


 <b>ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.</b> SECRETARÍA DE SALUD	<b>GESTIÓN CONTRACTUAL          SUBDIRECCIÓN DE CONTRATACIÓN          SISTEMA DE GESTIÓN          CONTROL DOCUMENTAL</b>			
	<b>INFORME PARCIAL Y/O FINAL DE ACTIVIDADES ESPECÍFICAS,          OBLIGACIONES DEL CONTRATISTA SERVICIOS PROFESIONALES Y APOYO          A LA GESTIÓN SDS – FFDS</b>			
	Código:	SDS-CON-FT-014	Versión:	

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



<b>DESPACHO – SUBDIRECCIÓN – DIRECCIÓN U OFICINA:</b> DIRECCION DE PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD	<b>CONTRATO No.</b> 6674980	<b>PERIODO DEL CONTRATO:</b>
		Fecha de Inicio: 29/08/2024 Fecha de Terminación: 28/12/2024
<b>ENTIDAD CONTRATANTE:</b> FONDO FINANCIERO DISTRITAL DE SALUD		<b>PLAZO DE EJECUCIÓN:</b> Cuatro (04) meses.
		<b>PRÓRROGA:</b> No aplica
<b>CONTRATISTA:</b> JHONNY ALEXANDER RIASCOS OÑATE		Fecha de Inicio (Prórroga) No aplica
		Fecha de Terminación (Prórroga): No aplica
		<b>SUSPENSIÓN:</b> No aplica
<b>SUPERVISOR (E):</b> <b>LUISA FERNANDA BONILLA</b> Dirección de Provisión de Servicios en Salud Profesional Especializado. Código 222 Grado 19		Fecha de Inicio (Suspensión): No aplica
		Nueva Fecha de Terminación (Suspensión): No aplica
		<b>PERIODO DEL INFORME:</b> 01/12/2024 – 28/12/2024
<b>OBJETO DEL CONTRATO:</b> Prestar servicios profesionales especializados en la Dirección de Provisión de Servicios de Salud, en la construcción y orientación para la implementación, ajuste y seguimiento del modelo de salud de Bogotá, D.C., en el componente de prestación de servicios de salud.		

BALANCE FINANCIERO DEL CONTRATO	
<b>VALOR INICIAL DEL CONTRATO:</b>	\$ 29.253.800
<b>VALOR ADICIÓN (SI APLICA):</b>	\$ 00.000.000,00
<b>VALOR INDEXACIÓN (SI APLICA):</b>	\$ 00.000.000,00
<b>VALOR CEDIDO (SI APLICA)</b>	\$ 00.000.000,00
<b>VALOR A LIBERAR (SI APLICA)</b>	\$ 0
<b>VALOR PAGADO AL CONTRATISTA O CESIONARIO (SI APLICA):</b>	\$ 22.427.913
<b>VALOR A PAGAR EN EL PRESENTE PERIODO DEL INFORME:</b>	\$ 6.825.887
<b>SALDO POR EJECUTAR:</b>	\$ 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. Brindar asistencia técnica a las Empresas Administradoras de Planes de Beneficios (EAPB) e Instituciones	1.1 Di orientación técnica al talento humano en salud de la EAPB Famisanar y su red de prestadores de servicios de salud, donde se	<b>ANEXO 1</b> 1.1 Se adjunta acta de la sesión.

 <p>ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD</p>	<p>GESTIÓN CONTRACTUAL SUBDIRECCIÓN DE CONTRATACIÓN SISTEMA DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL</p>			
	<p>INFORME PARCIAL Y/O FINAL DE ACTIVIDADES ESPECÍFICAS, OBLIGACIONES DEL CONTRATISTA SERVICIOS PROFESIONALES Y APOYO A LA GESTIÓN SDS – FFDS</p>			
	Código:	SDS-CON-FT-014	Versión:	
<p>Elaborado por: Carlos Andrés Montaña Buitrago /Revisado por: Nureidis Torres Vivas /Aprobado por: Katty Johana Rodríguez Lozano</p>				

<p>Prestadoras de Servicios de Salud (IPS) en las rutas integrales de atención en salud y mesas técnicas asignadas por la supervisión, para la implementación y desarrollo del modelo de salud para la población de Bogotá, D.C.</p>	<p>desarrollo el tema de atención integral para la adolescencia y la juventud, atención para la anticoncepción y prevención del embarazo en adolescentes. 06-12-2024</p>	
<p>2. Apoyar las acciones de seguimiento en las rutas integrales de atención en salud y mesas técnicas asignadas por la supervisión, para la implementación y desarrollo del modelo de salud para la población de Bogotá, D.C.</p>	<p>2.1 Realicé seguimiento y medición de las canalizaciones del tercer trimestre de la EAPB Ferrocarriles y posterior envío para consolidación y medición de indicadores relacionados con canalizaciones en el Distrito.</p> <p>2.2 Realicé seguimiento y medición de las canalizaciones del tercer trimestre de la EAPB Compensar y posterior envío para consolidación y medición de indicadores relacionados con canalizaciones en el Distrito.</p> <p>2.3 Realicé la medición de adherencia a la consulta de valoración integral del tercer trimestre de 2024 de la EAPB Ecopetrol y su red de prestadores de servicios de salud.</p> <p>2.4 Realicé la medición de adherencia a la consulta de valoración integral del tercer trimestre de 2024 de la EAPB Compensar y su red de prestadores de servicios de salud.</p> <p>2.5 Realicé el seguimiento a la implementación de la ruta de promoción y mantenimiento de la salud y las adaptaciones hechas para la implementación en el ámbito rural con la EAPB Compensar.</p> <p>2.6 Realicé el seguimiento a la implementación de la ruta de promoción y mantenimiento de la salud y las adaptaciones hechas para la implementación en el ámbito rural con la EAPB Ferrocarriles.</p>	<p style="text-align: center;"><b>ANEXO 2</b></p> <p>2.1 Se adjunta instrumento consolidado de canalizaciones.</p> <p>2.2 Se adjunta instrumento consolidado de canalizaciones.</p> <p>2.3 Se adjunta instrumento consolidado de medición.</p> <p>2.4 Se adjunta instrumento consolidado de medición.</p> <p>2.5 Se adjunta instrumento y correo de envío.</p> <p>2.6 Se adjunta instrumento y correo de envío.</p>
<p>3. Apoyar en las acciones de articulación sectoriales e intersectoriales para la implementación y evaluación</p>	<p>3.1 Participé de la mesa de trabajo entre la DAEPDSS, salud pública y la Dirección de Provisión de Servicios de Salud donde se hizo la revisión del abordaje que se va a</p>	<p style="text-align: center;"><b>ANEXO 3</b></p> <p>3.1 Se adjunta acta de la sesión y copia de correo de recepción.</p>

 <p>ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD</p>	<p>GESTIÓN CONTRACTUAL SUBDIRECCIÓN DE CONTRATACIÓN SISTEMA DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL</p>			
	<p>INFORME PARCIAL Y/O FINAL DE ACTIVIDADES ESPECÍFICAS, OBLIGACIONES DEL CONTRATISTA SERVICIOS PROFESIONALES Y APOYO A LA GESTIÓN SDS – FFDS</p>			
	Código:	SDS-CON-FT-014	Versión:	
<p>Elaborado por: Carlos Andrés Montaña Buitrago /Revisado por: Nureidis Torres Vivas /Aprobado por: Katty Johana Rodríguez Lozano</p>				

del modelo de salud para la población de Bogotá, D.C.	realizar en atención para la anticoncepción con adolescentes, en especial con las menores de 14 años. 26-12-2024	
4. Participar en las reuniones programadas por la Dirección de Provisión de Servicios de Salud.	<p>4.1 Participé de la mesa de trabajo, en conjunto con el CDEIS, donde se hizo la revisión de las preguntas y materiales para el curso virtual de la ruta de promoción y mantenimiento de la salud. 06-12-2024</p> <p>4.2 Participé de la reunión mensual del equipo de la ruta de promoción y mantenimiento de la salud donde se realizó el seguimiento mensual a los avances de los procesos asignados a cada integrante del Equipo de la RPMS. 13-12-2024</p>	<p><b>ANEXO 4</b></p> <p>4.1 Se adjunta resumen de la sesión.</p> <p>4.2 Se adjunta acta de la reunión.</p>
5. Apoyar los procesos administrativos de las rutas integrales de atención en salud y mesas técnicas asignadas por la supervisión para la implementación y desarrollo del modelo de salud para la población de Bogotá, D.C. y la proyección de las respuestas a oficios, derechos de petición, solicitudes de organismos de control de acuerdo con la asignación hecha por la supervisión y relacionados con el objeto del contrato.	<p>5.1 Participé de la mesa de trabajo quincenal entre Salud Pública, ASCUN, Mediexpress IPS y la Dirección de Provisión de Servicios de Salud donde se hizo la revisión de los avances en el desarrollo del proyecto interinstitucional que implementa intervenciones relacionadas con la ruta de Promoción y Mantenimiento de la Salud en la población Universitaria del Distrito Capital. 05-12-2024</p> <p>5.2 Realicé actualización y ajuste del documento técnico y la presentación para las intervenciones del equipo complementario de urología, en el marco de la construcción del nuevo modelo de salud de Bogotá.</p> <p>5.3 Realicé el informe de gestión trimestral de la EAPB Ecopetrol, donde se analizó el resultado obtenido de la adherencia a la consulta de valoración integral, canalizaciones, implementación de ruta y adaptación de actividades para implementación de la ruta en el ámbito rural para el segundo y tercer trimestre de 2024.</p> <p>5.4 Realicé el informe de gestión trimestral de la EAPB Ferrocarriles, donde se analizó el resultado obtenido de la adherencia a la consulta de valoración integral, canalizaciones, implementación de ruta y</p>	<p><b>ANEXO 5</b></p> <p>5.1 Se adjunta acta de la sesión.</p> <p>5.2 Se adjunta documentos revisados y actualizados y correo de envío.</p> <p>5.3 Se adjunta matriz diligenciada y correo de envío.</p> <p>5.4 Se adjunta matriz diligenciada y correo de envío.</p>

	<b>GESTIÓN CONTRACTUAL SUBDIRECCIÓN DE CONTRATACIÓN SISTEMA DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL</b>			
	<b>INFORME PARCIAL Y/O FINAL DE ACTIVIDADES ESPECÍFICAS, OBLIGACIONES DEL CONTRATISTA SERVICIOS PROFESIONALES Y APOYO A LA GESTIÓN SDS – FFDS</b>			
	Código:	SDS-CON-FT-014	Versión:	
Elaborado por: Carlos Andrés Montaña Buitrago /Revisado por: Nureidis Torres Vivas /Aprobado por: Katty Johana Rodríguez Lozano				

	adaptación de actividades para implementación de la ruta en el ámbito rural para el segundo y tercer trimestre de 2024.  5.5 Realicé el informe de gestión trimestral de la EAPB Compensar, donde se analizó el resultado obtenido de la adherencia a la consulta de valoración integral, canalizaciones, implementación de ruta y adaptación de actividades para implementación de la ruta en el ámbito rural para el segundo y tercer trimestre de 2024.  5.6 Realicé el diligenciamiento de la caja de herramientas relacionada con la atención del equipo complementario de urología, la cual va a ser utilizada por los equipos de salud pública.	5.5 Se adjunta matriz diligenciada y correo de envío.  5.6 Se adjunta matriz diligenciada y correo de envío.
--	--	--

**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:

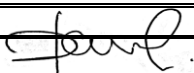
NO APLICA



**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.

INFORMACIÓN PAGOS SEGURIDAD SOCIAL					
APORTES EN SALUD		APORTES EN PENSIÓN		APORTES RIESGOS LABORALES	
Empresa:	Compensar	Empresa:	Colpensiones	Empresa:	Positiva
Suma cancelada:	509.500 509.500	Suma cancelada:	652.200 652.200	Nivel Riesgo:	Uno (1)
No Planilla:	82180658 82545647	No Planilla:	82180658 82545647	Suma cancelada:	21.300 21.300
Mes(es) cancelado(s):	Noviembre 2024 Diciembre 2024	No Planilla:	82180658 82545647	Mes(es) cancelado(s):	82180658 82545647
Mes(es) cancelado(s):	Noviembre 2024 Diciembre 2024	Mes(es) cancelado(s):	Noviembre 2024 Diciembre 2024	Mes(es) cancelado(s):	Noviembre 2024 Diciembre 2024

EN CASO DE INFORME FINAL DE EJECUCIÓN					
Relación de usuario y clave de acceso al equipo de cómputo:	<a href="mailto:iriascos@saludcapital.gov.co">iriascos@saludcapital.gov.co</a> Dante2024.	Relación de usuarios y clave de acceso a los sistemas de información (SICAF, AGILSALUD, SICAPITAL, SIIAS, SIRC, SIDBA, SIPROJ, ETC.), si aplica a sus actividades:	NO APLICA	Relación y entrega de archivos físicos y back up de información de archivos digitales, resultado de su gestión. (por favor indicar nombres, cantidades y ubicación):	NO APLICA

FIRMA DEL CONTRATISTA	
<b>CONTRATISTA</b>	<b>NOMBRES Y APELLIDOS: JHONNY ALEXANDER RIASCOS OÑATE</b>
	<b>FIRMA:</b>



	<b>GESTIÓN CONTRACTUAL SUBDIRECCIÓN DE CONTRATACIÓN SISTEMA DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL</b>			
	<b>INFORME PARCIAL Y/O FINAL DE ACTIVIDADES ESPECÍFICAS, OBLIGACIONES DEL CONTRATISTA SERVICIOS PROFESIONALES Y APOYO A LA GESTIÓN SDS – FFDS</b>			
	Código:	SDS-CON-FT-014	Versión:	


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

	<b>No. DOCUMENTO DE IDENTIDAD: 1089478671</b>
--	---

<b>INFORME SUPERVISOR DE CONTRATO – CERTIFICADO DE CUMPLIMIENTO</b>	
<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% de ejecución del contrato.</p>	<b>OTRAS OBSERVACIONES:</b>  NO APLICA



<b>INFORME SUPERVISOR DE CONTRATO – SEGUIMIENTO A LOS RIESGOS DEL CONTRATO</b>				
<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	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

<b>SUPERVISOR (E)</b>	<b>NOMBRE Y APELLIDO:</b> <b>LUISA FERNANDA BONILLA</b> Dirección de Provisión de Servicios en Salud Profesional Especializado. Código 222 Grado 19 <b>FIRMA:</b> 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.
-----------------------	---

<b>REVISÓ</b>	<b>NOMBRE Y APELLIDO:</b> <b>MARIA DE JESÚS OLIVO DIAZ</b> <b>FIRMA:</b>  Firmado digitalmente por María De Jesus Olivo Díaz
---------------	---

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.

 <p>ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD</p>	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:	
Elaborado por: Carlos Andrés Montaña Buitrago /Revisado por: Nureidis Torres Vivas /Aprobado por: Katty Johana Rodríguez Lozano				

*\* Para el cálculo del % de ejecución del contrato se deben tener en cuenta las adiciones si aplica.*

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	1089478671	JHONNY ALEXANDER RIASCOS ONATE		CLL 44 #13-45 APTO 401	3214048244	jariascoso@unal.edu.co
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I - Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D. C.	

EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD

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	
2024-11	2024-11	I	29/11/2024	82180658	\$1.183.000	

## 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					
EPS008	Compensar EPS	860066942-7	509.500	0		0		0	0	0	0	509.500	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	652.200	0	0	0	0	0	0	0	652.200	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										
14-23	Positiva Seguros	860011153-6	21.300				21.300	0	0	21.300			213	21.300	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
<b>SENA</b>				
0	0	0	0	0
<b>ICBF</b>				
0	0	0	0	0
<b>ESAP</b>				
<b>MEN</b>				

### TOTALES POR SUBSISTEMA

Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	509.500	509.500
Pensión	1	652.200	652.200
Riesgos Laborales	1	21.300	21.300
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
<b>TOTALES</b>	<b>3</b>	<b>1.183.000</b>	<b>1.183.000</b>

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	1089478671	JHONNY ALEXANDER RIASCOS OÑATE		CLL 44 #13-45 APTO 401	3214048244	jariascoso@unal.edu.co
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I – Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D. C.	

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES	TOTAL A PAGAR				
2024-11	2024-11	I	29/11/2024	82180658	\$1.183.000	

DETALLE POR COTIZANTE																																															
INFORMACIÓN COTIZANTE										INFORMACIÓN NOVEDADES								PENSIÓN				SALUD			RIESGOS LABORALES			CCF			PARAFISCALES																
No.	Tipo	No. de identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subjeto	Exonerado	Com. exoner.	Exonerado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VBP	VBT	SILN	ISE	MA	MA	ASP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	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	1089478671	RIASCOS OÑATE JHONNY ALEXANDER	59	0			N																	25-14	4.076.000	652.200	0	0	0	0	EPS008	4.076.000	509.500	14-23	4.076.000	1	21.300		0	0	0	0	0	0	0	0

# PAGADA

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	1089478671	JHONNY ALEXANDER RIASCOS ONATE		CLL 44 #13-45 APTO 401	3214048244	jariascoso@unal.edu.co
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I - Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D. C.	

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	
2024-12	2024-12	I	10/12/2024	82545647	\$1.183.000	

## 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					
EPS008	Compensar EPS	860066942-7	509.500	0		0		0	0	0	0	509.500	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	652.200	0	0	0	0	0	0	0	652.200	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										
14-23	Positiva Seguros	860011153-6	21.300				21.300	0	0	21.300			213	21.300	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
<b>SENA</b>				
0	0	0	0	0
<b>ICBF</b>				
0	0	0	0	0
<b>ESAP</b>				
<b>MEN</b>				

TOTALES POR SUBSISTEMA			
Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	509.500	509.500
Pensión	1	652.200	652.200
Riesgos Laborales	1	21.300	21.300
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
<b>TOTALES</b>	<b>3</b>	<b>1.183.000</b>	<b>1.183.000</b>

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	1089478671	JHONNY ALEXANDER RIASCOS OÑATE		CLL 44 #13-45 APTO 401	3214048244	jariascoso@unal.edu.co
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I – Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D. C.	

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES	TOTAL A PAGAR				
2024-12	2024-12	\$1.183.000				

DETALLE POR COTIZANTE																																														
INFORMACIÓN COTIZANTE										INFORMACIÓN NOVEDADES								PENSIÓN				SALUD			RIESGOS LABORALES			CCF			PARAFISCALES															
No.	Tipo	No. de identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subjeto	Exonerado	Com. exonerado	Exonerado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VBP	VBT	SILN	ISE	MA	MA	ASP	ACT	IRL	CORRECCIÓN	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	1089478671	RIASCOS OÑATE JHONNY ALEXANDER	59	0			N																	25-14	4.076.000	652.200	0	0	0	0	EPS008	4.076.000	509.500	14-23	4.076.000	1	21.300		0	0	0	0	0	0	0

# PAGADA

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

**1. DATOS DEL BENEFICIARIO**

Nombre:	JHONNY ALEXANDER RIASCOS OÑATE	Regimen:	No Responsable	
Dirección:	CL 44 13 45 AP 402	Teléfono y Fax:		
C.C o NIT:	1089478671	Banco/Sucursal:	DAVIVIENDA	
			Cuenta No/Clase:	002770055057/A

**2. DATOS DEL COMPROMISO**

Compromiso a Pagar:	CT - CONTRATOS (CON / SIN LICITACIÓN)	No:	6674980	Interventor o responsable del recibo a satisfacción del bien o servicio:	TOTAL
Acta de Recibo No:		Nombre del Interventor:			

**Detalle**

CTO-NO6674980-PLANILLA OGI\_VIGENCIA-NOVIEMBRE 2024-PERIDO DE:01-nov 30-nov-2024

Tipo de Orden de Pago:	VIGENCIA
------------------------	----------

**3. MOVIMIENTO PRESUPUESTAL**

Fuente de financiación:

IMPUTACIÓN PRESUPUESTAL

CDP	Código Rubro	Registro	Nombre	Valor Aplicación (Gasto)
4286	02-3-01-17-019-06-20240187-147061051	4214	Contratacion del Recurso Humano	\$7.313.450,00
<b>VR BRUTO</b>	<b>SIETE MILLONES TRESCIENTOS TRECE MIL CUATROCIENTOS CINCUENTA PESOS</b>			<b>\$7.313.450,00</b>

ID Rubro	Fuente	Detalle	Valor	
02-3-01-17-019-06-20240187-147061051	01	12013	\$7.313.450,00	
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	\$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
ESTAMPILLA - EST_PROCLTURA 0,5%	.5	\$7.313.450,00	2-4-36-90-0003	\$36.567,00
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

Valor amortización:	TOTAL DESCUENTOS		\$304.000,00
Id fuente	Detalle	VALOR NETO A GIRAR	\$7.009.450,00
01	Recursos Del Distrito	SIETE MILLONES NUEVE MIL CUATROCIENTOS CINCUENTA PESOS	Código contable
12013	APORTE ORDINARIO		2-4-01-02-0003

**MOVIMIENTO TESORERÍA**

Endosado a:	
Observaciones	Acreeedor (Exclusivamente para transferencia de la administración)
	Nombre _____
	Cédula _____ Firma _____

YURY ANGELICA MEDINA OSPINA  
GESTION DE PAGOS

YOLANDA PATRICIA VALDERRAMA CORTES  
Responsable del Presupuesto





## CERTIFICADO DE AFILIACIÓN

### POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A.

#### HACE CONSTAR QUE:

Verificada la base de datos de afiliación en el Ramo de Riesgos Laborales se evidenció que, **JHONNY ALEXANDER RIASCOS OÑATE** identificado con CC No. **1089478671**, registra la siguiente información.

Datos del Contratante	Datos de la Relación Laboral
FONDO FINANCIERO DISTRITAL DE SALUD - NI. 800246953	<b>Fecha de inicio de cobertura:</b> 29/08/2024 <b>Estado Afiliación:</b> ACTIVO <b>Fecha de inicio de Contrato:</b> 29/08/2024 <b>Fecha fin de Contrato:</b> 31/12/2024 <b>Tipo Vinculación:</b> TRABAJADOR INDEPENDIENTE <b>Clase de Riesgo:</b> 1

Recuerde que una vez cumplida la fecha fin de contrato, el sistema aplica de forma automática la novedad de retiro, por lo anterior, en caso de tener un nuevo contrato o prórroga deberá realizar la correspondiente novedad a través de nuestro portal [www.positivaenlinea.gov.co](http://www.positivaenlinea.gov.co), para continuar con la cobertura.

Para validar la información emitida en este certificado, visite nuestra página web y seleccione la opción 'VALIDAR CERTIFICADOS'. Ingrese el siguiente código (válido por un mes): 202401022660148.

Esta certificación se expide en la ciudad de Bogotá D.C. a los 30 días del mes de diciembre de 2024.

Cordialmente,

**GERENCIA DE AFILIACIONES Y NOVEDADES  
POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A.**