

	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

DESPACHO – SUBDIRECCIÓN – DIRECCIÓN U OFICINA: <i>Subdirección de Gestión de Riesgo de Emergencias y Desastres</i>	CONTRATO No. 7159691	PERIODO DEL CONTRATO:
		Fecha de Inicio: 20/12/2024
		Fecha de Terminación: 16/05/2025
ENTIDAD CONTRATANTE: Fondo Financiero Distrital de Salud		PLAZO DE EJECUCIÓN: <i>Cuatro (4) meses y veintisiete (27) días</i>
CONTRATISTA: María Claudia Espejo Sánchez		PRÓRROGA: Dos (2) meses y catorce (14) días
SUPERVISOR (Nombre y cargo): Linda Victoria Ariza Romero Subdirectora Gestión del Riesgo en Emergencia y Desastres Subdirector Técnico - Código 068 Grado 06		Fecha de Inicio (Prórroga): 17/05/2025 Fecha de Terminación (Prórroga): 31/07/2025 SUSPENSIÓN: NA Fecha de Inicio (Suspensión): NA Nueva Fecha de Terminación (Suspensión): NA
OBJETO DEL CONTRATO: Prestar servicios profesionales especializados en la subdirección de gestión de riesgo en emergencias y desastres, para ejecutar acciones de planificación, preparación, respuesta y recuperación ante situaciones cotidianas, emergencias, desastres o potenciales situaciones de riesgo de origen natural, antrópico o complejos que afecten la salud física y mental y ameriten el fortalecimiento del talento humano que participe de las acciones tanto en el sistema distrital de emergencias y cambio climático y el sistema de emergencias médicas - SEM		PERIODO DEL INFORME: 01/07/2025 – 31/07/2025

BALANCE FINANCIERO DEL CONTRATO	
VALOR INICIAL DEL CONTRATO:	\$ 34.038.830
VALOR ADICIÓN (SI APLICA):	\$ 17.991.953
VALOR INDEXACIÓN (SI APLICA):	\$ 1.574.585
VALOR CEDIDO (SI APLICA)	\$ 0
VALOR A LIBERAR (SI APLICA)	\$ 0
VALOR PAGADO AL CONTRATISTA O CESIONARIO (SI APLICA):	\$ 46.311.333
VALOR A PAGAR EN EL PRESENTE PERIODO DEL INFORME:	\$ 7.294.035
SALDO POR EJECUTAR:	\$ 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. Apoyar en la atención y respuesta de las instancias o unidades de coordinación que sean activadas por situaciones de urgencias relacionadas con emergencias y desastres que le sean asignadas por el supervisor.	- Disponibilidad respuesta a emergencias (Día 2, 10, Noche 21) - Asistencia emergencia – Accidente vehicular 10/07/2025 - Asistencia COE lluvias 02/07/2025 - Asistencia COE lluvias 10/07/2025	SharePoint: Carpeta – D. Julio_2025_Obligacion1
2. Apoyar el análisis, registro y seguimiento a la implementación de planes de salud y primeros auxilios en los eventos de aglomeración de	Base Consolidado – Puesto de Mando Unificado – PMU en Aglomeraciones de Público	SharePoint: Carpeta – D. Julio_2025_Obligacion2

	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

público acorde con el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad en Salud (SOGCS) a través de las plataformas o sistemas de información respectivos que indique el supervisor.	- Tablero Actividades Aglomeración Público - Tablero Verificación Condiciones	
3. Apoyar la gestión clínica y la coordinación interinstitucional e intersectorial en los eventos de aglomeración de público del Distrito Capital en el marco del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad en Salud (SOGCS).	- Evento “Nuevo Camino Catecumenal” 06/07/2025 - Evento “Liga Equidad vs Águilas” 13/07/2025 - Evento “Liga Equidad vs Millonarios” - Evento Millonarios vs Llaneros Copa Colombia	SharePoint: Carpeta – D. Julio_2025_Obligacion3
4. Apoyar las asistencias técnicas y evaluación de planes de Gestión de Desastres en el marco del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad en Salud (SOGCS) en las instituciones prestadoras de servicios de salud públicas y privadas en el Distrito Capital, asignadas por el supervisor.	- Acta – Visita Técnica PHE Santa Librada SISS Sur 01072025 - Acta – Visita Técnica PHE SISS Sur Usme 01072025 - Acta – Visita Técnica PHE Jerusalén SISS Sur 01072025 - Reunión Interna PHE 10/07/2025 - Acta – Visita Técnica PHE Hospital San Carlos 08072025 - Informe Técnico Simulacro Clínica Palermo 17072025	SharePoint: Carpeta – D. Julio_2025_Obligacion4

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 quedan pendientes ninguno de los temas asignados

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.

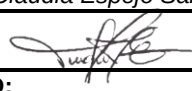
INFORMACIÓN PAGOS SEGURIDAD SOCIAL

APORTES EN SALUD		APORTES EN PENSIÓN		APORTES RIESGOS LABORALES	
Empresa:	Sanitas	Empresa:	Porvenir	Empresa:	Sura
				Nivel Riesgo:	5
Suma cancelada:	\$ 364.800 \$ 364.800	Suma cancelada:	\$ 466.900 \$ 466.900	Suma cancelada:	N/A
No Planilla:	88013270 88107459	No Planilla:	88013270 88107459	No Planilla:	N/A
Mes(es) cancelado(s):	Junio 2025 Julio 2025	Mes(es) cancelado(s):	Junio 2025 Julio 2025	Mes(es) cancelado(s):	N/A

EN CASO DE INFORME FINAL DE EJECUCIÓN

Relación de usuario y clave de acceso al equipo de cómputo:	mc espejo@saludcapital.gov.co SDSJulio2025*	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:	Maria Claudia Espejo Sánchez
	FIRMA:	
	No. DOCUMENTO DE IDENTIDAD:	52.837.358

	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

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% de ejecución del contrato y un cumplimiento hasta la fecha de reporte del 100% de ejecución de la adición y prórroga del contrato. Certificó 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.		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	
9	Inadecuado manejo de la información a la cual tiene acceso el contratista		x	N/A
10	Demoras por parte de la entidad contratante (Supervisor) en la aprobación de los productos y/o informes presentados por el contratista.		x	N/A
11	Suspensión o cancelación de la tarjeta o matrícula profesional, para aquellas profesiones que así lo establecen.		x	N/A
SUPERVISOR		NOMBRE Y APELLIDO: Linda Victoria Ariza Romero		
		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: Linda Victoria Ariza Romero		
		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.

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	52837358	MARIA CLAUDIA ESPEJO SANCHEZ		Calle 23 Sur 69-60 int 5 apa 404	8008546	mklauespejo7@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
					EMPLÉADOS
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				UPC
2025-06	2025-06	I	08/07/2025	88013270	1
					0
					TOTAL A PAGAR
					\$831.700

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					
EPS005	Sanitas EPS	800251440-6	364.800	0		0		0	0	0	0	364.800	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
230301	Porvenir	800224808-8	466.900	0	0	0	0	0	0		466.900	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										

TOTALES CAJAS									
Código CCF	Nombre					NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte

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 ICE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	364.800	364.800
Pensión	1	466.900	466.900
Riesgos Laborales	0	0	0
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	2	831.700	831.700

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	52837358	MARIA CLAUDIA ESPEJO SANCHEZ		Calle 23 Sur 69-60 int 5 apa 404	8008546	mklauespejo7@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
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				UPC
2025-06	2025-06	I	08/07/2025	88013270	\$831.700
					TOTAL A PAGAR

DETALLE POR COTIZANTE																																																	
INFORMACIÓN COTIZANTE										INFORMACIÓN NOVEDADES										PENSIÓN						SALUD			RIESGOS LABORALES			CCF			PARAFISCALES														
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Sueldo	Excedente	Columna excedente	Exonerado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VBP	VBT	SILN	IOE	MA	MA	MA	MA	MA	MA	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	52837358	ESPEJO SANCHEZ MARIA CLAUDIA	3	0			N																	230301	2.917.620	466.900	0	0	0	0	0	EPS005	2.917.620	364.800		0		0		0	0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	52837358	MARIA CLAUDIA ESPEJO SANCHEZ		Calle 23 Sur 69-60 int 5 apa 404	8008546	mklauespejo7@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
					EMPLÉADOS UPC
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				1 0
2025-07	2025-07	I	09/07/2025	88107459	TOTAL A PAGAR
					\$831.700

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					
EPS005	Sanitas EPS	800251440-6	364.800	0		0		0	0	0	0	364.800	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
230301	Porvenir	800224808-8	466.900	0	0	0	0	0	0		466.900	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										

TOTALES CAJAS									
Código CCF	Nombre					NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte

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 ICE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	364.800	364.800
Pensión	1	466.900	466.900
Riesgos Laborales	0	0	0
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	2	831.700	831.700

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	52837358	MARIA CLAUDIA ESPEJO SANCHEZ		Calle 23 Sur 69-60 int 5 apa 404	8008546	mklauespejo7@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
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				UPC
2025-07	2025-07	I	09/07/2025	88107459	\$831.700
					TOTAL A PAGAR

DETALLE POR COTIZANTE																																																	
INFORMACIÓN COTIZANTE										INFORMACIÓN NOVEDADES										PENSIÓN								SALUD			RIESGOS LABORALES			CCF			PARAFISCALES												
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subjugo	Exonerado	Columna exterior	Exonerado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SILN	IOE	IOE	IOE	IOE	IOE	IOE	IOE	IOE	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	52837358	ESPEJO SANCHEZ MARIA CLAUDIA	3	0		N																			230301	2.917.620	466.900	0	0	0	0	EPS005	2.917.620	364.800		0		0		0	0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

Medellín, 29 de julio de 2025

LA DIRECCIÓN DE AFILIACIONES Y RECAUDOS HACE CONSTAR:

Que MARIA CLAUDIA ESPEJO SANCHEZ con documento de identidad C52837358, 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
2024-12-01	2025-10-31	INDEPENDIENTE CON CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS SUPERIOR A UN MES	DCRUE R5	0000000011	5	6.96	MORA



		FONDO FINANCIERO DISTRITAL DE SALUD		Usuario Dilig: YAMEDINA	
Vig Ppto: 2025		ORDEN DE PAGO		Fecha de Impresión: 26/07/2025	
		No: 512395		Estado: GIRADA	
Entidad:	FONDO FINANCIERO DISTRITAL DE SALUD				
Código:	201	Unidad Eje:	01	Fecha Diligenciamiento:	02-JUL-25
1. DATOS DEL BENEFICIARIO					
Nombre:	MARIA CLAUDIA ESPEJO SANCHEZ	Regimen:	No Responsable		
Dirección:	CL 23 SUR 69 60 IN 5 AP 403	Teléfono y Fax:	4638494		
C.C o NIT:	52837358	Banco/Sucursal:	BANCO DE BOGOTA	Cuenta No/Clase:	025477852/A
2. DATOS DEL COMPROMISO					
Compromiso a Pagar:	CONTRATACION DIRECTA	No:	7159691	Interventor o responsable del recibo a satisfacción del bien o servicio:	TOTAL
Acta de Recibo No:		Nombre del Interventor:			
Detalle					
CTO-AD7159691-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)
		3050	02-3-01-17-019-05-20240200-237084051	3601	Contratación del Recurso Humano
					\$7.294.035,00
		VR BRUTO	SIETE MILLONES DOSCIENTOS NOVENTA Y CUATRO MIL TREINTA Y CINCO PESOS		\$7.294.035,00
ID Rubro	Fuente	Detalle	Valor		
02-3-01-17-019-05-20240200-237084051	01	12013	\$7.294.035,00		
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	\$7.294.035,00
RETEFUENTE-L.1607/12-ART 383 - PERS.NATURAL (PLA)		0	\$4.846.826,00	2-4-36-15-0001	\$318.462,00
ESTAMPILLA - EST_PROCLUTURA 0,5%		.5	\$7.294.035,00	2-4-36-90-0003	\$36.470,00
RETEICA- SERVICIOS 0,766%		.766	\$6.462.435,00	2-4-36-27-0001	\$49.502,00
ESTAMPILLA ADULTO MAYOR 2%		2	\$7.294.035,00	2-4-36-90-0007	\$145.881,00
Valor amortización:		TOTAL DESCUENTOS		\$550.315,00	
Id fuente		Detalle		VALOR NETO A GIRAR	
01		Recursos Del Distrito		SEIS MILLONES SETECIENTOS CUARENTA Y TRES MIL SETECIENTOS VEINTE PESOS	
12013		APORTE ORDINARIO		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			
					



Tribunal Nacional de Ética Médica

Ley 23 / 81 - Artículo 63

C5283735800257773

Código de verificación

**EL SUSCRITO PRESIDENTE DEL TRIBUNAL
NACIONAL DE ÉTICA MÉDICA
CERTIFICA**

Que consultado el Sistema de Información de Registro de Sanciones del Tribunal Nacional de Ética Médica el(a) doctor(a) **MARIA CLAUDIA ESPEJO SANCHEZ**, identificado(a) con C.C. No. 52837358 y T.P. o R.M. No. 117001/2014 del(a) Secretaria de Salud de Cundinamarca, no registra sanciones vigentes.

Nota: Esta certificación de antecedentes contiene las anotaciones de providencias ejecutoriadas dentro de los cinco (5) años anteriores a su expedición y en todo caso, aquellas que se refieren a sanciones que se encuentren vigentes en dicho momento. Link de Verificación de certificado de antecedentes www.tribunalnacionaldeeticamedica.org/certificados/validar/

“EL PRESENTE CERTIFICADO NO ACREDITA LA CONDICION DE MÉDICO”

Dada en Bogotá, D. C., el lunes 21 julio 2025 a solicitud del(a) interesado(a).


HERMAN REDONDO GOMEZ
Presidente



Calle 147 No. 19-50 Oficina 32 Centro Comercial Futuro Tels. (601)7212847 Bogotá D. C.

E - Mail antecedentes@tribunalnacionaldeeticamedica.org, www.tribunalnacionaldeeticamedica.org

antecedentestribunal@outlook.com

Volver

Imprimir

Modificar

<

>

Ejecución del Contrato

☐ Porcentaje

☐ Recepción de artículos

Plan de Pagos

Id de pago	Número de factura	Fecha de emisión	Fecha de recepción	Valor neto de la factura	Valor total de la factura	Valor a pagar	Estado
Pago 001	Pago 001	31/12/2024 10:19 AM (UTC -5 horas)	2/01/2025 12:00 PM (UTC -5 horas)	2.547.123 COP	2.547.123 COP	2.547.123 COP	Pagado Detalle
Pago 002	002	3/02/2025 1:31 AM (UTC -5 horas)	3/02/2025 12:00 PM (UTC -5 horas)	6.946.700 COP	6.946.700 COP	6.946.700 COP	Pagado Detalle
Pago 003	003	3/03/2025 9:58 AM (UTC -5 horas)	3/03/2025 12:00 PM (UTC -5 horas)	6.946.700 COP	6.946.700 COP	6.946.700 COP	Pagado Detalle
Pago 004	004	1/04/2025 11:27 AM (UTC -5 horas)	1/04/2025 12:00 PM (UTC -5 horas)	6.946.700 COP	6.946.700 COP	6.946.700 COP	Pagado Detalle
Pago 005	005	2/05/2025 4:05 AM (UTC -5 horas)	2/05/2025 12:00 PM (UTC -5 horas)	6.946.700 COP	6.946.700 COP	6.946.700 COP	Pagado Detalle
Pago 006	006	3/06/2025 6:59 AM (UTC -5 horas)	3/06/2025 12:00 PM (UTC -5 horas)	5.094.247 COP	5.094.247 COP	5.094.247 COP	Pagado Detalle
Pago 007	007	3/06/2025 10:37 AM (UTC -5 horas)	3/06/2025 12:00 PM (UTC -5 horas)	3.529.128 COP	3.529.128 COP	3.529.128 COP	Pagado Detalle
Pago 008	008	1/07/2025 12:14 PM (UTC -5 horas)	1/07/2025 12:00 PM (UTC -5 horas)	7.294.035 COP	7.294.035 COP	7.294.035 COP	Pagado Detalle

Balance de pagos y Balance de entregas

		% del valor del contrato	% del valor amortizado
Valor total contrato:	53.605.368,00 COP	-	-
Valor anticipo:	0,00 COP	0%	-
Valor de las entregas	0,00 COP	0%	-
Valor facturado:	46.251.333,00 COP	86,28%	-
Valor facturado pendiente de pago:	0,00 COP	0%	-
Valor pagado:	46.251.333,00 COP	86,28%	-
Valor amortizado del anticipo:	0,00 COP	0%	0%
Valor pendiente de amortizar:	0,00 COP	0%	0%
Valor pendiente de ejecución:	7.354.035,00 COP	13,72%	-
Valor pendiente de entrega:	53.605.368,00 COP	100%	-

Documentos de ejecución del contrato

Descripción	Nombre del archivo	Cargado por
☐ 2_Informe_ClaudiaEspejo_Enero2025.pdf (Archivado)	2_Informe_ClaudiaEspejo_Enero2025.pdf	Proveedor Descargar Detalle
☐ ACTA DE INICIO MARIA ESPEJO.pdf	ACTA DE INICIO MARIA ESPEJO.pdf	Comprador Descargar Detalle
☐ AMPLIACION ARL MARIA CLAUDIA ESPEJO SANCHEZ (1).pdf	AMPLIACION ARL MARIA CLAUDIA ESPEJO SANCHEZ (1).pdf	Comprador Descargar Detalle
☐ ARL_52837358_MARIA ESPEJO.pdf	ARL_52837358_MARIA ESPEJO.pdf	Comprador Descargar Detalle
☐ CDP_520 VF 7159691.pdf	CDP_520 VF 7159691.pdf	Comprador Descargar Detalle
☐ CRP CTO 7159691.pdf	CRP CTO 7159691.pdf	Comprador Descargar Detalle
☐ CRP VF CTO 7159691.pdf	CRP VF CTO 7159691.pdf	Comprador Descargar Detalle
☐ EVIDENCIA PAGO 06_2025_MAYO (1).zip	EVIDENCIA PAGO 06_2025_MAYO (1).zip	Proveedor Descargar Detalle
☐ EVIDENCIA PAGO 07_2025_MAYO (2).zip	EVIDENCIA PAGO 07_2025_MAYO (2).zip	Proveedor Descargar Detalle
☐ EVIDENCIA PAGO 08_2025_JUNIO.zip	EVIDENCIA PAGO 08_2025_JUNIO.zip	Proveedor Descargar Detalle
☐ EVIDENCIA_PAGO 01_2024_DICIEMBRE.zip	EVIDENCIA_PAGO 01_2024_DICIEMBRE.zip	Proveedor Descargar Detalle
☐ EVIDENCIA_PAGO 02_2025_ENERO.zip	EVIDENCIA_PAGO 02_2025_ENERO.zip	Proveedor Descargar Detalle
☐ EVIDENCIA_PAGO 03_2025_FEBRERO.zip	EVIDENCIA_PAGO 03_2025_FEBRERO.zip	Proveedor Descargar Detalle
☐ EVIDENCIAS PAGO_05_2025_ABRIL.zip	EVIDENCIAS PAGO_05_2025_ABRIL.zip	Proveedor Descargar Detalle
☐ Evidencias 7z (Archivado)	Evidencias 7z	Proveedor Descargar Detalle
☐ Evidencias.zip (Archivado)	Evidencias.zip	Proveedor Descargar Detalle
☐ EVIDENCIAS_PAGO 04_2025_MARZO.zip	EVIDENCIAS_PAGO 04_2025_MARZO.zip	Proveedor Descargar Detalle
☐ Informe_Actividades_Enero_ClaudiaEspejofinal.pdf (Archivado)	Informe_Actividades_Enero_ClaudiaEspejofinal.pdf	Proveedor Descargar Detalle
☐ REG_3601 CTO 7159691.pdf	REG_3601 CTO 7159691.pdf	Comprador Descargar Detalle
☐ REG_385 VF 7159691.pdf	REG_385 VF 7159691.pdf	Comprador Descargar Detalle
☐ SISCO - Legalización Contrato No 7159691.pdf	SISCO - Legalizacion Contrato No 7159691.pdf	Comprador Descargar Detalle
☐ SISCO - Legalización Modificación 11 Contrato No 7159691.pdf	SISCO - Legalización Modificación 11 Contrato No 7159691.pdf	Comprador Descargar Detalle
☐ SISCO - Legalización Modificación Contrato No 7159691.pdf	SISCO - Legalización Modificación Contrato No 7159691.pdf	Comprador Descargar Detalle

Borrar

Cargar nuevo

Volver

Imprimir

Modificar

<

>



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE SALUD

CERTIFICACION DE PAZ Y SALVO BIBLIOTECA

Código:	SDS-ICI-FT-035	Fecha:	2025-05-14	Versión:	1
----------------	----------------	---------------	------------	-----------------	---

EL SUSCRITO PROFESIONAL UNIVERSITARIO DE LA DIRECCION DE
PLANEACION SECTORIAL - BIBLIOTECA

CERTIFICA

Que revisados los registros que aparecen en el Sistema Bibliográfico de la Biblioteca de la Secretaría Distrital de Salud, se constató que a la fecha el (la) señor(a), **MARIA CLAUDIA ESPEJO SÁNCHEZ** identificado(a) con la cédula de ciudadanía N° **52.837.358**, no tiene material bibliográfico en préstamo.

Se expide la presente certificación a petición del (la) interesado(a) en Bogotá D.C a los 16 días del mes de agosto de 2025.

Firma: ANGIE PAEZ Firmado digitalmente por Angie Liseth Páez Lara

Nombre: Angie Liseth Páez Lara
Profesional Universitario – BIBLIOTECA

Verificación realizada en el Sistema por:

Angie Liseth Páez Lara

Firma: ANGIE PAEZ Firmado digitalmente por Angie Liseth Páez Lara