	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				

DESPACHO – SUBDIRECCIÓN – DIRECCIÓN U OFICINA: DIRECCION DE PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD	**CONTRATO No.** 6151840	**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:** (118) días
		PRÓRROGA: No aplica
CONTRATISTA: **MARCELA VARGAS MARTINEZ**		Fecha de Inicio (Prórroga) No aplica
		Fecha de Terminación (Prórroga): No aplica
		SUSPENSIÓN: No aplica
SUPERVISOR (Nombre y cargo): **SANDRA PATRICIA CHARRY ROJAS Profesional Especializada, Código 222, Grado 30**		Fecha de Inicio (Suspensión): No aplica
		Nueva Fecha de Terminación (Suspensión): No aplica
		PERIODO DEL INFORME: 01/07/2024 – 31/07/2024
OBJETO DEL CONTRATO: Prestar servicios profesionales especializados en la Dirección de Provisión de Servicios de Salud, para orientar la implementación de las Rutas Integrales de Atención en Salud.		

BALANCE FINANCIERO DEL CONTRATO	
VALOR INICIAL DEL CONTRATO:	$ 31.447.835
VALOR ADICIÓN (SI APLICA):	$ 0
VALOR INDEXACIÓN (SI APLICA):	$ 0
VALOR CEDIDO (SI APLICA)	$ 0
VALOR A LIBERAR (SI APLICA)	$ 2.681.598
VALOR PAGADO AL CONTRATISTA O CESIONARIO (SI APLICA):	$ 21.452.787
VALOR A PAGAR EN EL PRESENTE PERIODO DEL INFORME:	$ 7.313.450
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. Participar en las acciones de orientación técnica, articulaciones y gestión para la implementación de la Ruta Integral de Atención en Salud asignada, en las Empresas Administradoras de Planes de	1.1 Realicé orientación técnica a las EAPB en la matriz de seguimiento de atenciones desde la resolución 459 de 2012 a las EAPB	**Anexo 1** 1.1.1. Acta orientación técnica – 3.06.2024

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

Beneficios (EAPB) y su red de prestadores, con énfasis en las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS) priorizadas, de manera coordinada y articulada con las Rutas integrales de atención en salud que aplique, redes integradas de servicios de salud, oferta-demanda y el modelo de atención en salud con enfoque diferencial y Atención Primaria en Salud, acorde a los lineamientos de la supervisión del contrato.	1.2 Realicé orientación en la implementación los kits de atención a víctimas de ataques por agente químico y presuntas violencias sexuales dirigida a Capital salud y los prestadores de servicios de salud. 1.3 Realicé seguimiento en la implementación de las RIAS AAT en la EAPB FAMISANAR 1.4 Realicé seguimiento en la implementación de las RIAS AAT en la EAPB NUEVA EPS 1.5 Realicé orientación técnica a las EAPB en la matriz de seguimiento de atenciones desde la resolución 459 de 2012 a Los prestadores de servicios de salud.	1.2.1 Acta orientación técnica – 10.07.2024 1.3.1 Acta orientación técnica – 15.07.2024 1.4.1 Acta orientación técnica – 22.07.2024 1.5.1 Acta 26.07.2024
2. Participar en el desarrollo, elaboración e implementación de actividades para dar cumplimiento al plan de acción en el marco de las Rutas Integrales de Atención en Salud (RIAS) asignada por la Dirección de Provisión de Servicios de Salud.	2.1. Realicé actualización y seguimiento a las actividades de la RIAS AAT junio, SEGPLAN 2.2 Realicé actualización y seguimiento a las actividades de la RIAS AAT julio 1-20, SEGPLAN 2.3 Realice actualización de tablero de monitoreo a de respuesta a violencias desde la resolución 459 que se encuentra en construcción.	**Anexo 2** 2.1.1. Matriz Excel y Word de SEGPLAN junio 2024 2.1.2. Soporte de envió 2.2.1. Matriz Excel y Word de SEGPLAN julio a corte 20 de 2024 2.2.1 Soporte de envió 2.3.1 Matriz Excel
3. Participar en las actividades para el fortalecimiento de competencias y trasformación del conocimiento del recurso humano, para el desarrollo de la Ruta Integral de Atención en Salud asignada, con base en los contenidos de las Guías de Práctica Clínica (GPC) basadas en la evidencia, lineamientos, normas y/u otros documentos relacionados con la RIAS asignada.	3.1 Participé en revisión de acuerdos Distritales. 3.2 Participe en revisión de meta política de trata de personas 3.3 Participe en construcción metas planes de acción PDD 3.4 Participe en construcción de plan de acción desde el proyecto de inversión 8143 movilidad segura y saludable. 3.5 Participe en revisión de meta política de salud mental.	**Anexo 3** 3.1.1. Matriz en EXCEL 3.2.1. Matriz en EXCEL 3.3.1. Informe Participación 04.07.2023 3.4.1. Matriz en EXCEL

	3.6 Participe en construcción de Metodología unidad de análisis para casos de feminicidio. 3.7 Participe en seguimiento PAD VCA primer semestre 2024 3.8 Participe en propuesta de ruta de atención a víctimas de todo tipo de violencias.	3.6.1 Documento en construcción PDF 3.7.1. Matriz en EXCEL 3.8.1 Propuesta de presentación
4. Dar estricto cumplimiento al anexo técnico, dependiendo de la necesidad o prioridad, que requiera la Dirección de Provisión de Servicios de Salud.	Di cumplimiento a las actividades relacionadas en el anexo técnico según el reporte de actividades descritas en las obligaciones 1,2,3,5 y 6 del presente informe"	Di cumplimiento a las actividades relacionadas en el anexo técnico según el reporte de actividades descritas en las obligaciones 1,2,3,5 y 6 del presente informe"
5. Apoyar los procesos administrativos relacionados con el objeto del contrato, establecidos en el anexo técnico.		**Anexo 5**
	5.1. Apoyé respuesta 2024ER23850// ALCANCE PROPOSICIÓN 723 DE 2024// CONCEJO DE BOGOTÁ// FABIÁN ANDRÉS PUENTES SIERRA// EXPLOTACIÓN SEXUAL DE NIÑOS, NIÑAS Y ADOLESCENTES EN BOGOTÁ	5.1.1. Proyección de respuesta Proposición 723.
	5.2. Apoyé respuesta requerimiento del Concejal Samir Bedoya	5.2.1 Proyección de respuesta Proposición.
	5.3. Apoyé respuesta en 2024ER25606// PROPOSICIÓN 816 DE 2024// CONCEJO DE BOGOTÁ// BANCADA ALIANZA VERDE// ACOSO Y ABUSO EN COLEGIOS	5.3.1. Proyección de respuesta proposición 816
	5.4. Apoyé respuesta 2024ER24579// SOLICITUD// PROCURADURÍA GENERAL// VIVIANA MERCEDES MORA VERBEL// ACTIVACIÓN DE RUTAS MENORES INDIGENAS	5.4.1. Soporte de correo electrónico
	5.5. Apoyé con respuesta Oficio Min Salud75404 (2024161000204861)	5.5.1 Proyección de respuesta (2024161000204861)
	5.6. Apoyé con respuesta Proposición 864	5.6.1 Proyección de respuesta proposición 864
	5.7 Apoye con respuesta 20240452 - Derecho de Petición ESCNNA – Salud	5.7.1 Proyección de respuesta 20240452
	5.8 Apoye con respuesta Proposición 865	5.8.1 Proyección de respuesta proposición 865
	5.9 Apoye con respuesta 2024ER26213// SOLICITUD// PROCURADURÍA GENERAL// VIVIANA MORA VERBEL// ACTIVACIÓN RUTAS DE ATENCIÓN Y PROTECCIÓN MENOR DE EDAD	5.9.1 Proyección de respuesta 2024ER26213
	5.10 Apoye con respuesta INFORME DE SEGUIMIENTO AL CASO DE LA NNA AVS, ESTUDIANTE DEL COLEGIO VILLEMAR DE LA LOCALIDAD DE FONTIBÓN	5.10.1 Proyección de respuesta PERSONERIA LOCAL FONTIBON

	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				

6. Participar en reuniones sectoriales e intersectoriales, unidades de análisis, visitas y reuniones relacionadas con los temas asignados, programadas por la dependencia o interdependencias, con el fin de unificar criterios y verificar las actividades adelantadas para el desarrollo de las Rutas integrales de atención en salud.	6.1. Participé en articulación con FAMISANAR frente a la circular 019 2024 6.2. Participe en mesa jurídica: Tema denuncias 6.3 Participe en miércoles de calidad síndrome de fatiga visual 6.4 Participe en jornada de racismo y discriminación 6.5 Participé en Mesa Interdependencias RIAS AAT. 6.6. Participé en seguimiento caso personería Fontibón 6.7 Participe en miércoles de calidad socialización Mesa de expertos medicina general y visual. 6.8 Participe en revisión de informe semestral política de trata de personas 6.9 Participe en articulación con SDM con estrategia hospitales y las subredes integradas de servicios de salud 6.10 Participe en articulación para convocatoria min ciencias con la universidad javeriana 6.11 Participe en orientación técnica de atención para población víctimas de conflicto socio político _ 9 sentencias.	**Anexo 6** 6.1.1. Informe participación de 2.07.2024 6.2.1 Informe participación de 2.07.2024 6.3.1 Acta de 3.07.2024 6.4.1 Acta de 16 .07.2024 6.5.1. Informe de participación 11.07.2024 6.6.1 Acta 09.07.2024 6.7.1 ACTA 17.07.2024 6.8.1 ACTA 22.07.2024 6.9.1 Acta 25.07.2024 6.10.1 Informe de participación 26.07.2024 6.11.1 Informe de participación 29.07.2024

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:	COLPENSIONES	Empresa:	SURA
				Nivel Riesgo:	1
Suma cancelada:	369000	Suma cancelada:	472400	Suma cancelada:	15500
No Planilla:	78798860	No Planilla:	78798860	No Planilla:	78798860
Mes(es) cancelado(s):	Junio	Mes(es) cancelado(s):	Junio	Mes(es) cancelado(s):	Junio

	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				

Suma cancelada:	365700	Suma cancelada:	468100	Suma cancelada:	15300
No Planilla:	78798866	No Planilla:	78798866	No Planilla:	78798866
Mes(es) cancelado(s):	Julio	Mes(es) cancelado(s):	Julio	Mes(es) cancelado(s):	Julio

EN CASO DE INFORME FINAL DE EJECUCIÓN					
Relación de usuario y clave de acceso al equipo de cómputo:	M2vargas@saludcapital.gov.co	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):	Repositorio GF RIAS AÑO 2024. DPSS
FIRMA DEL CONTRATISTA					
CONTRATISTA	**NOMBRES Y APELLIDOS:** **MARCELA VARGAS MARTINEZ**				
	FIRMA: 				
	No. DOCUMENTO DE IDENTIDAD: 52934837				

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	

	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				

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	N/A
2	Inadecuado manejo de la información a la cual tiene acceso el contratista		X	N/A
3	Demoras por parte de la entidad contratante (Supervisor) en la aprobación de los productos y/o informes presentados por el contratista		X	N/A
4	Suspensión o cancelación de la tarjeta o matrícula profesional, para aquellas profesiones que así lo establecen		X	N/A

SUPERVISOR	**NOMBRE Y APELLIDO:** **SANDRA PATRICIA CHARRY ROJAS**
	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:** **MARTHA EMILIA MORENO GÓMEZ**
	FIRMA: Firmado digitalmente por MARTHA EMILIA MORENO GÓMEZ

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	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	52934837	MARCELA VARGAS MARTINEZ	CARRERA 75 23C 24	3204399754	PSICOMARCEVARGAS@HOTMAIL.COM	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
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	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2024-06	2024-06	I	22/07/2024	78798860	$856.900	

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					
EPS005	Sanitas EPS	800251440-6	365.700	0		0		0	12	3.300	0	369.000	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	468.100	0	0	0	0	12	4.300	0	472.400	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	15.300				15.300	12	200	15.500			153	15.500	1

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados

TOTALES PARAFISCALES

Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	12	0	0	0
ICBF				
0	12	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	365.700	369.000
Pensión	1	468.100	472.400
Riesgos Laborales	1	15.300	15.500
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	849.100	856.900

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	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	52934837	MARCELA VARGAS MARTINEZ		CARRERA 75 23C 24	3204399754	PSICOMARCEVARGAS@HOTMAIL.COM	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
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	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2024-06	2024-06	I	22/07/2024	78798860	$856.900	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE									INFORMACIÓN NOVEDADES																PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES				
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Colom. exterior	Estornado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntario Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
1	CC	52934837	VARGAS MARTINEZ MARCELA	59	0			N																	25-14	2.925.380	468.100	0	0	0	0	EPS005	2.925.380	365.700	14-11	2.925.380	1	15.300		0	0	0	0	0	0	0	0

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	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	52934837	MARCELA VARGAS MARTINEZ	CARRERA 75 23C 24	3204399754	PSICOMARCEVARGAS@HOTMAIL.COM	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
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	
2024-07	2024-07	I	29/07/2024	78798866	$849.100	

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					
EPS005	Sanitas EPS	800251440-6	365.700	0		0		0	0	0	0	365.700	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	468.100	0	0	0	0	0	0		468.100	1

TOTALES RIESGOS LABORALES

Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-11	ARL SURA	890903790-5	15.300				15.300	0	0	15.300			153	15.300	1

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados

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	365.700	365.700
Pensión	1	468.100	468.100
Riesgos Laborales	1	15.300	15.300
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	849.100	849.100

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	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	52934837	MARCELA VARGAS MARTINEZ		CARRERA 75 23C 24	3204399754	PSICOMARCEVARGAS@HOTMAIL.COM	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
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	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2024-07	2024-07	I	29/07/2024	78798866	$849.100	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE									INFORMACIÓN NOVEDADES																		PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES				
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Colom. exterior	Estudiante	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntario Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
1	CC	52934837	VARGAS MARTINEZ MARCELA	59	0			N																	25-14	2.925.380	468.100	0	0	0	0	EPS005	2.925.380	365.700	14-11	2.925.380	1	15.300		0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

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

FONDO FINANCIERO DISTRITAL DE SALUD

BOGOTÁ | SECRETARÍA DE SALUD

Vig Ppto: 2024

ORDEN DE PAGO

No: 408905

Usuario Dilig: AMPRADA
Fecha de Impresión: 29/07/2024
Estado: GIRADA

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

1. DATOS DEL BENEFICIARIO

Nombre:	MARCELA VARGAS MARTINEZ	Regimen:	No Responsable		
Dirección:	CR 75 23C 24	Teléfono y Fax:			
C.C o NIT:	52934837	Banco/Sucursal:	DAVIVIENDA	Cuenta No/Clase:	004570153850/A

2. DATOS DEL COMPROMISO

Compromiso a Pagar:	CT - CONTRATOS (CON / SIN LICITACIÓN	No:	6151840	Interventor o responsable del recibo a satisfacción del bien o servicio:	TOTAL
Acta de Recibo No:		Nombre del Interventor:			

Detalle

CTO-NO6151840-PLANILLA OGI_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	
O2-3-01-16-001-07-79040000-180650051	01	12013	$7.313.450,00	
Tipo	Com	Objeto	Ingreso	Banco
O23	20202009	91122	O1-5-01-01-001	

IMPUTACIÓN PRESUPUESTAL

CDP	Código Rubro	Registro	Nombre	Valor Aplicación (Gasto)
965	O2-3-01-16-001-07-79040000-180650051	2049	Contratacion del Recurso Humano	$7.313.450,00

VR BRUTO	SIETE MILLONES TRESCIENTOS TRECE MIL CUATROCIENTOS CINCUENTA PESOS	$7.313.450,00

4. MOVIMIENTO FINANCIERO Y CONTABLE

Descripción	% Descuento	Base de Retención	Código Contable	VALORES
Valor Bruto			5-1-11-79-0001	$7.313.450,00
RETEFUENTE-L.1607/12-ART 383 - PERS.NATURAL (PLA)	0	$4.848.262,00	2-4-36-15-0001	$71.647,00
RETEICA- SERVICIOS 0,766%	.766	$6.464.350,00	2-4-36-27-0001	$49.517,00
ESTAMPILLA ADULTO MAYOR 2%	2	$7.313.450,00	2-4-36-90-0007	$146.269,00
ESTAMPILLA - EST_PROCULTURA 0,5%	.5	$7.313.450,00	2-4-36-90-0003	$36.567,00

Valor amortización:

Id fuente	Detalle
01	Recursos Del Distrito
12013	APORTE ORDINARIO

TOTAL DESCUENTOS		$304.000,00
VALOR NETO A GIRAR	SIETE MILLONES NUEVE MIL CUATROCIENTOS CINCUENTA PESOS	$7.009.450,00
		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

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) Señora, **MARCELA VARGAS MARTINEZ** identificado(a) con la cédula de ciudadanía N° **52934837**, no tiene material bibliográfico en préstamo.

Se expide la presente certificación a petición del (la) interesado(a) en Bogotá D.C a los 29 días del mes de julio de 2024.

Firma: Carolina Rodriguez Silva

Nombre: Carolina Rodríguez Silva

Profesional Especializado – BIBLIOTECA

Verificación realizada en el Sistema por: EFREN RUEDA VEGA	Firma. Carolina Rodriguez Silva

Medellín, 27 de junio de 2024

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

CERTIFICA:

Que MARCELA VARGAS MARTINEZ identificado(a) con cédula de ciudadanía 52934837 registra en nuestra base de datos como trabajador(a) independiente.

A continuación se relacionan los datos de la afiliación:

Fecha inicio cobertura: 03/04/2024 **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: C529348372417944263

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: 27/06/2024 12.17 PM