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:	*6705843-2024*		**Número (s) del Proyecto:**	*20240137-8140*	
Plazo de ejecución:	*117 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 01/12/2024 al 31/12/2024*		**Porcentaje de pago:**	*25,64%*	
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 el marco del proyecto de Fortalecimiento para el acceso a los servicios de salud con calidad en la población Bogotá D.C. en la Subdirección Inspección, Vigilancia y Control de Servicios de Salud*				
Valor inicial	*$ 13.772.108*	**Cofinanciación:**	*N/A*	**FFDS:**	*$13.772.108*
Valor total (Inicial + Adicionales o - Reducciones)	*$ 13.146.900*	**Cofinanciación:**	*N/A*	**FFDS:**	*$13.146.900*
Valor a cancelar:	*Tres Millones Trescientos Setenta y Un Mil Pesos m /Cte*		*$3.371.000*		
Fecha inicio del contrato o Convenio (Según acta de inicio):	*4/09/2024*		**Fecha terminación Contrato o Convenio (incluidas las prorrogas).**	*31/12/2024*	
Número y valor de las adiciones o reducciones del contrato / convenio:	*N/A*		*Reducción No.1: $625,208*		*N/A*
Número y tiempo de las prórrogas o disminución de plazo del contrato / convenio :	*N/A*		*Disminución No.1: de 6 días del 28 agosto al 3 septiembre 2024*		*N/A*
Otro tipo de modificaciones contractuales	*Fecha (DD/MM/AA)*	*Concepto:*	*N/A*		
Valor ejecutado:	*$13.146.900*		**Saldo por ejecutar:**	*$0*	
Porcentaje de ejecución:	*100,00%*	**Número de Factura o cuenta de cobro:**	*AM12468*	**Número de pago:**	*Cuatro*
Número (s) de CDP y registro (s) presupuestal (es) que amparan este pago:	**CDP 4393-2024 y RP 4398-2024 por valor de :$3.371.000**			**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 Direcciòn Financiera. En el caso de cambiar cuenta bancaria, anexar la nueva certificaciòn no superior a 30 dias, e informar al àrea de Contabilidad - Dirección Financiera, para su actualizaciòn en el modulo de terceros.*	
Anexos:	*FACTURA ELECTRONICA AM12468*			**¿Se tienen las garantías actualizadas?:**	*Marcar con una equis (X)* X NO
Observaciones :	*Nivel de Riesgo 1 para cotizacion ARL _* *EL SALDO DE $625.208 SE LIBERARA CONTRALIQUIDACION*				

La presente certificación se expide a los: 09/01/2025 , 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.

Nombre del Supervisor: Ronald Alexander Tovar

Cargo: Subdirector de Inspección, Vigilancia y Control de Servicios de Salud (E)

	Nombres completos	Firma	Teléfono o Ext.	Fecha
Referente(s) Técnico(s):	***Carlos Alberto Bautista Garzon***			*9/01/2025*
Referente(s) Financiero(s):	***Dario Alfonso Solano Guerrero***	Dario S		

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

Fecha Validación DIAN: 01/08/2025 5:07 PM

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: ff38eaf41e2bf5d0eeb3c618acfb4a9eb1268978b49b332c147ee974548ac4606e7e6c5397fc3ce61af8705d671f2eae

Crédito

FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA **AM12468**

FECHA: 2025-01-08 17:07:58

SEÑORES : FONDO FINANCIERO DISTRITAL DE SALUD

FECHA VENCIMIENTO: 1/8/2025

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 6705843 DE 2024 DESDE EL 1 HASTA 31 DICIEMBRE DEL 2024	1	ZZ	2,832,773.00	538,226.87	19%	2,832,773.00

SUBTOTAL 2,832,773.00

DESCUENTO	SUBTOTAL	I.V.A	TOTAL	RETENCION	RETE ICA.	TOTAL A PAGAR
0.00	2,832,773.00	538,226.87	3,370,999.87	0.00	0.00	3,371,000

AUTORIZACIÓN NUMERACIÓN DE FACTURACIÓN No. 18764076811906 DE 2024-08-08 DE AM11843 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

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD	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: **Subdirección Inspección Vigilancia y control de servicios de salud**	**CONTRATO No.** **6705843**	**PERIODO DEL CONTRATO:** Fecha de Inicio: 04/09/2024 Fecha de Terminación: 31/12/2024
ENTIDAD CONTRATANTE: **FONDO FINANCIERO DISTRITAL DE SALUD**		**PLAZO DE EJECUCIÓN:** Ciento Diez y Siete días (117) **PRÓRROGA:**
CONTRATISTA: **ANA MARIA LIZARAZO SALAZAR** ***CC 52062915***		Fecha de Inicio (Prórroga): Fecha de Terminación (Prórroga): **SUSPENSIÓN**
SUPERVISOR (Nombre y cargo): **RONALD ALEXANDER TOVAR SIERRA-** Subdirección de Inspección Vigilancia Control de Servicios de Salud (E)- SUBDIRECTOR TECNICO 68 GRADO 6		Fecha de Inicio (Suspensión): Nueva Fecha de Terminación (Suspensión **PERIODO DEL INFORME:** ***01/12/2024 – 31/12/2024***
OBJETO DEL CONTRATO: Prestar servicios técnicos en el apoyo administrativo de las actividades desarrolladas en el marco del proyecto de Fortalecimiento para el acceso a los servicios de salud con calidad en la población Bogotá D.C. en la Subdirección Inspección, Vigilancia y Control de Servicios de Salud		

BALANCE FINANCIERO DEL CONTRATO	
VALOR INICIAL DEL CONTRATO:	$ 13.772.108,00
VALOR ADICIÓN (SI APLICA):	$ 00.000.000,00
VALOR INDEXACIÓN (SI APLICA):	$ 00.000.000,00
VALOR CEDIDO (SI APLICA)	$ 00.000.000,00
VALOR A LIBERAR (SI APLICA)	$ 625.208
VALOR PAGADO AL CONTRATISTA O CESIONARIO (SI APLICA):	$9.775.900,00
VALOR A PAGAR EN EL PRESENTE PERIODO DEL INFORME:	$3.371.000,00
SALDO POR EJECUTAR:	$0.000.000,00

ACTIVIDADES ESPECIFICAS, OBLIGACIONES DEL CONTRATISTA DESARROLLADAS DE ACUERDO CON EL OBJETO CONTRACTUAL		
OBLIGACIONES	**AVANCE ACTIVIDADES**	**EVIDENCIAS O SOPORTE**

(Las estipuladas en la minuta del contrato)	(Desarrolladas en el periodo objeto del informe - referente a la obligación)	(Con respecto a la actividad desarrollada y donde reposan)
1. Brindar apoyo técnico en los trámites del sistema de gestión de radicación Agilsalud, y envío de las actuaciones administrativas y correspondencia dentro de los dos (2) días siguientes a su asignación, a excepción de los casos que requiera gestión inmediata. .	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 63 ETIQUETAS AGILSALUD, se imprmieron y 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 para radicados en total 41 preliminares. *Se realiza cargue de evidencias en la ruta: * 6705843_Ana Maria Lizarazo_CONSOLIDADO SEGPLAN DICIEMBRE 2024..pdf *6705843_Ana Maria Lizarazo_Expedientes tramitados a abogados-DICIEMBRE 2024..pdf *6705843_Ana Maria Lizarazo_radicados DICIEMBRE 2024..pdf * 6705843_Ana Maria Lizarazo_repartos a abogados y otros-DICIEMBRE 2024..pdf
2-. Imprimir y anexar en el respectivo expediente el certificado de envío 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 (261) y se anexan a los respectivos expedientes, foliando cada uno de ellos. Se devolvieron Expedientes en los tiempos establecidos.

3. Apoyar el proceso de gestión documental, relacionado 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 correspondencia de externas e internas en el aplicativo AGILSALUD (41) Se escaneo todos los documentos necesarios para subir comunicaciones AGILSALUD (261)
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 notificación en el proceso de notificaciones un dia que fue requerido	*Se notifica el dia 02 de Diciembre 2024 , se atiende a 1 persona dando la información requerida de avance de procesos
5. Mantener actualizada la información entre las bases de datos y el 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 elabora control en Excel de las notificaciones enviadas. Se Organiza expedientes para reparto abogados	Se organizaron 985 expedientes con Actuaciones Administrativas Enviadas, certificados de envíos y se anexaron respuestas enviadas de entidades y Personas y realiza la respectiva revisión y direccionamiento de cada tramite a seguir e ingreso a las bases de Datos con toda la información de preliminar, entidad fecha y folios, se realiza direccionamiento para calificación salud, jurídica, reparto abogados y técnico para tramite se escribe en hoja de ruta y base los tramites correspondientes. Se elaboro un Excel de inventario con los expedientes pendientes de tramite para reparto abogado de años vigentes 2023 y 2024 entre requerimientos, respuestas, Art. 51, autos de archivo (405) Se encarpetaron 55 preliminares 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 organizaron expedientes para reparto abogados, se elaboro un Excel relacionando cada uno de ellos con información del expediente como numero, prestador, numero de folios, cds, y tramite a realizar, posteriormente se actualiza base con el abogado o persona asignada para cada tramite Actualizando la base cada que se entrega o recibe
6-. Asistir a las reuniones realizadas por la 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 por el área. .	PRUEBAS DE FLUJO PRELIMINAR Y SNCIONATORIO A PRESTADORES EN EL APLICATIVO DE AGILSALUD	Asisti a esta reunión Virtual el dia 20 de diciembre en el horario de 8:00 am a 10:30 am
7. . Aplicar el Manual de Servicio a la Ciudadanía de la SDS en la prestación de trámites y servicios al público a través de los canales institucionales dispuestos para su atención.	Se brinda información general sobre aspectos y tramites básicos de la dependencia a usuarios internos y externos	Se prestó colaboración e información a mis compañeros que así lo requirieron.
8. . Dar estricto cumplimiento al Anexo Técnico dependiendo de la necesidad o prioridad de los procedimientos que requiera la Subdirección de Inspección Vigilancia y Control de Servicios de Salud	Se da estricto cumplimiento al Anexo técnico, según las necesidades que se presentaron en la Subdirección de Inspección Vigilancia y Control de Servicios de Salud	Se dio estricto cumplimiento al Anexo técnico, según las necesidades que se presentaron en la Subdirección de Inspección Vigilancia y Control de Servicios de Salud

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:	1069440438	No Planilla:	1069440438	No Planilla:	1069440438
Mes(es) cancelado(s):	DICIEMBRE	Mes(es) cancelado(s):	DICIEMBRE	Mes(es) cancelado(s):	DICIEMBRE

EN CASO DE INFORME FINAL DE EJECUCIÓN					
Relación de usuario y clave de acceso al equipo de cómputo:	**AMLIZARAZO**	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**	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					
CONTRATISTA	**NOMBRES Y APELLIDOS: Ana Maria Lizarazo Salazar** **FIRMA:** ANAMARIALIZARAZO S **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 realizó la entrega de actividades y bienes a cargo incluyendo la devolución del cané 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** Subdirector 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 EDUARDO RAMOS ZAMORA** Profesional Especializado
	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.*

ARL

sura

Medellin, 20 de diciembre de 2024

LA DIRECCIÓN DE AFILIACIONES Y RECAUDOS HACE CONSTAR:

Que **ANA MARIA LIZARAZO SALAZAR** con documento de identidad **C52062915**, 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
2024-09-04	2024-12-31	INDEPENDIENTE CON CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS SUPERIOR A UN MES	PRINCIPAL DC	0000000001	1	0.522	EN COBERTURA

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

FONDO FINANCIERO DISTRITAL DE SALUD

BOGOTÁ | SECRETARÍA DE SALUD

Vig Ppto: 2024

ORDEN DE PAGO

No: 422338

Usuario Dilig: LECAMPOS
Fecha de Impresión: 09/01/2025
Estado: GIRADA

Entidad:	FONDO FINANCIERO DISTRITAL DE SALUD				
Código:	201	Unidad Eje:	01	Fecha Diligenciamiento:	17-DEC-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:	6705843	Interventor o responsable del recibo a satisfacción del bien o servicio:	TOTAL
Acta de Recibo No:		Nombre del Interventor:			

Detalle

168-022100_0137 PRESTAR SERVICIOS TÉCNICOS EN EL APOYO ADMINISTRATIVO DE LAS ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL MARCO DEL PROYECTO DE FORTALECIMIENTO PARA EL ACCESO A LOS SERVICIOS DE SALUD CON CALIDAD EN LA POBLACIÓN BOGOTÁ D.C. EN LA SUBDIRECCIÓN INSPECCIÓN, VIGILANCIA Y CONTROL DE SERVICIOS DE SALUD PERIODO 1 AL 30 NOVIEMBRE 2024. FACTURA AM 12304. PAGO 3

Tipo de Orden de Pago:	VIGENCIA

3. MOVIMIENTO PRESUPUESTAL

Fuente de financiación:

IMPUTACIÓN PRESUPUESTAL

CDP	Código Rubro	Registro	Nombre	Valor Aplicación (Gasto)
4393	O2-3-01-17-019-03-20240137-155175051	4398	Contratacion del Recurso Humano	$3.371.000,00

VR BRUTO	TRES MILLONES TRESCIENTOS SETENTA Y UN MIL PESOS	$3.371.000,00

ID Rubro	Fuente	Detalle	Valor	
O2-3-01-17-019-03-20240137-155175051	01	12013	$3.371.000,00	
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	$3.371.000,00
ESTAMPILLA - EST_PROCULTURA 0,5%	.5	$2.832.773,00	2-4-36-90-0003	$14.164,00
RETEIVA - IVA RETENIDO RESP REGIMEN COMUN	15	$538.227,00	2-4-36-25-0001	$80.734,00
RETEICA- SERVICIOS 0,766%	.766	$2.455.473,00	2-4-36-27-0001	$18.809,00
ESTAMPILLA ADULTO MAYOR 2%	2	$2.832.773,00	2-4-36-90-0007	$56.655,00

Valor amortización:

Id fuente	Detalle
01	Recursos Del Distrito
12013	APORTE ORDINARIO

TOTAL DESCUENTOS		$170.362,00
VALOR NETO A GIRAR	TRES MILLONES DOSCIENTOS MIL SEISCIENTOS TREINTA Y OCHO PESOS	$3.200.638,00
		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

PAGOSIMPLE | REPORTE INDIVIDUAL

Fecha creación reporte 2025-01-08, 04:17:25 PM **Tipo Planilla** I **Número Planilla** 1069440438

Periodo Cotización 202412 **Periodo Servicio** 202412

Cliente:

PAGADA 2025-01-08

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!

No. Solicitud 202402003

EL SUSCRITO PROFESIONAL ESPECIALIZADO DE LA DIRECCIÓN ADMINISTRATIVA - SUBDIRECCIÓN DE BIENES Y SERVICIOS

CERTIFICA

Que, revisados los registros de elementos devolutivos en servicio que aparecen en el sistema de Control de Propiedad, Planta y Equipo de la Entidad, se constató que, a la fecha, ANA MARIA LIZARAZO SALAZAR identificado(a) con CEDULA DE CIUDADANIA número 52062915 de la SUBDIRECCIÓN DE INSPECCIÓN, VIGILANCIA Y CONTROL DE SERVICIOS DE SALUD, dio cumplimiento a lo establecido en la Resolución 858 del 11 de junio de 2021.

Se expide la presente certificación en Bogotá, D.C., a los Dieciocho 18 días de diciembre del Dos Mil Veinticuatro 2024 la cual tendrá validez por treinta (30) días calendario, contados a partir de la fecha de expedición.

CARLOS FERNANDO MEZA SOLIS
Delegado Propiedad Planta y Equipo

Para uso exclusivo - Propiedad Planta y Equipo

Verificación realizada en el Sistema por: Yaneth Patricia Romero Quiroz	Firma YPROMERO

No. Solicitud 202402003

EL SUSCRITO PROFESIONAL ESPECIALIZADO DE LA DIRECCIÓN ADMINISTRATIVA - SUBDIRECCIÓN DE BIENES Y SERVICIOS

CERTIFICA

Que, revisados los registros de elementos devolutivos en servicio que aparecen en el sistema de Control de Propiedad, Planta y Equipo de la Entidad, se constató que, a la fecha, ANA MARIA LIZARAZO SALAZAR identificado(a) con CEDULA DE CIUDADANIA número 52062915 de la SUBDIRECCIÓN DE INSPECCIÓN, VIGILANCIA Y CONTROL DE SERVICIOS DE SALUD, dio cumplimiento a lo establecido en la Resolución 858 del 11 de junio de 2021.

Se expide la presente certificación en Bogotá, D.C., a los Dieciocho 18 días de diciembre del Dos Mil Veinticuatro 2024 la cual tendrá validez por treinta (30) días calendario, contados a partir de la fecha de expedición.

Carlos Fdo.
CARLOS FERNANDO MEZA SOLIS
Delegado Propiedad Planta y Equipo

Para uso exclusivo - Propiedad Planta y Equipo

Verificación realizada en el Sistema por: Yaneth Patricia Romero Quiroz	Firma YPROMERO