




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

<b>DESPACHO – SUBDIRECCIÓN – DIRECCIÓN U OFICINA:</b>  <b>SUBDIRECCION DE INSPECCIÓN, VIGILANCIA Y CONTROL DE SERVICIOS DE SALUD</b>	<b>CONTRATO No. 7132649</b>	<b>PERIODO DEL CONTRATO:</b> Fecha de Inicio: 13/12/2024
		Fecha de Terminación: 13/07/2025
<b>ENTIDAD CONTRATANTE:</b> Fondo Financiero Distrital de Salud		<b>PLAZO DE EJECUCIÓN:</b> Siete (7) Meses
<b>CONTRATISTA:</b> CARLOS JULIO LOPEZ ALFONSO		<b>PRÓRROGA:</b> Fecha de Inicio (Prórroga): 14/07/2025
		Fecha de Terminación (Prórroga): 31/07/2025
		<b>SUSPENSIÓN:</b> Fecha de Inicio (Suspensión):
<b>SUPERVISOR (Nombre y cargo):</b>  MARIANA BARROS CADENA - Subdirectora de Inspección Vigilancia y Control de servicios de salud - Subdirectora técnico código 68 grado 06		Nueva Fecha de Terminación (Suspensión):
		<b>PERIODO DEL INFORME:</b> 01/07/2025 – 31/07/2025
	<b>OBJETO DEL CONTRATO:</b> Prestar servicios de apoyo administrativo en las actividades desarrolladas en el marco del proyecto del 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	
<b>VALOR INICIAL DEL CONTRATO:</b>	\$ 17.520.033,00
<b>VALOR ADICIÓN (SI APLICA):</b>	\$ 01.482.145,00
<b>VALOR INDEXACIÓN (SI APLICA):</b>	\$ 00.801.271,00
<b>VALOR CEDIDO (SI APLICA);</b>	\$ 00.000.000,00
<b>VALOR A LIBERAR (SI APLICA):</b>	\$ 00.000.000,00
<b>VALOR PAGADO AL CONTRATISTA O CESIONARIO (SI APLICA):</b>	\$ 17.187.350,00
<b>VALOR A PAGAR EN EL PRESENTE PERIODO DEL INFORME:</b>	\$ 02.615.550,00
<b>SALDO POR EJECUTAR:</b>	\$ 00.000.000,00

 <p>ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD</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				

<b>ACTIVIDADES ESPECIFICAS, OBLIGACIONES DEL CONTRATISTA DESARROLLADAS DE ACUERDO CON EL OBJETO CONTRACTUAL</b>		
<b>OBLIGACIONES</b> (Las estipuladas en la minuta del contrato)	<b>AVANCE ACTIVIDADES</b> (Desarrolladas en el periodo objeto del informe - referente a la obligación)	<b>EVIDENCIAS O SOPORTE</b> (Con respecto a la actividad desarrollada y donde reposan)
<p><b>1.</b> Apoyar las actividades relacionadas con archivo e incorporación de la documentación en los expedientes dentro de los dos (2) días siguientes al reparto asignado, dejando la respectiva evidencia de la fecha de incorporación de la información, así mismo 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.</p>	<p>Apoyar en la organización, de los expedientes en el archivo de gestión.</p>	<p>Se archivaron expedientes, en las diferentes etapas del proceso (Descargos, Alegatos, Recurso,).</p> <p>Ubicación: Drive SDS, Inv-lvc</p> <p>Área dueña de dato: Subdirección De Inspección, Vigilancia Y Control De Servicios De Salud.</p> <p>Para tener accesos a la evidencia o soporte lo invitamos hacerlo mediante los canales institucionales establecidos por la Secretaria Distrital de Salud en el siguiente cjlopez-7132649 (Ver Secop II)</p>
<p><b>2.</b> Gestionar la correspondencia y documentación, mediante la organización, clasificación y archivo, realizando el respectivo registro en las herramientas establecidas con el fin de facilitar la búsqueda y recuperación de estos de acuerdo con los procedimientos establecidos por la Subdirección Inspección Vigilancia y Control de Servicios de Salud.</p>	<p>Prestar apoyo en el diligenciamiento de la correspondencia a cada una de las investigaciones en el aplicativo SIIAS.</p>	<p>No se requirió en el presente informe.</p>
<p><b>3.</b> Apoyar el trámite de notificación de las actuaciones de acuerdo con el cronograma establecido por el área según la necesidad de esta, dejando la evidencia en la herramienta definida por el área.</p>	<p>Prestar apoyo en la notificación personal</p>	<p>Se notificaron 33 procesos</p>
<p><b>4.</b> Mantener la actualización entre las bases de datos y la información del archivo físico existente, de</p>	<p>Realizar reparto de expedientes para comunicación de apertura</p>	<p>Se hizo reparto de 16 expedientes</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				

competencia de la Subdirección Inspección Vigilancia y Control de Servicios de Salud.		
5. 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.	Prestar apoyo en la creación y actualización de expedientes en el aplicativo SIIAS	Se registraron 170 expedientes en el aplicativo SIIAS y en la base del consecutivo
6. Asistir a las reuniones, talleres ético-normativos y demás actividades programadas por la Dirección de Calidad de Servicios de Salud — Subdirección Inspección, Vigilancia y Control de Servicios de Salud, con el fin de unificar criterios y verificar las actividades adelantadas, de acuerdo con los lineamientos emitidos por el supervisor del contrato.	Se realiza según se va generando la necesidad	No se requirió en el presente informe
7. Realizar las demás actividades que le sean asignadas por el Supervisor del Contrato, que apliquen de acuerdo con la naturaleza del objeto contractual.	Prestar apoyo en escaneo de expedientes	15 expedientes.



#### 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 se dejaron trámites pendientes.


**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:	PSITIVA
				Nivel Riesgo:	Riesgo (UNO)1
Suma cancelada:	\$ 178.000,00	Suma cancelada:	\$ 227.800,00	Suma cancelada:	\$ 34.900,00
No Planilla:	88489642	No Planilla:	88489642	No Planilla:	88489642
Mes(es) cancelado(s):	Julio 2025	Mes(es) cancelado(s):	Julio 2025	Mes(es) cancelado(s):	Julio 2025

	<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

EN CASO DE INFORME FINAL DE EJECUCIÓN					
Relación de usuario y clave de acceso al equipo de cómputo:	Cjlopez Junio1924*	Relación de usuarios y clave de acceso a los sistemas de información (SICAF, AGILSALUD, SICAPITAL, SIAS, SIRC, SIDBA, SIPROJ, ETC.), si aplica a sus actividades:	SIAS: Cjlopeza Junio1924*	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):	cjlopez-7132649 (Ver Secop II)
FIRMA DEL CONTRATISTA					
<b>CONTRATISTA</b>	<b>NOMBRES Y APELLIDOS:</b> CARLOS JULIO LOPEZ ALFONSO				
	<b>FIRMA:</b> 				
	<b>No. DOCUMENTO DE IDENTIDAD:</b> 79.461.481				

INFORME SUPERVISOR DE CONTRATO – CERTIFICADO DE CUMPLIMIENTO	
<p>Que, de conformidad con el informe de actividades presentado para el periodo indicado en el mismo, el supervisor da cuenta del cumplimiento de las actividades específicas, obligaciones del contratista desarrolladas de acuerdo con el objeto contractual, las cuales fueron descritas en el informe, y según el periodo de ejecución reportado. Acreditando un cumplimiento hasta la fecha de reporte del 100% de ejecución del contrato.</p> <p>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.</p>	<p><b>OTRAS OBSERVACIONES:</b></p> <p>NO APLICA</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

**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

<b>SUPERVISOR</b>	<b>BOMBRE Y APELLIDO: MARIANA BARROS CADENA</b> <b>Subdirectora Inspección, Vigilancia y Control de Servicios de Salud</b> <b>Subdirectora Técnico Código 68 Grado 06</b>
	<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: HEYDE RODRIGUEZ PEREZ</b> <b>Profesional especializado</b> 
	<b>FIRMA:</b> El presente informe es suscrito por el apoyo a la supervisión de manera electrónica a través de la plataforma SECOP II módulo plan de pagos, de conformidad con las condiciones establecidas por la Agencia Nacional de Contratación Pública-Colombia Compra Eficiente en su calidad de administradora del Sistema Electrónico para la Contratación Pública SECOP.

**NOTAS:**

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

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	79461481	CARLOS JULIO LOPEZ ALFONSO		calle 63 n 23 40 apto 301	3105537950	cjlopeza1924@gmail.com
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	
2025-06	2025-06	I	28/07/2025	87958241	\$443.700	

## 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	178.000	0		0		0	11	1.300	0	179.300	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	227.800	0	0	0	0	11	1.600	0	229.400	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										
14-23	Positiva Seguros	860011153-6	34.700				34.700	11	300	35.000			347	35.000	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	11	0	0	0
<b>ICBF</b>				
0	11	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	178.000	179.300
Pensión	1	227.800	229.400
Riesgos Laborales	1	34.700	35.000
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>440.500</b>	<b>443.700</b>

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	79461481	CARLOS JULIO LOPEZ ALFONSO		calle 63 n 23 40 apto 301	3105537950	cjlopeza1924@gmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I – Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	
						EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
						NO

DATOS DE LA PLANILLA							
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD		
					EMPLADOS	UPC	
					1	0	
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES					TOTAL A PAGAR	
2025-06	2025-06	1	28/07/2025	87958241	\$443.700		

DETALLE POR COTIZANTE																																															
INFORMACIÓN COTIZANTE										INFORMACIÓN NOVEDADES								PENSIÓN				SALUD			RIESGOS LABORALES			CCF			PARAFISCALES																
No.	Tipo	No. de identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subjeto	Exonerado	Colom. exonerado	Exonerado	ING	RET	TDE	TAE	TOP	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	79461481	LOPEZ ALFONSO CARLOS JULIO	59	0			N																	25-14	1.423.500	227.800	0	0	0	0	EPS008	1.423.500	178.000	14-23	1.423.500	3	34.700		0	0	0	0	0	0	0	0

# PAGADA

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	79461481	CARLOS JULIO LOPEZ ALFONSO		calle 63 n 23 40 apto 301	3105537950	cjlopeza1924@gmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I - Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D. C.	
EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD						
NO						

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2025-07	2025-07	I	28/07/2025	88489642	\$440.500	

## 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	178.000	0		0		0	0	0	0	178.000	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	227.800	0	0	0	0	0	0	0	227.800	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	34.700				34.700	0	0	34.700			347	34.700	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	178.000	178.000
Pensión	1	227.800	227.800
Riesgos Laborales	1	34.700	34.700
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>440.500</b>	<b>440.500</b>

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	79461481	CARLOS JULIO LOPEZ ALFONSO		calle 63 n 23 40 apto 301	3105537950	cjlopeza1924@gmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I – Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	
						EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
						NO

DATOS DE LA PLANILLA							
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD		
					EMPLADOS	UPC	
					1	0	
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES					TOTAL A PAGAR	
2025-07	2025-07	1	28/07/2025	88489642	\$440.500		

DETALLE POR COTIZANTE																																															
INFORMACIÓN COTIZANTE										INFORMACIÓN NOVEDADES								PENSIÓN				SALUD			RIESGOS LABORALES			CCF			PARAFISCALES																
No.	Tipo	No. de identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subjeto	Estratificación	Columna especial	Exonerado	ING	RET	TDE	TAE	TOP	TAP	VBP	VBT	SILN	ISE	MA	MAA	ASAP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntario 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	79461481	LOPEZ ALFONSO CARLOS JULIO	59	0			N																	25-14	1.423.500	227.800	0	0	0	0	EPS008	1.423.500	178.000	14-23	1.423.500	3	34.700		0	0	0	0	0	0	0	0

# PAGADA

## LA GERENCIA DE AFILIACIONES Y NOVEDADES CERTIFICA QUE:

El usuario mencionado a continuación registra la siguiente información en el ramo de Riesgos Laborales. La información aquí proporcionada es verídica y se registra conforme a los datos suministrados.

Datos del empleador			
<b>Nombres y apellidos o Razón Social</b>	FONDO FINANCIERO DISTRITAL DE SALUD		
<b>Tipo de documento de identificación</b>	NI	<b>Número de documento de identificación</b>	800246953
Datos del trabajador			
<b>Tipo documento y número de identificación</b>	CC 79461481	<b>Nombres y apellidos</b>	CARLOS JULIO LOPEZ ALFONSO
<b>Fecha de afiliación</b>	2024-12-13	<b>Estado de afiliación</b>	<b>Activo</b>
<b>Fecha de inicio cobertura</b>	2024-12-13	<b>Tipo de vinculación</b>	Independiente
<b>Clase de riesgo</b>	1	<b>Fecha de retiro</b>	

Esta certificación se expide a los 28 días del mes de julio del 2025.

Cordialmente,

### Gerencia de afiliaciones y novedades

#### Positiva Compañía de Seguros S.A.:

Nit. 860.011.153-6 | Línea Gratuita Nacional: (+57) 01-8000-111-170 - Teléfono: +57 (601) 330 7000  
Defensor del Consumidor Financiero: Ana María Giraldo (Principal) - Pablo Valencia (Suplente) |  
defensordelcliente@positiva.gov.co | Carrera 10 #97A - 13, Oficina 502. Bogotá | +57 (601) 610 8164 | Lunes a Viernes 8:00  
a. m. – 6:00 p. m. | El Defensor, resolverá las quejas o reclamos, actuará como Conciliador ante Positiva  
Más información: <https://www.positiva.gov.co/web/guest/defensoria-del-consumidor>

LA ASEGURADORA  
DE TODOS LOS  
COLOMBIANOS

Puedes interponer una queja ante Positiva, o el Defensor, o la SFC u otro organismo de autorregulación.

[www.positiva.gov](http://www.positiva.gov)

Entidad:	FONDO FINANCIERO DISTRITAL DE SALUD				
Código:	201	Unidad Eje:	01	Fecha Diligenciamiento:	02-JUL-25

**1. DATOS DEL BENEFICIARIO**

Nombre:	CARLOS JULIO LOPEZ ALFONSO	Regimen:	No Responsable	
Dirección:	CL 36 F BIS SUR 9 08 ESTE	Teléfono y Fax:		
C.C o NIT:	79461481	Banco/Sucursal:	BCSC S.A.	
			Cuenta No/Clase:	24104294758/A

**2. DATOS DEL COMPROMISO**

Compromiso a Pagar:	IN - INDEXACION CONTRATOS (CON / SIN LICITACIÓN)	No:	7132649	Interventor o responsable del recibo a satisfacción del bien o servicio:	TOTAL
Acta de Recibo No:		Nombre del Interventor:			

**Detalle**

CTO-IN7132649-PLANILLA OGI\_VIGENCIA-JUNIO 2025-PERIDO DE:01-jun 30-jun-2025

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

**3. MOVIMIENTO PRESUPUESTAL**

Fuente de financiación:				IMPUTACIÓN PRESUPUESTAL					
CDP	Código Rubro	Registro	Nombre	Valor Aplicación (Gasto)					
2825	02-3-01-17-019-03-20240137-233175513	3238	Indexación - Contratación de Recurso Humano	\$44.091,00					
				<b>VR BRUTO</b>	<b>CUARENTA Y CUATRO MIL NOVENTA Y UN PESOS</b>				\$44.091,00
ID Rubro	Fuente	Detalle	Valor						
02-3-01-17-019-03-20240137-233175513	01	12013	\$44.091,00						
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	\$44.091,00
ESTAMPILLA - EST_PROCLTURA 0,5%	.5	\$44.091,00	2-4-36-90-0003	\$220,00
RETEICA- SERVICIOS 0,966%	.966	\$37.091,00	2-4-36-27-0001	\$358,00
ESTAMPILLA ADULTO MAYOR 2%	2	\$44.091,00	2-4-36-90-0007	\$882,00
<b>TOTAL DESCUENTOS</b>				\$1.460,00
<b>VALOR NETO A GIRAR</b>	<b>CUARENTA Y DOS MIL SEISCIENTOS TREINTA Y UN PESOS</b>			\$42.631,00
			<b>Código contable</b>	2-4-01-02-0003

**MOVIMIENTO TESORERÍA**

Endosado a:	
-------------	--

Observaciones	Acreeador (Exclusivamente para transferencia de la administración)
	Nombre _____
	Cédula _____ Firma _____

YURY ANGELICA MEDINA OSPINA GESTION DE PAGOS	YOLANDA PATRICIA VALDERRAMA CORTES Responsable del Presupuesto
---	---



Entidad:	FONDO FINANCIERO DISTRITAL DE SALUD				
Código:	201	Unidad Eje:	01	Fecha Diligenciamiento:	02-JUL-25

**1. DATOS DEL BENEFICIARIO**

Nombre:	CARLOS JULIO LOPEZ ALFONSO	Regimen:	No Responsable	
Dirección:	CL 36 F BIS SUR 9 08 ESTE	Teléfono y Fax:		
C.C o NIT:	79461481	Banco/Sucursal:	BCSC S.A.	
			Cuenta No/Clase:	24104294758/A

**2. DATOS DEL COMPROMISO**

Compromiso a Pagar:	CT - CONTRATOS (CON / SIN LICITACIÓN)	No:	7132649	Interventor o responsable del recibo a satisfacción del bien o servicio:	TOTAL
Acta de Recibo No:		Nombre del Interventor:			

**Detalle**

CTO-NO7132649-PLANILLA OGI\_VIGENCIA-JUNIO 2025-PERIDO DE:01-jun 30-jun-2025

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

**3. MOVIMIENTO PRESUPUESTAL**

Fuente de financiación:		IMPUTACIÓN PRESUPUESTAL			
CDP	Código Rubro	Registro	Nombre	Valor Aplicación (Gasto)	
344	02-3-01-17-019-03-20240137-233175000	547	IVC-Prestación de servicios al FFDS - SDS	\$2.491.000,00	
<b>VR BRUTO</b>				<b>DOS MILLONES CUATROCIENTOS NOVENTA Y UN MIL PESOS \$2.491.000,00</b>	

ID Rubro	Fuente	Detalle	Valor	
02-3-01-17-019-03-20240137-233175000	01	12013	\$2.491.000,00	
Tipo	Com	Objeto	Ingreso	Banco
023	20202009	91122	01-5-01-01-004-09	

**4. MOVIMIENTO FINANCIERO Y CONTABLE**

Descripción	% Descuento	Base de Retención	Código Contable	VALORES
Valor Bruto			5-1-11-79-0001	\$2.491.000,00
RETEICA- SERVICIOS 0,966%	.966	\$2.097.300,00	2-4-36-27-0001	\$20.260,00
ESTAMPILLA ADULTO MAYOR 2%	2	\$2.491.000,00	2-4-36-90-0007	\$49.820,00
ESTAMPILLA - EST_PROCLTURA 0,5%	.5	\$2.491.000,00	2-4-36-90-0003	\$12.455,00

Valor amortización:	TOTAL DESCUENTOS		\$82.535,00
Id fuente	Detalle	VALOR NETO A GIRAR	\$2.408.465,00
01	Recursos Del Distrito	DOS MILLONES CUATROCIENTOS OCHO MIL CUATROCIENTOS SESENTA Y CINCO PESOS	Código contable
12013	APORTE ORDINARIO		2-4-01-02-0003

**MOVIMIENTO TESORERÍA**

Endosado a:	
-------------	--

Observaciones	Acreeador (Exclusivamente para transferencia de la administración)
	Nombre _____
	Cédula _____ Firma _____

YURY ANGELICA MEDINA OSPINA GESTION DE PAGOS	YOLANDA PATRICIA VALDERRAMA CORTES Responsable del Presupuesto
---	---



Entidad:	FONDO FINANCIERO DISTRITAL DE SALUD				
Código:	201	Unidad Eje:	01	Fecha Diligenciamiento:	02-JUL-25

**1. DATOS DEL BENEFICIARIO**

Nombre:	CARLOS JULIO LOPEZ ALFONSO	Regimen:	No Responsable	
Dirección:	CL 36 F BIS SUR 9 08 ESTE	Teléfono y Fax:		
C.C o NIT:	79461481	Banco/Sucursal:	BCSC S.A.	
			Cuenta No/Clase:	24104294758/A

**2. DATOS DEL COMPROMISO**

Compromiso a Pagar:	IN - INDEXACION CONTRATOS (CON / SIN LICITACIÓN)	No:	7132649	Interventor o responsable del recibo a satisfacción del bien o servicio:	TOTAL
Acta de Recibo No:		Nombre del Interventor:			

**Detalle**

CTO-INV7132649-PLANILLA OGI\_VIGENCIA-JUNIO 2025-PERIDO DE:01-jun 30-jun-2025

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

**3. MOVIMIENTO PRESUPUESTAL**

Fuente de financiación:				IMPUTACIÓN PRESUPUESTAL				
ID Rubro	Fuente	Detalle	Valor	CDP	Código Rubro	Registro	Nombre	Valor Aplicación (Gasto)
O2-3-01-17-019-03-20240137-233175513	01	12013	\$80.459,00	2796	O2-3-01-17-019-03-20240137-233175513	3047	Indexación - Contratación de Recurso Humano	\$80.459,00
				VR BRUTO	OCHENTA MIL CUATROCIENTOS CINCUENTA Y NUEVE PESOS			\$80.459,00
O23	20202009	91122	01-5-01-01-004-09					

**4. MOVIMIENTO FINANCIERO Y CONTABLE**

Descripción	% Descuento	Base de Retención	Código Contable	VALORES
Valor Bruto			5-1-11-79-0001	\$80.459,00
RETEICA- SERVICIOS 0,966%	.966	\$67.659,00	2-4-36-27-0001	\$654,00
ESTAMPILLA ADULTO MAYOR 2%	2	\$80.459,00	2-4-36-90-0007	\$1.609,00
ESTAMPILLA - EST. PROCULTURA 0,5%	.5	\$80.459,00	2-4-36-90-0003	\$402,00
<b>TOTAL DESCUENTOS</b>				<b>\$2.665,00</b>
<b>VALOR NETO A GIRAR</b>				<b>\$77.794,00</b>
SESENTA Y SIETE MIL SETECIENTOS NOVENTA Y CUATRO PESOS			Código contable	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
---	---

