

	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	

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

DESPACHO – SUBDIRECCIÓN – DIRECCIÓN U OFICINA: SUBDIRECCIÓN CENTRO REGULADOR DE URGENCIAS Y EMERGENCIAS	CONTRATO No. 6136093	PERIODO DEL CONTRATO:
		Fecha de Inicio: 03/04/2024
		Fecha de Terminación: 31/07/2024
ENTIDAD CONTRATANTE: FONDO FINANCIERO DISTRITAL DE SALUD		PLAZO DE EJECUCIÓN: Tres (3) meses y veintiocho (28) días
		PRÓRROGA: N/A
CONTRATISTA: YADY PALOMO ROMERO		Fecha de Inicio (Prórroga): N/A
		Fecha de Terminación (Prórroga): N/A
		SUSPENSIÓN: N/A
SUPERVISOR (Nombre y cargo): DIANA CONSTANZA RODRÍGUEZ POSSO (1 al 28 de julio del 2024) ANGELICA MARIA ZAMBRANO SAENZ (29 al 31 de julio del 2024) SUBDIRECCIÓN CENTRO REGULADOR DE URGENCIAS Y EMERGENCIAS – SUBDIRECTOR TÉCNICO CÓDIGO 068 GRADO 6 (E)		Fecha de Inicio (Suspensión): N/A
		Nueva Fecha de Terminación (Suspensión): N/A
		PERIODO DEL INFORME: 01/07/2024 – 31/07/2024
OBJETO DEL CONTRATO: Prestar servicios como Técnico Auxiliar de Enfermería, Técnico o Tecnólogo de Atención Prehospitalaria en la Subdirección Centro Regulador de Urgencias y Emergencias, para la gestión de los eventos en salud transferidos desde la línea de Emergencias 123 o a través de otros medios de información, para apoyar los procesos definidos en los componentes 1, 2, 3 y 4 del Sistema de Emergencias Médicas SEM.		

BALANCE FINANCIERO DEL CONTRATO	
VALOR INICIAL DEL CONTRATO:	\$ 17.158.995
VALOR ADICIÓN (SI APLICA):	\$ 0
VALOR INDEXACIÓN (SI APLICA):	\$ 0
VALOR CEDIDO (SI APLICA)	\$ 0
VALOR A LIBERAR (SI APLICA)	\$ 3.660.586
VALOR PAGADO AL CONTRATISTA O CESIONARIO (SI APLICA):	\$ 8.195.061
VALOR A PAGAR EN EL PRESENTE PERIODO DEL INFORME:	\$ 3.150.504
SALDO POR EJECUTAR:	\$ 2.152.844

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 la gestión integral de los incidentes que ingresen al Centro Operativo a través de la línea 123 o a través de otros canales de comunicación, aplicando lo definido en el Procedimiento de Regulación de la Urgencia Médica y demás documentos establecidos para el perfil.	Realizar la gestión durante el periodo de julio de 2024 con un total de 806 + 595 = 1401 registros en el sistema Premier One con el ID MYPALOMOROME de los incidentes que ingresan al Centro Operativo del CRUE, de acuerdo con lo definido en el procedimiento de Regulación de la Urgencia Médica para el perfil.	Se adjunta evidencia en Archivo PDF: - Certificación incidentes 1 - Certificación incidentes 2

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

2. Apoyar la gestión de los procesos de Referencia y contra- referencia que ingresen al Centro Operativo y el seguimiento al comportamiento de los servicios de urgencias de la red pública y privada en el marco del Sistema de Emergencias Médicas y Decreto 507 del 2013.	Durante el periodo del informe no fueron requeridas por la Subdirección la realización de otras actividades	Durante el periodo del informe no fueron requeridas por la Subdirección la realización de otras actividades
3. Apoyar las acciones que permitan la respuesta ante situaciones de urgencias, emergencias y desastres, según los definidos en el procedimiento de regulación de la urgencias médicas y documentos relacionados según sus competencias.	Se apoyaron las acciones de respuestas de emergencias de los incidentes que fueron transferidos al CRUE a través de la línea en el rol de recepción de llamadas, despacho, referencia y contra referencia	Se adjunta evidencia de asistencia en archivo PDF: - Certificación horas 1 - Certificación horas 2
4. Participar en las diferentes orientaciones y reuniones, que sean convocadas por la Dirección Urgencias y Emergencias en Salud y la Subdirección Centro Regulador de Urgencias y Emergencias en Salud.	Durante el periodo de julio de 2024 se convocaron a reuniones o capacitaciones por parte de la Subdirección de urgencias y emergencias en salud	No se adjuntan evidencias de asistencia, porque no pude asistir a ninguna reunión
5. Apoyar los procesos administrativos que den soporte a la gestión del procedimiento de Regulación de la Urgencia Médica de la Subdirección Centro Regulador de Urgencias.	Durante el periodo del informe no fueron requeridas por la Subdirección la realización de otras actividades	Durante el periodo del informe no fueron requeridas por la Subdirección la realización de otras actividades
6. Apoyar en las demás actividades que requiera el Supervisor en ocasión al objeto del contrato.	Durante el periodo del informe no fueron requeridas por la Subdirección la realización de otras actividades	Durante el periodo del informe no fueron requeridas por la Subdirección la realización de otras actividades

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:

N/A

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.

INFORMACIÓN PAGOS SEGURIDAD SOCIAL

APORTES EN SALUD		APORTES EN PENSIÓN		APORTES RIESGOS LABORALES	
Empresa:	Famisanar	Empresa:	Colpensiones	Empresa:	ARL SURA
				Nivel Riesgo:	3
Suma cancelada:	\$ 172.700	Suma cancelada:	\$ 219.700	Suma cancelada:	\$ 33.700
No Planilla:	77883156	No Planilla:	77883156	No Planilla:	77883156
Mes(es) cancelado(s):	Junio 2024	Mes(es) cancelado(s):	Junio 2024	Mes(es) cancelado(s):	Junio 2024
Empresa:	Famisanar	Empresa:	Colpensiones	Empresa:	ARL SURA
				Nivel Riesgo:	3
Suma cancelada:	\$ 171.700	Suma cancelada:	\$ 219.700	Suma cancelada:	\$ 33.500
No Planilla:	78718490	No Planilla:	78718490	No Planilla:	78718490
Mes(es) cancelado(s):	Julio 2024	Mes(es) cancelado(s):	Julio 2024	Mes(es) cancelado(s):	Julio 2024

	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	

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

EN CASO DE INFORME FINAL DE EJECUCIÓN					
Relación de usuario y clave de acceso al equipo de cómputo:	N/A	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:	PREMIER ONE Usuario MYPALOMOROME Clave Paloma1*** SIDCRUE Usuario Ypromero Clave 1011	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):	N/A
FIRMA DEL CONTRATISTA					
CONTRATISTA	NOMBRES Y APELLIDOS:				
	YADY PALOMO ROMERO				
	FIRMA:				
	No. DOCUMENTO DE IDENTIDAD:				
	CC 52.534.509				

INFORME SUPERVISOR DE CONTRATO – CERTIFICADO DE CUMPLIMIENTO	
<p>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 100,00% de ejecución del contrato.</p> <p>Certificó que el contratista realizó la entrega de actividades y bienes a cargo incluyendo la devolución del carne que lo identifica como contratista de la entidad.</p>	OTRAS OBSERVACIONES: N/A

INFORME SUPERVISOR DE CONTRATO – SEGUIMIENTO A LOS RIESGOS DEL CONTRATO				
<p>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:</p>				
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	N/A
2	Inadecuado manejo de la información a la cual tiene acceso el contratista		X	N/A
3	Suspensión o cancelación de la tarjeta o matrícula profesional, para aquellas profesiones que así lo establecen		X	N/A

	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	

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

SUPERVISOR	NOMBRE Y APELLIDO: ANGÉLICA MARIA ZAMBRANO SAENZ
	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: NEIL ANDREW BAIN FARACICA
	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.

DATOS DEL APORTANTE							EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	
CC	52534509	YADY PALOMO ROMERO		carrera 37 # 33 - 90	9057186	yadypaloma@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	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2024-06	2024-06	I	11/07/2024	77883156	\$455.000	

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					
EPS017	Famisanar EPS	830003564-7	171.700	0		0		0	7	1.000	0	172.700	1

TOTALES PENSIÓN				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
Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria									
25-14	Colpensiones	900336004-7	219.700	0	0	0	0	7	1.200	0	220.900	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	33.500				33.500	7	200	33.700			335	33.700	1

TOTALES CAJAS							
Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF22	Colsubsidio	860007336-1	27.500	7	200	27.700	1

TOTALES PARAFISCALES				
Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	7	0	0	0
ICBF				
0	7	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	171.700	172.700
Pensión	1	219.700	220.900
Riesgos Laborales	1	33.500	33.700
CCF	1	27.500	27.700
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	4	452.400	455.000

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	52534509	YADY PALOMO ROMERO		carrera 37 # 33 - 90	9057186	yadypaloma@hotmail.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
						NO

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD
					EMPLEADOS
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				UPC
2024-06	2024-06	I	11/07/2024	77883156	10
					TOTAL A PAGAR
					\$455.000

DETALLE POR COTIZANTE																																															
INFORMACIÓN COTIZANTE										INFORMACIÓN NOVEDADES							PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES			CCF			PARAFISCALES														
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subjeto	Exonerado	Clasificación	Exonerado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SILN	IDE	MA	MA	MA	MA	MA	MA	MA	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	52534509	PALOMO ROMERO YADY	59	0		N																			25-14	1.373.000	219.700	0	0	0	0	EPS017	1.373.000	171.700	14-11	1.373.000	3	33.500	CCF22	1.373.000	27.500	0	0	0	0	0

PAGADA

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DÍAMES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2024-07	2024-07	I	19/07/2024	78718490	\$452.400	

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					
EPS017	Famisanar EPS	830003564-7	171.700	0		0		0	0	0	0	171.700	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	219.700	0	0	0	0	0	0		219.700	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	33.500				33.500	0	0	33.500			335	33.500	1

TOTALES CAJAS							
Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF22	Colsubsidio	860007336-1	27.500	0	0	27.500	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	171.700	171.700
Pensión	1	219.700	219.700
Riesgos Laborales	1	33.500	33.500
CCF	1	27.500	27.500
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	4	452.400	452.400

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	52534509	YADY PALOMO ROMERO		carrera 37 # 33 - 90	9057186	yadypaloma@hotmail.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
						NO

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD
					EMPLEADOS
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				UPC
2024-07	2024-07	I	19/07/2024	78718490	10
					TOTAL A PAGAR
					\$452.400

DETALLE POR COTIZANTE																																														
INFORMACIÓN COTIZANTE									INFORMACIÓN NOVEDADES							PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES			CCF			PARAFISCALES														
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subjeto	Exonerado	Columna exterior	Exonerado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SILN	IOE	IVA	IVA	AVP	VCT	IRL	CONEXIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntari o 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	52534509	PALOMO ROMERO YADY	59	0			N																	25-14	1.373.000	219.700	0	0	0	0	EPS017	1.373.000	171.700	14-11	1.373.000	3	33.500	CCF22	1.373.000	27.500	0	0	0	0	0

PAGADA



Medellín, 10 de julio de 2024

LA DIRECCIÓN DE AFILIACIONES Y RECAUDOS HACE CONSTAR:

Que YADY PALOMO ROMERO con documento de identidad C52534509, se encuentra afiliado(a) a la Administradora de Riesgos Laborales SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A. como trabajador(a) de FONDO FINANCIERO DISTRITAL DE SALUD con NIT N800246953.

A continuación, se relacionan las fechas de afiliación:

Información general de la afiliación

Fecha inicio	Fecha fin	Tipo cotizante	Centro de trabajo	Código C.T	Clase de riesgo	Tasa cotización	Estado cobertura
2024-04-03	2024-07-31	INDEPENDIENTE CON CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS SUPERIOR A UN MES	CALL CENTER LINEAS R1	0000000015	1	0.522	EN COBERTURA

<div><div><div><div><div><div></div><div>BOGOTÁ</div></div><div><div>SECRETARÍA DE SALUD</div></div></div><div><div>FONDO FINANCIERO DISTRITAL DE SALUD</div><div>ORDEN DE PAGO</div></div></div><div><div>Vig Ppto: 2024</div><div>No: 408863</div><div>Usuario Dilig: AMPRADA</div><div>Fecha de Impresión: 18/07/2024</div><div>Estado: GIRADA</div></div></div></div>													
Entidad:		FONDO FINANCIERO DISTRITAL DE SALUD											
Código:		201		Unidad Eje:		01		Fecha Diligenciamiento:		03-JUL-24			
1. DATOS DEL BENEFICIARIO													
Nombre:		YADY PALOMO ROMERO			Regimen:		No Responsable						
Dirección:		DG 77 B 116 B 55 TO 6 APTO 102			Teléfono y Fax:		9029853						
C.C o NIT:		52534509			Banco/Sucursal:		BANCOLOMBIA		Cuenta No/Clase:		46755458147/A		
2. DATOS DEL COMPROMISO													
Compromiso a Pagar:		CONTRATACION DIRECTA			No:		6136093		Interventor o responsable del recibo a satisfacción del bien o servicio:		TOTAL		
Acta de Recibo No:					Nombre del Interventor:								
Detalle													
CTO-NO6136093-PLANILLA OGI_VIGENCIA-JUNIO 2024-PERIDO DE:01-jun 30-jun-2024													
Tipo de Orden de Pago:		VIGENCIA											
3. MOVIMIENTO PRESUPUESTAL													
Fuente de financiación:				IMPUTACIÓN PRESUPUESTAL									
				CDP		Código Rubro		Registro		Nombre		Valor Aplicación (Gasto)	
				2357		02-3-01-16-001-07-78350000-210830051		1965		Contratacion de Recurso Humano		\$2.925.468,00	
				VR BRUTO		DOS MILLONES NOVECIENTOS VEINTICINCO MIL CUATROCIENTOS SESENTA Y OCHO PESOS						\$2.925.468,00	
ID Rubro		Fuente		Detalle		Valor							
02-3-01-16-001-07-78350000-210830051		01		12013		\$2.925.468,00							
Tipo		Com		Objeto		Ingreso		Banco					
023		20202009		91122		01-5-01-01-001							
4. MOVIMIENTO FINANCIERO Y CONTABLE													
Descripción		% Descuento		Base de Retención		Código Contable		VALORES					
Valor Bruto						5-1-11-79-0001		\$2.925.468,00					
ESTAMPILLA - EST_PROCULTURA 0,5%		.5		\$2.925.468,00		2-4-36-90-0003		\$14.627,00					
RETEICA- SERVICIOS 0,966%		.966		\$2.563.268,00		2-4-36-27-0001		\$24.761,00					
ESTAMPILLA ADULTO MAYOR 2%		2		\$2.925.468,00		2-4-36-90-0007		\$58.509,00					
Valor amortización:						TOTAL DESCUENTOS		\$97.897,00					
Id fuente				Detalle		VALOR NETO A GIRAR		DOS MILLONES OCHOCIENTOS VEINTISIETE MIL QUINIENTOS SETENTA Y UN PESOS		\$2.827.571,00			
01				Recursos Del Distrito				Código contable		2-4-01-02-0003			
12013				APORTE ORDINARIO									
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							
													