEL CONOCIMIENTO E INNOVACIÓN SISTEMA DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL			
	CERTIFICACION DE PAZ Y SALVO BIBLIOTECA			
	Código:	SDS-GCI-FT-017	Versión:	3
Elaborado por: Carolina Rodríguez - Martha García / Revisado por: Solangel García Ruiz / Aprobado por: Cristina de los Ángeles Losada Forero				

EL SUSCRITO PROFESIONAL ESPECIALIZADO DE LA DIRECCION DE PLANEACION SECTORIAL - BIBLIOTECA

CERTIFICA

Que revisados los registros que aparecen en el Sistema Bibliográfico de la Biblioteca de la Secretaría Distrital de Salud, se constató que a la fecha el (la) señor(a) **Claudia Patricia Beltrán Beltrán,** identificado(a) con la cédula de ciudadanía **No. 52834316,** no tiene material bibliográfico en préstamo.

Se expide la presente certificación a petición del (la) interesado(a) en Bogotá D.C al 29 Julio de 2024.

Firma: Carolina Rodriguez Silva

Nombre: Carolina Rodríguez Silva

Profesional Especializado – BIBLIOTECA

Verificación realizada en el Sistema por: Carolina Rodríguez Silva	Firma: Carolina Rodriguez Silva Firmado digitalmente por Carolina Rodriguez Silva

Medellín, 17 de julio de 2024

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

CERTIFICA:

Que CLAUDIA PATRICIA BELTRAN BELTRAN identificado(a) con cédula de ciudadanía 52834316 registra en nuestra base de datos como trabajador(a) independiente.

A continuación se relacionan los datos de la afiliación:

Fecha inicio cobertura: 04/04/2024 **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: 0000000014 - PROGRAMAS DE SALUD EN LA COMUNIDAD R1

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

ACTIVIDAD ECONÓMICA CENTRO DE TRABAJO:
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

INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA

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

CODIGO DE ACTIVIDAD: 1841301

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

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

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: C528343162419969435

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: 17/07/2024 7.17 PM

FONDO FINANCIERO DISTRITAL DE SALUD

BOGOTÁ | SECRETARÍA DE SALUD

Vig Ppto: 2024

ORDEN DE PAGO

No: 410093

Usuario Dilig: AMPRADA
Fecha de Impresión: 22/07/2024
Estado: GIRADA

Entidad:	FONDO FINANCIERO DISTRITAL DE SALUD				
Código:	201	Unidad Eje:	01	Fecha Diligenciamiento:	03-JUL-24

1. DATOS DEL BENEFICIARIO

Nombre:	CLAUDIA PATRICIA BELTRAN BELTRAN	Regimen:	No Responsable		
Dirección:	KR 69D 1 45 SUR IN 1 AP 1001	Teléfono y Fax:	4788414		
C.C o NIT:	52834316	Banco/Sucursal:	BANCOLOMBIA	Cuenta No/Clase:	20726020656/A

2. DATOS DEL COMPROMISO

Compromiso a Pagar:	CT - CONTRATOS (CON / SIN LICITACIÓN	No:	6152520	Interventor o responsable del recibo a satisfacción del bien o servicio:	TOTAL
Acta de Recibo No:		Nombre del Interventor:			

Detalle

CTO-NO6152520-PLANILLA SP_VIGENCIA JUNIO 2024-PERIODO DE:01-jun 30-jun-2024

Tipo de Orden de Pago:	VIGENCIA

3. MOVIMIENTO PRESUPUESTAL

Fuente de financiación:

ID Rubro	Fuente	Detalle	Valor	
O2-3-01-16-001-09-78280000-671020051	01	12013	$8.771.730,00	
Tipo	Com	Objeto	Ingreso	Banco
O23	20202009	91122	O1-5-01-01-001	

IMPUTACIÓN PRESUPUESTAL

CDP	Código Rubro	Registro	Nombre	Valor Aplicación (Gasto)
2131	O2-3-01-16-001-09-78280000-671020051	2064	Contratacion del Recurso Humano	$8.771.730,00

VR BRUTO	OCHO MILLONES SETECIENTOS SETENTA Y UN MIL SETECIENTOS TREINTA PESOS	$8.771.730,00

4. MOVIMIENTO FINANCIERO Y CONTABLE

Descripción	% Descuento	Base de Retención	Código Contable	VALORES
Valor Bruto			5-1-11-79-0001	$8.771.730,00
ESTAMPILLA - EST_PROCULTURA 0,5%	.5	$8.771.730,00	2-4-36-90-0003	$43.859,00
RETEICA- SERVICIOS 0,766%	.766	$7.686.230,00	2-4-36-27-0001	$58.877,00
RETEFUENTE-L.1607/12-ART 383 - PERS.NATURAL (PLA)	0	$5.106.793,00	2-4-36-15-0001	$120.767,00
ESTAMPILLA ADULTO MAYOR 2%	2	$8.771.730,00	2-4-36-90-0007	$175.435,00

Valor amortización:

Id fuente	Detalle
01	Recursos Del Distrito
12013	APORTE ORDINARIO

TOTAL DESCUENTOS		$398.938,00
VALOR NETO A GIRAR	OCHO MILLONES TRESCIENTOS SETENTA Y DOS MIL SETECIENTOS NOVENTA Y DOS PESOS	$8.372.792,00
		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

YOLANDA PATRICIA VALDERRAMA CORTES
Responsable del Presupuesto

Consulta Pagos