| | | |
|---|---|---|
| **DESPACHO – SUBDIRECCIÓN – DIRECCIÓN U OFICINA:**<br>Subdirección de Garantía de Aseguramiento | **CONTRATO No.**<br>7281652-2025 | **PERIODO DEL CONTRATO:**<br>Fecha de Inicio: 22/01/2025<br>Fecha de Terminación: 25/09/2025 |
| **ENTIDAD CONTRATANTE:**<br>Secretaría Distrital de Salud / Fondo Financiero Distrital de Salud | | **PLAZO DE EJECUCIÓN:**<br>Doscientos cuarenta y cuatro (244) días<br>**PRÓRROGA:** |
| **CONTRATISTA:**<br>**LEYDY PAOLA VARGAS GONZALEZ** | | Fecha de Inicio (Prórroga):<br>Fecha de Terminación (Prórroga):<br>**SUSPENSIÓN:** |
| **SUPERVISOR (Nombre y cargo):**<br>**ADRIANA MARCELA MILLAN BAUTISTA**<br>Subdirección de Garantía del Aseguramiento- Profesional Universitario Código 219 Grado 14 | | Fecha de Inicio (Suspensión):<br>Nueva Fecha de Terminación (Suspensión):<br>**PERIODO DEL INFORME:**<br>01/07/2025 al 31/07/2025 |
| **OBJETO DEL CONTRATO:** Prestar servicios como bachiller en la Dirección de Aseguramiento y Garantía del Derecho a la Salud - Subdirección de Garantía del Aseguramiento para llevar a cabo las actividades relacionadas con la gestión, trámite y seguimiento de peticiones ciudadanas dentro de la competencia de la Dirección. | | |

| **BALANCE FINANCIERO DEL CONTRATO** | |
|---|---|
| **VALOR INICIAL DEL CONTRATO:** | $ 26.643.011 |
| **VALOR ADICIÓN (SI APLICA):** | $ 0 |
| **VALOR INDEXACIÓN (SI APLICA):** | $ 0 |
| **VALOR CEDIDO (SI APLICA)** | $ 0 |
| **VALOR A LIBERAR (SI APLICA)** | $ 0 |
| **VALOR PAGADO AL CONTRATISTA O CESIONARIO (SI APLICA):** | $ 17.361.634 |
| **VALOR A PAGAR EN EL PRESENTE PERIODO DEL INFORME:** | $ 3.275.780 |
| **SALDO POR EJECUTAR:** | $ 6.005.597 |

ACTIVIDADES ESPECIFICAS, OBLIGACIONES DEL CONTRATISTA DESARROLLADAS DE ACUERDO CON EL OBJETO CONTRACTUAL

| OBLIGACIONES<br>(Las estipuladas en la minuta del contrato) | AVANCE ACTIVIDADES<br>(Desarrolladas en el periodo objeto del informe - referente a la obligación) | EVIDENCIAS O SOPORTE<br>(Con respecto a la actividad desarrollada y donde reposan) |
|---|---|---|
| 1. Realizar llamadas telefónicas a los usuarios que interpusieron PQRS-(Peticiones – Quejas – Reclamos – Solicitudes) de casos priorizados por los profesionales del proceso gestión de peticiones, identificando la problemática o ampliando información para la gestión de la situación presentada informando del resultado | Se asignan cuarenta y siete (47) casos priorizados por la profesional **María Fernanda Flórez** del proceso gestión de peticiones de Aseguramiento, para el cual se identifica la problemática o ampliando información para la gestión de la | **Las evidencias se encuentran cargadas en el aplicativo SECOP II, No. 7 documentos de ejecución.** |

| | | |
|---|---|---|
| de la misma al referente del caso, y así establecer la acción de cierre o continuidad de la gestión del mismo de manera efectiva, haciendo el reporte requerido. | situación presentada informando del resultado de esta al referente del caso.<br><br>Se asignan veintidós 22 casos priorizados por la profesional **Laura Blandón d**el proceso gestión de peticiones de Aseguramiento, para el cual se identifica la problemática o ampliando información para la gestión de la situación presentada informando del resultado de esta al referente del caso. | |
| 2.Realizar seguimiento telefónico con el usuario para confirmar la respuesta y acción efectiva frente a la solución dada por las entidades e instituciones implicadas, para generar el respectivo cierre de la petición en la base de seguimiento y/o aplicativos respectivos, de acuerdo con la asignación del supervisor. | Se realizaron trecientos dieciséis (316) seguimientos de llamadas telefónicas a usuarios con requerimiento en el Sistema Bogotá Te Escucha y registro y cierre en la Base de la profesional **María Fernanda Flórez.**<br><br>Se realizaron ciento cuarenta y tres (143) seguimientos de llamadas telefónicas a usuarios con requerimiento en el Sistema Bogotá Te Escucha y registro y cierre en la Base de la profesional **Laura Blandón.** | **Las evidencias se encuentran cargadas en el aplicativo SECOP II, No. 7 documentos de ejecución.** |
| 3. Cargar de manera oportuna las respuestas efectivas emitidas por las Entidad Administradora de Planes de Beneficios en Salud- EAPB, respecto de las peticiones, quejas, reclamos y solicitudes en el Sistema Distrital de Peticiones Ciudadanas "Bogotá te Escucha" | Se realiza cargue de ciento cincuenta sesenta y cuatro (164) respuestas efectivas de las EAPB en el sistema información Bogotá te escucha el usuario de la profesional **María Fernanda Flórez.**<br><br>Se realiza cargue de cincuenta y tres (53) respuestas efectivas de las EAPB en el sistema información Bogotá te escucha en el usuario de la profesional **Laura Blandón.** | **Las evidencias se encuentran cargadas en el aplicativo SECOP II, No. 7 documentos de ejecución.** |
| 4. Realizar seguimiento de las peticiones, quejas, reclamos y solicitudes (PQRS) trasladadas a CAPITAL SALUD EPS a través del usuario en el sistema Bogotá Te Escucha | Se realizaron ciento dieciocho (118) seguimientos de las PQRS de la EPS **CAPITAL SALUD** del periodo 2025, teniendo en cuenta la respuesta de la EPS en el sistema “Bogotá Te Escucha” de la base del usuario de la profesional María Fernanda Flórez. | **Las evidencias se encuentran cargadas en el aplicativo SECOP II, No. 7 documentos de ejecución.** |

| | | |
|---|---|---|
| | Se realizaron sesenta y siete (67) seguimientos de las PQRS de la EPS **CAPITAL SALUD** del periodo 2025, teniendo en cuenta la respuesta de la EPS en el sistema "Bogotá Te Escucha" del usuario de la profesional Laura Blandón. | |
| 5. Apoyar en la elaboración de presentaciones y actas derivadas de las reuniones con las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios en Salud - EAPB y demás actividades que sean asignadas y que tenga relación con las PQRS, todo dentro de los tiempos definidos garantizando cumplimiento y acciones oportunas. | Para el presente periodo se elaboraron tres (3) presentaciones y tres (3) actas de reunión de mesas de trabajo con las EAPB, programadas para el mes de JULIO 2025.<br><br>**COOSALUD 1 acta**<br>**SANITAS 1 acta**<br>**NUEVA EPS 1 acta** | **Las evidencias se encuentran cargadas en el aplicativo SECOP II, No. 7 documentos de ejecución.** |
| 6. Realizar de manera oportuna la gestión de las actividades de apoyo administrativo relacionado con bases de datos, formatos de registro y planillas de la gestión de las Peticiones, quejas, reclamos y solicitudes- PQRS que ingresan a la Dirección de Aseguramiento y Garantía del Derecho a la Salud. | -Se realizó registro y apoyo administrativo en la base de trecientos dieciséis (316) casos del Bogotá te escucha para la profesional María Fernanda Flores.<br><br>- Se realizó registro y apoyo administrativo en la base de ciento cuarenta y tres (143) casos del Bogotá te escucha para la profesional Laura Blandón.<br><br>Se realizó registro y validación en la Base de mesa de trabajo **COOSALUD** de respuestas reportadas en el correo de aseguramiento de los requerimientos pendientes por soporte de respuesta de la EPS en los casos del Bogotá te escucha y entes para un total de veinte dos (22) requerimientos.<br><br>Se realizó registro validación para la Base mesa de trabajo **SANITAS** de respuestas reportadas en el correo de aseguramiento de los requerimientos pendientes por soporte de respuesta de la EPS | **Las evidencias se encuentran cargadas en el aplicativo SECOP II, No. 7 documentos de ejecución.** |

| | | |
|---|---|---|
| | en los casos del Bogotá te escucha y entes para un total de cincuenta y ocho (58) requerimientos.<br><br>Se realizó validación para la Base de trabajo quinientos setenta y seis (576) casos **NUEVA EPS** de respuestas reportadas en el correo de aseguramiento de los requerimientos pendientes por soporte de respuesta de la EPS en los casos del Bogotá te escucha. | |
| 7.Asistir a las reuniones convocadas por las diferentes dependencias de la Secretaría Distrital de Salud, y las demás que el supervisor requiera para el cumplimiento del objeto del presente contrato dentro de la oportunidad de los tiempos con la gestión al día para demostrar la eficiencia y oportunidad de las actividades ejecutadas. | Se asistió a reunión de mesas de trabajo con las EPS para el mes de JULIO de 2025.<br><br>**COOSALUD**<br>**SANITAS**<br>**NUEVAEPS**<br><br>Reunión de seguimiento grupo peticiones –socialización de seguimientos a la fecha.<br><br>PQRS 24/07/2025 | **Las evidencias se encuentran cargadas en el aplicativo SECOP II, No. 7 documentos de ejecución.** |

ESTADO TEMAS PENDIENTES DE TRÁMITE

Si es el último informe de ejecución, relacione el estado de los temas que le fueron asignados y que a la fecha se encuentren pendientes de trámite, indicando por qué no se han desarrollado:
NO APLICA

DECLARACIÓN: Manifiesto que he cumplido con las obligaciones derivadas del contrato y que las actividades mencionadas en el presente informe corresponden a las asignaciones realizadas, efectivamente desarrolladas en el periodo indicado en el mismo, declarando que seré responsable por las afirmaciones contenidas en el presente documento, que sirve como soporte para certificar el cumplimiento del objeto del contrato.

INFORMACIÒN PAGOS SEGURIDAD SOCIAL

| APORTES EN SALUD | | APORTES EN PENSIÓN | APORTES RIESGOS LABORALES | | |
|---|---|---|---|---|---|
| Empresa: | SALUD TOTAL | Empresa: | COLPENSIONES | Empresa: | POSITIVA |
| | | | | Nivel Riesgo: | 1 |
| Suma cancelada: | 178.000 | Suma cancelada: | 227.800 | Suma cancelada: | 7.500 |
| No Planilla: | 87359052 | No Planilla: | 87359052 | No Planilla: | 87359052 |
| Mes(es) cancelado(s): | JUNIO 2025 | Mes(es) cancelado(s): | JUNIO 2025 | Mes(es) cancelado(s): | JUNIO 2025 |

| EN CASO DE INFORME FINAL DE EJECUCIÓN | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| Relación de usuario y clave de acceso al equipo de cómputo: | NO APLICA | 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 | |
|---|---|
| **CONTRATISTA** | **NOMBRES Y APELLIDOS: LEYDY PAOLA VARGAS GONZALEZ** |
| | **FIRMA:** Leydy Paola Vargas G. |
| | **No. DOCUMENTO DE IDENTIDAD: 1.026.554.417 DE BOGOTA** |

| 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 **77,46 %** de ejecución del contrato. | **OTRAS OBSERVACIONES:**<br><br>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* | |
| 8 | Cambio de régimen NO responsable de IVA a Común o viceversa a cargo del contratista | | *X* | |
| 9 | Inadecuado manejo de la información a la cual tiene acceso el contratista | | *X* | |
| *10* | Demoras por parte de la entidad contratante (Supervisor) en la aprobación de los productos y/o informes presentados por el contratista | | *X* | |
| | | | | |

| | |
|---|---|
| **SUPERVISO** | **NOMBRE Y APELLIDO:**<br>**ADRIANA MARCELA MILLAN BAUTISTA** |

| | |
|---|---|
| | **FIRMA:** ADRIANA MARCELA MILLAN BAUTISTA |

*NOTAS:*

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

compensar | miplanilla.com

# PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES



| DATOS DEL APORTANTE | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| TIPO | NÚMERO | NOMBRE APORTANTE | DIRECCIÓN | TELÉFONO | CORREO | EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD |
| CC | 1026554417 | LEYDY PAOLA VARGAS GONZALEZ | CR 74 A No 42 C 58 SUR BQ 63 18 | 1234567 | paovar1507@gmail.com | |
| FORMA PRESENTACIÓN | CLASE APORTANTE | NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO | DEPARTAMENTO | CIUDAD / MUNICIPIO | | |
| ÚNICA | I – Independiente | | BOGOTÁ D. C. | BOGOTÁ, D.C. | | NO |

| DATOS DE LA PLANILLA | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| PLANILLA ASOCIADA | FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO) | TIPO PLANILLA | FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO) | NÚMERO PLANILLA | CANTIDAD EMPLEADOS | CANTIDAD UPC |
| | | | | | 1 | 0 |
| PERIODO SALUD | PERIODO PENSIONES | | | | TOTAL A PAGAR | |
| 2025-06 | 2025-06 | I | 04/07/2025 | 87359052 | $441.800 | |

## 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 | | | | | |
| EPS002 | Salud Total EPS | 800130907-4 | 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 | | 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 | 7.500 | | | | 7.500 | 0 | 0 | 7.500 | | | 75 | 7.500 | 1 |

**TOTALES CAJAS**

| Código CCF | Nombre | NIT | Valor Aporte | Días Mora | Valor Mora Aporte | Total a Pagar | No. Afiliados |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CCF24 | Compensar Caja | 860066942-7 | 28.500 | 0 | 0 | 28.500 | 1 |

**TOTALES PARAFISCALES**

| Valor Aporte | Días Mora | Valor Mora Aporte | Total a Pagar | No. Afiliados |
|---|---|---|---|---|
| SENA | | | | |
| 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| ICBF | | | | |
| 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| ESAP | | | | |
| | | | | |
| MEN | | | | |
| | | | | |

**TOTALES POR SUBSISTEMA**

| Tipo Administradora | No. Administradoras Reportadas | Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora | Total a Pagar |
|---|---|---|---|
| Salud | 1 | 178.000 | 178.000 |
| Pensión | 1 | 227.800 | 227.800 |
| Riesgos Laborales | 1 | 7.500 | 7.500 |
| CCF | 1 | 28.500 | 28.500 |
| ESAP | 0 | 0 | 0 |
| ICBF | 0 | 0 | 0 |
| MEN | 0 | 0 | 0 |
| SENA | 0 | 0 | 0 |
| **TOTALES** | 4 | 441.800 | 441.800 |

PAGADA

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

compensar | miplanilla.com

# PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES



| DATOS DEL APORTANTE | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| TIPO | NÚMERO | NOMBRE APORTANTE | DIRECCIÓN | TELÉFONO | CORREO | EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD |
| CC | 1026554417 | LEYDY PAOLA VARGAS GONZALEZ | CR 74 A No 42 C 58 SUR BQ 63 18 | 1234567 | paovar1507@gmail.com | |
| FORMA PRESENTACIÓN | CLASE APORTANTE | NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO | DEPARTAMENTO | CIUDAD / MUNICIPIO | | |
| ÚNICA | I – Independiente | | BOGOTÁ D. C. | BOGOTÁ, D.C. | | 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 | |
| 2025-06 | 2025-06 | I | 04/07/2025 | 87359052 | $441.800 | |

## DETALLE POR COTIZANTE

| INFORMACIÓN COTIZANTE | | | | | | | | | INFORMACIÓN NOVEDADES | | | | | | | | | | | | | | | | | | | PENSIÓN | | | | | | | SALUD | | | RIESGOS LABORALES | | | | CCF | | | PARAFISCALES | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| No. | Tipo | No. de Identificación | Apellidos y Nombres | Cotizante | Subtipo | Extranjero | Colom. exterior | Estornado | ING | RET | TDE | TAE | TDP | TAP | VSP | VST | SLN | IGE | LMA | VAC | AVP | VCT | IRL | CORRECCIÓN | Cód. AFP | IBC AFP | Cotización | Voluntario Afiliado | Voluntario Aportante | Fondo pensional de solidaridad | Fondo pensional de subsistencia | Cód. EPS | IBC EPS | Cotización / Valor UPC | Cód. ARL | IBC ARL | Clase de Riesgo | Cotización | Código CCF | IBC CCF | Aporte CCF | IBC otros parafiscales | Aporte SENA | Aporte ICBF | Aporte ESAP | Aporte MEN |
| 1 | CC | 1026554417 | VARGAS GONZALEZ LEYDY PAOLA | 59 | 0 | | | N | | | | | | | | | | | | | | | | | 25-14 | 1.423.500 | 227.800 | 0 | 0 | 0 | 0 | EPS002 | 1.423.500 | 178.000 | 14-23 | 1.423.500 | 1 | 7.500 | CCF24 | 1.423.500 | 28.500 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |

PAGADA

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

compensar | miplanilla.com

# CERTIFICADO DE APORTES AL SISTEMA DE PROTECCIÓN SOCIAL

La empresa **LEYDY PAOLA VARGAS GONZALEZ**, identificada con **CC** número **1026554417**, aportó por **LEYDY PAOLA VARGAS GONZALEZ** identificado(a) con **CC** número **1026554417** quien se encuentra registrado(a) a la fecha por concepto de aportes obligatorios al sistema General de Seguridad Social mediante la Planilla Integrada de Liquidación de aportes, para los periodos de pensión comprendidos entre 01 - 2025 y 06 - 2025 de la siguiente forma.

| CODIGO | NOMBRE ADMINISTRADORA | COTIZANTE | ING | RET | TDE | TAE | TDP | TAP | VSP | VST | SLN | IGE | LMA | VAC | AVP | VCT | IRP | CORRECIÓN | DÍAS | IBC | TARIFA APORTE | COTIZACIÓN Y/O APORTE | FSP SOLIDARIDAD | FSP SUBSISTENCIA | PERIODO | NÚMERO DE PLANILLA | FECHA DE PAGO | EXONERADO |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 25-14 | Administradora Colombiana de Pensiones - Colpensiones | 59 | | | | | | | | | | | | | | | 0 | | 30 | $1,423,500 | 0.16000 | $227,800 | $0 | $0 | Enero - 2025 | 83445210 | 27/02/2025 | NO |
| CCF24 | Compensar Caja de Compensacion Fliar | 59 | | | | | | | | | | | | | | | 0 | | 30 | $1,423,500 | 0.02000 | $28,500 | $0 | $0 | Enero - 2025 | 83445210 | 27/02/2025 | NO |
| 14-23 | POSITIVA COMPANIA DE SEGUROS | 59 | | | | | | | | | | | | | | | 0 | | 30 | $1,423,500 | 0.00522 | $7,500 | $0 | $0 | Enero - 2025 | 83445210 | 27/02/2025 | NO |
| EPS002 | Salud Total EPS | 59 | | | | | | | | | | | | | | | 0 | | 30 | $1,423,500 | 0.12500 | $178,000 | $0 | $0 | Enero - 2025 | 83445210 | 27/02/2025 | NO |
| 25-14 | Administradora Colombiana de Pensiones - Colpensiones | 59 | | | | | | | | | | | | | | | 0 | | 30 | $1,423,500 | 0.16000 | $227,800 | $0 | $0 | Febrero - 2025 | 8384184708 | 07/03/2025 | NO |
| CCF24 | Compensar Caja de Compensacion Fliar | 59 | | | | | | | | | | | | | | | 0 | | 30 | $1,423,500 | 0.02000 | $28,500 | $0 | $0 | Febrero - 2025 | 8384184708 | 07/03/2025 | NO |
| 14-23 | POSITIVA COMPANIA DE SEGUROS | 59 | | | | | | | | | | | | | | | 0 | | 30 | $1,423,500 | 0.00522 | $7,500 | $0 | $0 | Febrero - 2025 | 8384184708 | 07/03/2025 | NO |
| EPS002 | Salud Total EPS | 59 | | | | | | | | | | | | | | | 0 | | 30 | $1,423,500 | 0.12500 | $178,000 | $0 | $0 | Febrero - 2025 | 8384184708 | 07/03/2025 | NO |
| 25-14 | Administradora Colombiana de Pensiones - Colpensiones | 59 | | | | | | | | | | | | | | | 0 | | 30 | $1,423,500 | 0.16000 | $227,800 | $0 | $0 | Marzo - 2025 | 84993355 | 04/04/2025 | NO |
| CCF24 | Compensar Caja de Compensacion Fliar | 59 | | | | | | | | | | | | | | | 0 | | 30 | $1,423,500 | 0.02000 | $28,500 | $0 | $0 | Marzo - 2025 | 84993355 | 04/04/2025 | NO |
| 14-23 | POSITIVA COMPANIA DE SEGUROS | 59 | | | | | | | | | | | | | | | 0 | | 30 | $1,423,500 | 0.00522 | $7,500 | $0 | $0 | Marzo - 2025 | 84993355 | 04/04/2025 | NO |
| EPS002 | Salud Total EPS | 59 | | | | | | | | | | | | | | | 0 | | 30 | $1,423,500 | 0.12500 | $178,000 | $0 | $0 | Marzo - 2025 | 84993355 | 04/04/2025 | NO |
| 25-14 | Administradora Colombiana de Pensiones - Colpensiones | 59 | | | | | | | | | | | | | | | 0 | | 30 | $1,423,500 | 0.16000 | $227,800 | $0 | $0 | Abril - 2025 | 85793025 | 07/05/2025 | NO |
| CCF24 | Compensar Caja de Compensacion Fliar | 59 | | | | | | | | | | | | | | | 0 | | 30 | $1,423,500 | 0.02000 | $28,500 | $0 | $0 | Abril - 2025 | 85793025 | 07/05/2025 | NO |
| 14-23 | POSITIVA COMPANIA DE SEGUROS | 59 | | | | | | | | | | | | | | | 0 | | 30 | $1,423,500 | 0.00522 | $7,500 | $0 | $0 | Abril - 2025 | 85793025 | 07/05/2025 | NO |
| EPS002 | Salud Total EPS | 59 | | | | | | | | | | | | | | | 0 | | 30 | $1,423,500 | 0.12500 | $178,000 | $0 | $0 | Abril - 2025 | 85793025 | 07/05/2025 | NO |
| 25-14 | Administradora Colombiana de Pensiones - Colpensiones | 59 | | | | | | | | | | | | | | | 0 | | 30 | $1,423,500 | 0.16000 | $227,800 | $0 | $0 | Mayo - 2025 | 86628181 | 06/06/2025 | NO |

PAGADA

El presente certificado se expide a los **25** días del mes **Julio** de **2025**

Este documento está clasificado como privado por parte de Compensar Operador de Información.

compensar | miplanilla.com

# CERTIFICADO DE APORTES AL SISTEMA DE PROTECCIÓN SOCIAL

| | | |

Hacienda

POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS

Bogota D.C.

# POSITIVA

# COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A.

# CERTIFICA QUE:

Verificada la base de datos de afiliaciones, se identificó que el(la) señor(a) **LEYDY PAOLA VARGAS GONZALEZ** identificado(a) con **CC . 1026554417** registra la siguiente información:

| Documento empleador | Nombre empleador o contratante | Vinculación laboral | Fecha última afiliación | Fecha fin vinculación | Clase riesgo | Estado |
|---|---|---|---|---|---|---|
| NIT-800246953 | FONDO FINANCIERO DISTRITAL DE SALUD | INDEPENDIENTE | 22/01/2025 | | 1 | ACTIVO |

Esta certificación se expide a los veinticinco (25) día(s) del mes de julio de 2025.

Cordialmente,

GERENCIA DE AFILIACIONES Y NOVEDADES
POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

MIS_4_1_3_FR15 v_09

BOGOTA, Julio 25 de 2025

Señora:

VARGAS GONZALEZ LEYDY PAOLA

CC. 1026554417CR74A42G58SUR - 1234567

Ciudad

Ref: M-PYGA-F065. SOLICITUD INFORMACIÓN - AFILIACIÓN SALUD TOTAL EPS S.A.

En relación con el asunto de la referencia, y atendiendo su solicitud, nos permitimos informarle que a la fecha de expedición de la presente comunicación consta en nuestra base de datos que su afiliación al régimen contributivo de Salud Total EPS S.A. se realizó a partir de Agosto 27 de 2020. Los usuarios inscritos en su afiliación son:

| Nombre | Documento | Tipo | Afiliación | Sem_cot | Sem_Ant | Parentesco | Estado_Afiliación | Fecha_de_desafiliación_EPS | Estado_Actual | Discapacidad |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| VARGAS GONZALEZ LEYDY PAOLA | 1026554417 | C | Ago-27-2020 | 53 | 26 | COTIZANTE | VIGENTE | | | Ninguna |

De acuerdo con los registros de la base de datos, su grupo familiar presenta la siguiente relación laboral:

| Razón_social_del_aportante | Usuario_en_contrato | Tipo_de_contrato | Estado_de_contrato |
|---|---|---|---|
| LEYDY PAOLA VARGAS GONZALEZ | 1026554417 | Contrato de prestacion de servicios Superior a 1 m | VIGENTE |
| MEDICALL TALENTO HUMANO SAS | 1026554417 | Aprendiz en etapa productiva. | CERRADO |

**CARTA NO VALIDA PARA TRASLADO**

En Salud Total apreciamos la confianza que usted ha depositado en nosotros y esperamos que usted y su familia continúen disfrutando de nuestros servicios de salud con Calidad total. Cualquier información adicional, con gusto será atendida por el personal de servicio al cliente de la sede administrativa de su ciudad, o puede comunicarse con nuestra línea gratuita 018000 1 14524 a nivel nacional o en Bogotá al teléfono 4854555.

Cordialmente,

Gerencia de Operaciones Comercial

SALUD TOTAL EPS S.A.

Elaboró: Servicios en Línea

NOTA: En caso requerido, este certificado es válido para la atención a través del Régimen Subsidiado o como población vinculada, si el Estado Actual es afiliación cancelada, novedad de retiro de trabajo, afiliación no efectiva, exclusión o anulación de la afiliación, siempre y cuando al momento de retiro o exclusión no haya reportado mora. Si es mora, o cancelación por falta de pago, debe informar a su aportante que debe ponerse al día en los pagos.

# FONDO FINANCIERO DISTRITAL DE SALUD

BOGOTÁ | SECRETARÍA DE SALUD

Vig Ppto: 2025

## ORDEN DE PAGO

No: 511711

Usuario Dilig: YAMEDINA
Fecha de Impresión: 25/07/2025
Estado: GIRADA

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

### 1. DATOS DEL BENEFICIARIO

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| Nombre: | LEYDY PAOLA VARGAS GONZALEZ | Regimen: | No Responsable | | |
| Dirección: | KR 74A 42G 58 SUR BRR LAGO TIMIZA AP 318 BL | Teléfono y Fax: | 2735563 | | |
| C.C o NIT: | 1026554417 | Banco/Sucursal: | AV VILLAS | Cuenta No/Clase: | 087734617/A |

### 2. DATOS DEL COMPROMISO

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| Compromiso a Pagar: | CONTRATACION DIRECTA | No: | 7281652 | Interventor o responsable del recibo a satisfacción del bien o servicio: | TOTAL |
| Acta de Recibo No: | | Nombre del Interventor: | | | |

Detalle

CTO-NO7281652-PLANILLA OGI_VIGENCIA-JUNIO 2025-PERIODO 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) |
|---|---|---|---|---|
| 1329 | O2-3-01-17-019-06-20240203-228036051 | 1206 | Contratacion de Recurso Humano | $3.275.780,00 |

| VR BRUTO | TRES MILLONES DOSCIENTOS SETENTA Y CINCO MIL SETECIENTOS OCHENTA PESOS | $3.275.780,00 |
|---|---|---|

| ID Rubro | Fuente | Detalle | Valor | |
|---|---|---|---|---|
| O2-3-01-17-019-06-20240203-228036051 | 01 | 12013 | $3.275.780,00 | |
| 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 | $3.275.780,00 |
| ESTAMPILLA - EST_PROCULTURA 0,5% | .5 | $3.275.780,00 | 2-4-36-90-0003 | $16.379,00 |
| RETEICA- SERVICIOS 0,966% | .966 | $2.862.480,00 | 2-4-36-27-0001 | $27.652,00 |
| ESTAMPILLA ADULTO MAYOR 2% | 2 | $3.275.780,00 | 2-4-36-90-0007 | $65.516,00 |

Valor amortización:

| Id fuente | Detalle |
|---|---|
| 01 | Recursos Del Distrito |
| 12013 | APORTE ORDINARIO |

| TOTAL DESCUENTOS | | $109.547,00 |
|---|---|---|
| VALOR NETO A GIRAR | TRES MILLONES CIENTO SESENTA Y SEIS MIL DOSCIENTOS TREINTA Y TRES PESOS | $3.166.233,00 |
| | | Código contable |
| | | 2-4-01-02-0003 |

MOVIMIENTO TESORERÍA

Endosado a:

Observaciones

Acreedor (Exclusivamente para transferencia de la administración)

Nombre _____

Cédula _____ Firma _____

YURY ANGELICA MEDINA OSPINA
GESTION DE PAGOS

YOLANDA PATRICIA VALDERRAMA CORTES
Responsable del Presupuesto

Consulta Pagos