ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD	GESTIÓN FINANCIERA DIRECCIÓN FINANCIERA SISTEMA DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL			
	CERTIFICACIÓN DE SUPERVISOR			
	Código:	SDS-FIN-FT-038	Versión:	7

Elaborado por: Nairo Sandoval, Luis Eduardo Campos /Revisado por: Julio Martin González/ Aprobado por: Raúl Alberto Bru Vizcaino

EL (LOS) SUSCRITO(S) SUPERVISOR(ES) CERTIFICA(N)

El cumplimiento del objeto del contrato o convenio para el trámite de pago, bajo las siguientes condiciones:

Número y vigencia del contrato o convenio:	*4821784-2023*		**Número (s) del Proyecto:**	*7791*	
Plazo de ejecución:	*477 dias*		**Oficina, Dirección, Subdirección o Subsecretaría:**	*Dirección de Calidad de Servicios de Salud -Subdirección Inspección, Vigilancia y Control de Servicios de Salud*	
Nombre / razón social del Contratista:	*ANA MARIA LIZARAZO SALAZAR*		**Número de Nit o cédula:**	*52062915-9*	
Periodo Certificado (Fechas):	*Del 01/07/2024 al 31/07/2024*		**Porcentaje de pago:**	*6,3%*	
Condiciones que se cumplen para este pago:	*Según informe de actividades aprobado por el Supervisor para el periodo antes certificado de acuerdo a los requisitos para tramite de solicitud de pago.".*				
Programación PAC para pago	***El suscrito Supervisor, Certifica que este desembolso cuenta con la programacion de recursos de PAC mensual, según lo establecido en la Circular de requisitos para Tramite de Solicitudes de Pago.***				
Objeto contractual:	*Prestar servicios técnicos en el apoyo administrativo de las actividades desarrolladas en la Dirección de Calidad de Servicios de Salud - Subdirección Inspección Vigilancia y Control de Servicios de Salud.*				
Valor inicial	*$ 44.126.390*	**Cofinanciación:**	*N/A*	**FFDS:**	*$44.126.390*
Valor total (Inicial + Adicionales o - Reducciones)	*$ 63.782.691*	**Cofinanciación:**	*N/A*	**FFDS:**	*$63.782.691*
Valor a cancelar:	*Cuatro millones once mil cuatrocientos noventa pesos m /Cte*			*$4.011.490*	
Fecha inicio del contrato o Convenio (Según acta de inicio):	*4/04/2023*		**Fecha terminación Contrato o Convenio (incluidas las prorrogas).**	*31/07/2024*	
Número y valor de las adiciones o reducciones del contrato / convenio:	*Adición 1: por valor de $19,656,301*		*N/A*	*N/A*	
Número y tiempo de las prórrogas o disminución de plazo del contrato / convenio :	*Prorroga 1 :por 4 meses y 27 dias del 04/03/2024 al 31/07/2024*		*N/A*	*N/A*	
Otro tipo de modificaciones contractuales	*Fecha (DD/MM/AA)*	*Concepto:*	*N/A*		
Valor ejecutado:	*$63.782.691*		**Saldo por ejecutar:**	*$0*	
Porcentaje de ejecución:	*100,00%*	**Número de Factura o cuenta de cobro:**	*AM11810*	**Número de pago:**	*Dleciseis*
Número (s) de CDP y registro (s) presupuestal (es) que amparan este pago:	**CDP 2022-2024 y RP 850-2024 por valor de :$ 4.011.490**			**Fuente de financiación:**	*12. Aporte ordinario*
Cuenta Bancaria	*Banco: Davivienda*	*Tipo de Cuenta: Corriente*	*1217278889*	***Nota:*** *Los datos corresponden a la certificación bancaria que hacen parte de la etapa pre-contractual (según lista de chequeo SDS-CON-FT-012) validada por la Dirección Financiera. En el caso de cambiar cuenta bancaria, anexar la nueva certificaciòn no superior a 30 dìas, e informar al àrea de Contabilidad - Dirección Financiera, para su actualizaciòn en el modulo de terceros.*	
Anexos:	*FACTURA ELECTRONICA AM11810*			**¿Se tienen las garantías actualizadas?:**	*Marcar con una equis (X)* X / NO
Observaciones :	*Nivel de Riesgo 1 para cotizacion ARL*				

La presente certificación se expide a los: 05/08/2024 , autorizando el presente pago detallado y dejando constancia del cumplimiento en el pago de los Aportes a Seguridad Social Integral, aprobaciòn de los requisitos legales correspondientes a la factura, ejecución de actividades y/o entrega de elementos dentro de la vigencia pactada y demás obligaciones señaladas en el Manual de Contratación de la SDS - FFDS y según lo establecido en la minuta contractual.

Firmado digitalmente por Ronald Alexander Tovar Sierra

Nombre del Supervisor: Ronald Alexander Tovar

Cargo: Subdirectora de Inspección, Vigilancia y Control de Servicios de Salud

	Nombres completos	Firma	Teléfono o Ext.	Fecha
Referente(s) Técnico(s):	***Oscar Eduardo Ramos Zamora***	Firmado digitalmente por Oscar Ramos		*5/08/2024*
Referente(s) Financiero(s):	***Claudia Patricia Morales Beltran***	CLAUDIA P. MORALES B.		

Factura generada a traves del proveedor tecnologico Jaime Torres CIA - Faceldi Nit: 860.502.327.8 Tel. (1) 4877853 - 4877830

Fecha Validación DIAN: 08/01/2024 9:35 AM

ANA MARIA LIZARAZO SALAZAR
ANA MARIA LIZARAZO SALAZAR

CR 50 5B - 57 BOGOTÁ, D.C. TEL. 5-639067 / 3-058333 / 311-5190994
NIT : 52062915-9
ACTIVIDAD ECONOMICA 4530

CUFE: 71cce74196d3b9a06f4d71113a65bb7f943e4cebe712420ecba28aad35e82c2758fbd075f7c89c54a97658ab54f99139

Crédito

FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA AM11810

FECHA: 2024-08-01 09:35:44

SEÑORES : FONDO FINANCIERO DISTRITAL DE SALUD

FECHA VENCIMIENTO: 8/1/2024

NIT: 800246953-2

PAG. No. 1

DIRECCIÓN: CRA 32 N° 12-81

VENDEDOR :

No PLACA

TELEFONO: 3649090

CIUDAD: BOGOTÁ, D.C.

CONDICIONES : Crédito a 0 dias

ITEM	REFERENCIA	DESCRIPCIÓN	CANTIDAD		VR. UNIDAD	VR. IVA		VR. TOTAL
1	PREST-001	PRESTACION DE SERV TECNICOS APOYO CONTRATO 4821784 DE 2023 DESDE EL 1 HASTA 31 JULIO DEL 2024	1	ZZ	3,371,000.00	640,490.00	19%	3,371,000.00

SUBTOTAL 3,371,000.00

DESCUENTO	SUBTOTAL	I.V.A	TOTAL	RETENCION	RETE ICA.	TOTAL A PAGAR
0.00	3,371,000.00	640,490.00	4,011,490.00	0.00	0.00	4,011,490

AUTORIZACIÓN NUMERACIÓN DE FACTURACIÓN No. 18764065261393 DE 2024-02-08 DE AM11003 HASTA AM 15000 VIGENCIA 6 MESES

Este documento es un titulo valor segun Articulo 772 del codigo de Comercio. Al dia siguiente de su vencimiento se generaran intereses moratorios que se liquidaran a la tasa máxima legal permitida por la Superbancaria. Todo autorepuesto tiene una garantia de 90 dias, o 10.000 Klmtrs lo que primero suceda. En partes electricas la garantia es de 24 horas, todas las partes mecanicas o electricas deben ser instaladas por mecanicos tecnicos certificados, quien en caso de reclamacion deben acreditar, es indispensable que presente su factura, la persona que ordena la compra autoriza a quien recibe a firmar la factura.

ACEPTADA

DESPACHO – SUBDIRECCIÓN – DIRECCIÓN U OFICINA: **Subdirección Inspección Vigilancia y control de servicios de salud**	**CONTRATO No.** **4821784**	**PERIODO DEL CONTRATO:** Fecha de Inicio: 04/04/2023 Fecha de Terminación: 03/03/2024
ENTIDAD CONTRATANTE: **FONDO FINANCIERO DISTRITAL DE SALUD**		**PLAZO DE EJECUCIÓN:** Trescientos Treinta días (330) **PRÓRROGA:** ***Ciento Cuarenta y siete Días (147)***
CONTRATISTA: **ANA MARIA LIZARAZO SALAZAR** ***CC 52062915***		Fecha de Inicio (Prórroga): 04/03/2024 Fecha de Terminación (Prórroga): 31/07/2024 **SUSPENSIÓN**
SUPERVISOR (Nombre y cargo): **DORA DUARTE PRADA -** Subdirección de Inspección Vigilancia Control de Servicios de Salud - SUBDIRECTOR TECNICO 68 GRADO 6		Fecha de Inicio (Suspensión): Nueva Fecha de Terminación (Suspensión **PERIODO DEL INFORME:** ***01/07/2024 – 31/07/2024***

OBJETO DEL CONTRATO: Prestar servicios técnicos en el apoyo administrativo de las actividades desarrolladas en la Dirección de Calidad de Servicios de Salud - Subdirección Inspección, Vigilancia y Control de Servicios de Salud.

BALANCE FINANCIERO DEL CONTRATO	
VALOR INICIAL DEL CONTRATO:	$ 44.126.390,00
VALOR ADICIÓN (SI APLICA):	$ 19.656.301,00
VALOR INDEXACIÓN (SI APLICA):	$ 00.000.000,00
VALOR CEDIDO (SI APLICA)	$ 00.000.000,00
VALOR A LIBERAR (SI APLICA)	$ 00.000.000,00
VALOR PAGADO AL CONTRATISTA O CESIONARIO (SI APLICA):	$59.771.201,00
VALOR A PAGAR EN EL PRESENTE PERIODO DEL INFORME:	$4.011.490,00
SALDO POR EJECUTAR:	$ 00.000.000,00

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. Prestar apoyo técnico en la elaboración del CORDIS, tramite de radicación y envío de las actuaciones administrativas y correspondencia dentro de los dos (2) días siguientes a la asignación a excepción de los casos que requiera gestión inmediata.	Se prestó apoyo en los trámites y actividades relacionadas con los procesos contractuales. Se realiza apoyo técnico administrativo en la radicación aplicativo AGILSALUD *Etiquetas de AGILSALUD *Escanear oficios radicados para subir a AGILSALUD *Cargue de evidencias	Se elaboraron e imprimieron 383 etiquetas AGILSALUD, se escanearon documentos entre Actuaciones Administrativas y anexos se enviaron Notificaciones a Entidades y Personas; en los tiempos establecidos. *Radicación en aplicativo AGILSALUD de oficios para notificación. *Se tramitaron en total 232 preliminares. * Se revisaron 34 cajas con 185 expedientes de archivo definitivo 2020 y 2019 para verificar tramites y corregir base de datos para un total de 148 preliminares. *Se realiza cargue de evidencias en las rutas: * 4821784_Ana Maria Lizarazo_Radicados_julio_2024.pdf * 4821784_Ana Maria Lizarazo_expedientes tramitados Julio_2024.pdf * 4821784_Ana Maria Lizarazo_segplan julio 2024.pdf
2-. Imprimir y anexar en el respectivo expediente el certificado de envió por la oficina postal dentro de un término no mayor a dos (2) días de enviada la información.	Se imprimen soportes de certi-mail, se anexan a los respectivos Expedientes los certificados de envíos	Se imprimieron soportes certi-mail (564) y se anexan a los respectivos expedientes, foliando cada uno de ellos. Se devolvieron Expedientes en los tiempos establecidos.

5643. Apoyar el proceso de gestión documental, relacionada con la radicación de correspondencia interna y externa en el aplicativo y/o herramienta destinada para tal fin, manteniéndola actualizada dentro de un tiempo no mayor a dos (2) días.	Se radico correspondencia externa e interna en el aplicativo AGILSALUD Se suben a la plataforma AGILSALUD Los oficios y anexos enviados a entidades y personas, para actualizar esta base de datos	Se radicaron etiquetas de correspondencias externas e internas en el aplicativo AGILSALUD Se escaneo todos los documentos necesarios para subir comunicaciones AGILSALUD
4-. Apoyar el trámite de notificación de las actuaciones de acuerdo con el cronograma que se establezca por el área según la necesidad de esta, dejando la evidencia en la herramienta definida para tal fin.	Se Apoyó el trámite de radicación en el proceso de notificaciones Según el Cronograma Establecido.	*Se notifica los dias 04 y 19 de Julio, se atiende a personas dando la información requerida de avance de procesos y entrega de actos administrativos en mención. EN LOS HORARIOS DE 7:30 AM A 4:30 PM
5-. Mantener la actualización entre las bases de datos y la información del archivo físico existente.	Se revisaron, organizaron y clasificaron los documentos, se archivaron y se llevó un registro de los mismos con el fin de facilitar la búsqueda y recuperación de estos de acuerdo a los procedimientos establecidos para tal fin.	Se organizaron expedientes con Actuaciones Administrativas Enviadas, certificados de envíos y respuestas enviadas de entidades y Personas y se devuelven para respectivo revisión e ingreso a las bases de Datos con toda la información de preliminar, entidad fecha y folios correspondientes.
6-. Asistir a las reuniones realizadas por la Dirección de Calidad de Servicios de Salud, Subdirección Inspección Vigilancia y Control de Servicios de Salud, con el propósito de estandarizar criterios y verificar las acciones llevadas a cabo de conformidad con los lineamientos establecidos.	Se asistió a una reunión ." TALLER SOCIALIZACION Y APROPIACION LINEAMIENTOS PI SDS	Asistí a una reunión el 26 de julio MODALIDAD VIRTUAL en el horario de 2 pm a 4 pm

7-. Realizar las demás actividades que le sean asignadas por el Supervisor del Contrato, que apliquen de acuerdo con la naturaleza del objeto contractual	Se elabora control en Excel de las notificaciones enviadas. Se brindó información general sobre aspectos y tramites básicos de la dependencia a usuarios internos y externos	Se lleva un control en Excel por abogados de las comunicaciones enviadas totales por mes, para ser subidas como evidencias a la carpeta que reposa en control de la entidad. Se realizo un control en Excel de Autos y Resoluciones por mes. Se prestó colaboración e información a mis compañeros que así lo requirieron. Se llevo un control en Excel con autos y resoluciones tramitadas durante el mes.

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
Todos los tramites asignados fueron realizados a cabalidad, NO quedo nada pendiente, y fueron entregados todos los expedientes a la persona encargada

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:	250.000	Suma cancelada:	320.000	Suma cancelada:	48.800
No Planilla:	1064820390	No Planilla:	1064820390	No Planilla:	1064820390
Mes(es) cancelado(s):	JUNIO	Mes(es) cancelado(s):	JUNIO	Mes(es) cancelado(s):	JUNIO
Empresa:	**SANITAS**	**Empresa:**	**COLPENSIONES**	**Empresa:**	**SURA**
				Nivel Riesgo:	1
Suma cancelada:	250.000	Suma cancelada:	320.000	Suma cancelada:	48.800
No Planilla:	1065507006	No Planilla:	165507006	No Planilla:	1065507006
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:	**AMLIZARAZO** **CLAVE** **Amlizasa12024***	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:** **quejasypeticionesivc@saludcapital.gov.co** **Clave**	Relación y entrega de archivos físicos y back up de información de archivos digitales, resultado de su gestión. (por favor indicar nombres,	**NO APLICA**

				cantidades y ubicación):	

FIRMA DEL CONTRATISTA	
CONTRATISTA	**NOMBRES Y APELLIDOS: Ana Maria Lizarazo Salazar**
	FIRMA: ANAMARIALIZARAZOS
	No. DOCUMENTO DE IDENTIDAD: ***CC 52062915***

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**,00%** de ejecución del contrato. Certifico que el contratista realizo 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**

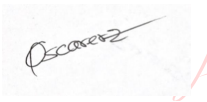
INFORME SUPERVISOR DE CONTRATO – SEGUIMIENTO A LOS RIESGOS DEL CONTRATO

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***	
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*

SUPERVISOR	**NOMBRE Y APELLIDO: RONALD ALEXANDER TOVAR** Subdirectora de Inspección Vigilancia Control de Servicios de Salud (E)

	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: OSCAR RAMOS ZAMORA** Profesional Especializado  Firmado digitalmente por Oscar Ramos
	FIRMA: El presente informe es revisado por el apoyo a la supervisión de manera electrónica a través de la plataforma SECOP II módulo plan de pagos, de conformidad con las condiciones establecidas por la Agencia Nacional de Contratación Pública-Colombia Compra Eficiente en su calidad de administradora del Sistema Electrónico para la Contratación Pública SECOP.

NOTAS:
** El presente informe da cumplimiento a lo citado en la ISO 9001:2015, en relación con el numeral 8.4.1.*
** Anexo: Comprobantes de pago de aportes al sistema de seguridad social en salud y pensión, Certificado ARL y Orden de Pago.*
** Para el cálculo del % de ejecución del contrato se deben tener en cuenta las adiciones si aplica.*

PAGOSIMPLE | REPORTE INDIVIDUAL

Fecha creación reporte 2024-07-03, 03:10:39 PM **Tipo Planilla** I **Número Planilla** 1064820390

Periodo Cotización 202406 **Periodo Servicio** 202406

Cliente:

PAGADA 2024-07-03

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	ANA MARIA LIZARAZO SALAZAR				
Documento	CC 52062915	**Dirección**	CR 50 NORTE #5 B - 57 BOGOTA		
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	**Teléfono**	5639067		
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 52062915		Residente		Exonerado	N	**Apellidos y Nombres**	**Código Ciudad - Departamento**	**Centro de Trabajo**	**Ubicación Laboral**
Tipo Cotizante	57	00					LIZARAZO SALAZAR ANA MARIA	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	30			$ 2.000.000	25-14		16 %	$ 2.000.000	$ 320.000	$ 0	$ 0	EPS005		12,5 %	$ 2.000.000	$ 250.000	$ 0	14-11	3	2,436 %	$ 2.000.000	$ 48.800	CCF21	0,6 %	$ 2.000.000	$ 12.000	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
COLPENSIONES	FSP SOLIDARIDAD	FSP SUBSISTENCIA	EPS SANITAS	ARL SURA	CAFAM	SENA	ICBF	ESAP	MEN	
$ 320.000	$ 0	$ 0	$ 250.000	$ 48.800	$ 12.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 630.800

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 2024-08-01, 09:24:48 AM **Tipo Planilla** I **Número Planilla** 1065507006

Periodo Cotización 202407 **Periodo Servicio** 202407

Cliente:

PAGADA 2024-08-01

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	ANA MARIA LIZARAZO SALAZAR				
Documento	CC 52062915	**Dirección**	CR 50 NORTE #5 B - 57 BOGOTA		
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	**Teléfono**	5639067		
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 52062915		Residente		Exonerado	N	**Apellidos y Nombres**	**Código Ciudad - Departamento**	**Centro de Trabajo**	**Ubicación Laboral**
Tipo Cotizante	57	00					LIZARAZO SALAZAR ANA MARIA	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	30			$ 2.000.000	25-14		16 %	$ 2.000.000	$ 320.000	$ 0	$ 0	EPS005		12,5 %	$ 2.000.000	$ 250.000	$ 0	14-11	3	2,436 %	$ 2.000.000	$ 48.800	CCF21	0,6 %	$ 2.000.000	$ 12.000	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
COLPENSIONES	FSP SOLIDARIDAD	FSP SUBSISTENCIA	EPS SANITAS	ARL SURA	CAFAM	SENA	ICBF	ESAP	MEN	
$ 320.000	$ 0	$ 0	$ 250.000	$ 48.800	$ 12.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 630.800

Líneas de Servicio FonoSIMPLE: Bogotá 601 4446634 - Cali: 602 5540577 - Medellín: 604 5146669 - Bucaramanga: 607 6438000 - Cartagena: 605 6945444 - Pereira: 606 3402582 - Barranquilla: 605 3618850 - Resto del País: 018000 971 971 - ¡Más que Fácil, SIMPLE!

¡El Poder de lo SIMPLE!

Medellín, 04 de julio de 2024

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

CERTIFICA:

Que ANA MARIA LIZARAZO SALAZAR identificado(a) con cédula de ciudadanía 52062915 registra en nuestra base de datos como trabajador(a) independiente.

A continuación se relacionan los datos de la afiliación:

Fecha inicio cobertura: 01/04/2023 **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: 0000000001 - PRINCIPAL DC

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

ACTIVIDAD ECONÓMICA CENTRO DE TRABAJO:
1841201 - ACTIVIDADES EJECUTIVAS DE LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA, INCLUYE EL DESEMPEÑO DE LAS FUNCIONES GUBERNAMENTALES DE CARÁCTER EJECUTIVO, DESARROLLADAS POR LOS ÓRGANOS Y ORGANISMOS CENTRALES, REGIONALES Y LOCALES

INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA

ACTIVIDAD ECONÓMICA:
1841201 - ACTIVIDADES EJECUTIVAS DE LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA, INCLUYE EL DESEMPEÑO DE LAS FUNCIONES GUBERNAMENTALES DE CARÁCTER EJECUTIVO, DESARROLLADAS POR LOS ÓRGANOS Y ORGANISMOS CENTRALES, REGIONALES Y LOCALES

CODIGO DE ACTIVIDAD: 1841201

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

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:
C520629152418646483

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: 04/07/2024 12.54 PM

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

FONDO FINANCIERO DISTRITAL DE SALUD

BOGOTÁ | SECRETARÍA DE SALUD

Vig Ppto: 2024

ORDEN DE PAGO

No: 410695

Usuario Dilig: LECAMPOS
Fecha de Impresión: 01/08/2024
Estado: GIRADA

Entidad:	FONDO FINANCIERO DISTRITAL DE SALUD				
Código:	201	Unidad Eje:	01	Fecha Diligenciamiento:	18-JUL-24

1. DATOS DEL BENEFICIARIO

Nombre:	ANA MARIA LIZARAZO SALAZAR	Regimen:	Responsable		
Dirección:	AK 50 5 B 57 CA 1 PISO	Teléfono y Fax:	5639067		
C.C o NIT:	52062915	Banco/Sucursal:	DAVIVIENDA	Cuenta No/Clase:	001217278889/C

2. DATOS DEL COMPROMISO

Compromiso a Pagar:	CONTRATACION DIRECTA	No:	4821784	Interventor o responsable del recibo a satisfacción del bien o servicio:	TOTAL
Acta de Recibo No:		Nombre del Interventor:			

Detalle

215-022100_7791 ADICION AL CONTRATO 4821784 DE 2023 PRESTAR SERVICIOS TÉCNICOS EN EL APOYO ADMINISTRATIVO DE LAS ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN LA DIRECCIÓN DE CALIDAD DE SERVICIOS DE SALUD - SUBDIRECCIÓN INSPECCIÓN, VIGILANCIA Y CONTROL DE SERVICIOS DE SALUD PERIODO 1 AL 30 JUNIO 2024. FACTURA AM 11690 (2024-07-03). PAGO 15

Tipo de Orden de Pago:	VIGENCIA

3. MOVIMIENTO PRESUPUESTAL

Fuente de financiación:

IMPUTACIÓN PRESUPUESTAL

CDP	Código Rubro	Registro	Nombre	Valor Aplicación (Gasto)
2022	O2-3-01-16-005-56-77910000-511750051	850	Contratacion de Recurso Humano	$4.011.490,00

VR BRUTO	CUATRO MILLONES ONCE MIL CUATROCIENTOS NOVENTA PESOS	$4.011.490,00

ID Rubro	Fuente	Detalle	Valor	
O2-3-01-16-005-56-77910000-511750051	01	12013	$4.011.490,00	
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	$4.011.490,00
RETEICA- SERVICIOS 0,766%	.766	$2.979.500,00	2-4-36-27-0001	$22.823,00
ESTAMPILLA - EST_PROCULTURA 0,5%	.5	$3.371.000,00	2-4-36-90-0003	$16.855,00
ESTAMPILLA ADULTO MAYOR 2%	2	$3.371.000,00	2-4-36-90-0007	$67.420,00
RETEIVA - IVA RETENIDO RESP REGIMEN COMUN	15	$640.490,00	2-4-36-25-0001	$96.074,00

Valor amortización:

Id fuente	Detalle
01	Recursos Del Distrito
12013	APORTE ORDINARIO

TOTAL DESCUENTOS		$203.172,00
VALOR NETO A GIRAR	TRES MILLONES OCHOCIENTOS OCHO MIL TRESCIENTOS DIECIOCHO PESOS	$3.808.318,00
		Código contable
		2-4-01-02-0001

MOVIMIENTO TESORERÍA

Endosado a:

Observaciones

Acreedor (Exclusivamente para transferencia de la administración)

Nombre _____

Cédula _____ Firma _____

LUIS EDUARDO CAMPOS BERNAL
GESTION DE PAGOS

YOLANDA PATRICIA VALDERRAMA CORTES
Responsable del Presupuesto

Consulta Pagos