


 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:	

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

DESPACHO – SUBDIRECCIÓN – DIRECCIÓN U OFICINA: OFICINA DE ASUNTOS JURIDICOS SECRETARIA DE SALUD DE BOGOTÁ. D.C	CONTRATO No. 7311839	PERIODO DEL CONTRATO: Fecha de Inicio: 27/01/2025
		Fecha de Terminación: 31/12/2025
ENTIDAD CONTRATANTE: FONDO FINANCIERO DISTRITAL DE SALUD		PLAZO DE EJECUCIÓN: 226 días
CONTRATISTA: GIOVANNY EDGARDO FAJARDO JIMÉNEZ		PRÓRROGA: Fecha de Inicio (Prórroga):
		Fecha de Terminación (Prórroga):
		SUSPENSIÓN: Fecha de Inicio (Suspensión):
SUPERVISOR (Nombre y cargo): ELIANA ANDREA PINEDA SANCHEZ. Profesional Universitario Código 219 Grado 14 OFICINA DE ASUNTOS JURIDICOS.		Nueva Fecha de Terminación (Suspensión):
		PERIODO DEL INFORME: 01/08/2025 – 31/08/2025
OBJETO DEL CONTRATO: “Prestar servicios profesionales especializados en el componente legal, en los temas que sean competencia de la Oficina de Asuntos Jurídicos de la Secretaría Distrital de Salud.”		



BALANCE FINANCIERO DEL CONTRATO	
VALOR INICIAL DEL CONTRATO:	\$95.123.868
VALOR ADICIÓN (SI APLICA):	\$00
VALOR INDEXACIÓN (SI APLICA):	\$00
VALOR CEDIDO (SI APLICA)	\$64.365.252
VALOR A LIBERAR (SI APLICA)	\$00
VALOR PAGADO AL CONTRATISTA O CESIONARIO (SI APLICA):	\$52.403.568
VALOR A PAGAR EN EL PRESENTE PERIODO DEL INFORME:	\$8.544.060
SALDO POR EJECUTAR:	\$34.176.240

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)

 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:	



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

<p>1 Apoyar a la Oficina de Asuntos Jurídicos para establecer criterios de interpretación legal, así como la revisión de los procedimientos y lineamientos que permitan definir la posición jurídica en temas en segunda instancia.</p>	<p>Durante el período certificado se verifican los términos legales y se da respuesta oportuna a los trámites asignados de los siguientes Expedientes:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 1082024 2. 46162023 3. 46582023 4. 152024 5. 39622023 6. 2912023 7. 912024 8. 1432024 9. 1442024 10. 442024 11. 133742021 12. 142312021 13. 796-2024 	<p>Se adjunta actos administrativos proyectados en formato Word, en carpeta ZIP (Obligación 1)</p>
<p>2. Sustanciar la respuesta a peticiones, solicitudes de revocatoria y recursos de competencia del Despacho del Secretario Distrital de Salud, excepto los recursos de apelación y queja interpuestos dentro de los procesos de carácter disciplinario.</p>	<p>Durante el período certificado elaboré el proyecto de actos administrativos por los cuales se resuelve el recurso de apelación de los siguientes expedientes:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 1082024 2. 46162023 3. 46582023 4. 152024 5. 39622023 6. 2912023 7. 912024 8. 1432024 9. 1442024 10. 442024 11. 133742021 12. 142312021 13. 796-2024 	<p>Se adjunta actos administrativos proyectados en formato Word, en carpeta ZIP (Obligación 2)</p>
<p>3 Apoyar en la respuesta a las peticiones y trámites relacionados con los procesos de Segunda Instancia que le sean asignados.</p>	<p>Durante el periodo certificado no se asignaron trámites para dar cumplimiento a la obligación.</p>	<p>Durante el periodo certificado no se asignaron trámites para dar cumplimiento a la obligación.</p>

 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:	

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

4 Apoyar la ejecución de las actuaciones que deban surtirse dentro del desarrollo de la etapa de juzgamiento de los procesos disciplinarios en primera instancia.	Durante el periodo certificado no me fueron asignados expedientes en los cuales deban surtirse actuaciones en la etapa de juzgamiento de los procesos disciplinarios en primera instancia.	Durante el periodo certificado no me fueron asignados expedientes en los cuales deban surtirse actuaciones en la etapa de juzgamiento de los procesos disciplinarios en primera instancia.
5 Asistir a las reuniones que sea convocado (a) por el Jefe de la Oficina y/o el Supervisor del contrato.	Durante el periodo certificado asistí a la SOCIALIZACIÓN - NUEVOS LINEAMIENTOS PROCESO DE PAGOS - RÉGIMEN SIMPLIFICADO. realizada el día 19/08/2025	Se adjunta reporte de asistencia.
6 Atender las normas de gestión documental y archivística.	Se atendieron las normas de gestión documental y archivística dentro de los expedientes obrantes en la Oficina de Asuntos Jurídicos.	En el archivo de la Oficina Jurídica se encuentran físicamente los respectivos expedientes.
7 Acatar las disposiciones legales referidas a las prohibiciones, inhabilidades e incompatibilidades y conflicto de intereses, en especial la prohibición contenida en el párrafo del artículo 45 del Decreto Distrital 430 de 2018.	Acaté las disposiciones legales referidas a las prohibiciones, inhabilidades e incompatibilidades y conflicto de intereses, en especial la prohibición contenida en el párrafo del artículo 45 del Decreto 430 del 2018.	Acaté las disposiciones legales referidas a las prohibiciones, inhabilidades e incompatibilidades y conflicto de intereses, en especial la prohibición contenida en el párrafo del artículo 45 del Decreto 430 del 2018.
8 Mantener actualizado el aplicativo de correspondencia de la Entidad respecto de las gestiones asignadas a través de ese medio.	Durante el periodo certificado se mantiene actualizado el sistema de correspondencia, sin asignaciones especialmente en lo relacionado con los expedientes asignados.	He mantenido actualizado el aplicativo de correspondencia de la Entidad respecto de las gestiones asignadas a través de ese medio.
9 Mantener actualizada la plataforma SECOP II con los documentos y soportes de ejecución del contrato.	Durante el periodo certificado se mantiene actualizada la plataforma SECOP II con relación a los documentos y soportes de ejecución del contrato.	Evidencia pantallazo Plataforma SECOP II
ESTADO TEMAS PENDIENTES DE TRÁMITE		

 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:	


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

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: ULTIMO INFORME SIN ACTIVIDADES PENDIENTES POR REALIZAR.



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

INFORMACIÓN PAGOS SEGURIDAD SOCIAL					
APORTES EN SALUD		APORTES EN PENSIÓN		APORTES RIESGOS LABORALES	
Empresa:	COMPENSAR	Empresa:	COLPENSIONES	Empresa:	POSITIVA S.A
				Nivel Riesgo:	1
Suma cancelada:	\$682.100	Suma cancelada:	\$873.100	Suma cancelada:	\$28.500
No Planilla:	88549525	No Planilla:	88549525	No Planilla:	88549525
Mes(es) cancelado(s):	JULIO 2025	Mes(es) cancelado(s):	JULIO 2025	Mes(es) cancelado(s):	JULIO 2025

EN CASO DE INFORME FINAL DE EJECUCIÓN					
Relación de usuario y clave de acceso al equipo de cómputo:	N/A	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:	N/A	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):	N/A

FIRMA DEL CONTRATISTA	
CONTRATISTA	NOMBRES Y APELLIDOS: GIOVANNY EDGARDO FAJARDO JIMÉNEZ
	FIRMA: 
	No. DOCUMENTO DE IDENTIDAD: C.C. 1.049.619.247

INFORME SUPERVISOR DE CONTRATO – CERTIFICADO DE CUMPLIMIENTO

 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:	

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

<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 64% de ejecución del contrato.</p>	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 (Describe 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.		No	
9	Inadecuado manejo de la información a la cual tiene acceso el contratista.		No	
10	Demora por parte de la entidad contratante (supervisor) en la aprobación de los productos y/o informes presentados por el contratista		No	
11	Suspensión o cancelación de la tarjeta o matrícula profesional.		No	

SUPERVISOR	NOMBRE Y APELLIDO: ELIANA ANDREA PINEDA SANCHEZ Profesional Universitario Código 219 Grado 14 .
	FIRMA:

REVISÓ	NOMBRE Y APELLIDO: LINDA ROSA CAMPO RODRIGUEZ
	FIRMA:

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	1049619247	GIOVANNY EDGARDO FAJARDO JIMENEZ		CLL 23 C 29B-56	3012342569	giovannyfj01@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	11/08/2025	88549525	\$1.692.900	

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	682.100	0		0		0	0	0	0	682.100	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	873.100	0	0	0	0	0	0	0	873.100	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	28.500				28.500	0	0	28.500			285	28.500	1

TOTALES CAJAS							
Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF24	Compensar Caja	860066942-7	109.200	0	0	109.200	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	682.100	682.100
Pensión	1	873.100	873.100
Riesgos Laborales	1	28.500	28.500
CCF	1	109.200	109.200
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	4	1.692.900	1.692.900

DATOS DEL APORTANTE							
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	1049619247	GIOVANNY EDGARDO FAJARDO JIMENEZ		CLL 23 C 29B-56	3012342569	giovannyfj01@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	
2025-07	2025-07	I	11/08/2025	88549525	\$1.692.900	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE				INFORMACIÓN NOVEDADES														PENSIÓN				SALUD			RIESGOS LABORALES			CCF			PARAFISCALES															
No.	Tipo	No. de identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subjeto	Exonerado	Com. exonerado	Exonerado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VBP	VBT	SILN	ISE	MA	MA	ASP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntari o Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
1	CC	1049619247	FAJARDO JIMENEZ GIOVANNY EDGARDO	59	0			N																	25-14	5.456.424	873.100	0	0	0	0	EPS008	5.456.424	682.100	14-23	5.456.424	1	28.500	CCF24	5.456.424	109.200	0	0	0	0	0

PAGADA

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

1. DATOS DEL BENEFICIARIO

Nombre:	GIOVANNY EDGARDO FAJARDO JIMENEZ	Regimen:	No Responsable	
Dirección:	CALLE 23 C # 69 B 56	Teléfono y Fax:		
C.C o NIT:	1049619247	Banco/Sucursal:	DAVIVIENDA	
			Cuenta No/Clase:	477100048099/A

2. DATOS DEL COMPROMISO

Compromiso a Pagar:	CT - CONTRATOS (CON / SIN LICITACIÓN)	No:	7311839	Interventor o responsable del recibo a satisfacción del bien o servicio:	TOTAL
Acta de Recibo No:	Nombre del Interventor:				

Detalle

CTO-CE7311839-PLANILLA OGI_VIGENCIA-JULIO 2025-PERIDO DE:01-jul 30-jul-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)
O2-3-01-17-019-06-20240141-247180051	01	12013	\$8.544.060,00	1112	O2-3-01-17-019-06-20240141-247180051	1406	Contratacion del Recurso Humano	\$8.544.060,00
			VR BRUTO	OCHO MILLONES QUINIENTOS CUARENTA Y CUATRO MIL SESENTA PESOS				\$8.544.060,00

ID Rubro	Fuente	Detalle	Valor	
O2-3-01-17-019-06-20240141-247180051	01	12013	\$8.544.060,00	
Tipo	Com	Objeto	Ingreso	Banco
O23	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	\$8.544.060,00
RETEFUENTE-L.1607/12-ART 383 - PERS.NATURAL (PLA)	0	\$5.663.970,00	2-4-36-15-0001	\$177.282,00
ESTAMPILLA - EST_PROCLTURA 0,5%	.5	\$8.544.060,00	2-4-36-90-0003	\$42.720,00
ESTAMPILLA ADULTO MAYOR 2%	2	\$8.544.060,00	2-4-36-90-0007	\$170.881,00
RETEICA- SERVICIOS 0,766%	.766	\$7.551.960,00	2-4-36-27-0001	\$57.848,00
TOTAL DESCUENTOS				\$448.731,00
VALOR NETO A GIRAR	OCHO MILLONES NOVENTA Y CINCO MIL TRESCIENTOS VEINTINUEVE PESOS			\$8.095.329,00
			Código contable	2-4-01-02-0003

Valor amortización:	
Id fuente	Detalle
01	Recursos Del Distrito
12013	APORTE ORDINARIO

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
---	---



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			
Nombres y apellidos o Razón Social	FONDO FINANCIERO DISTRITAL DE SALUD		
Tipo de documento de identificación	NI	Número de documento de identificación	800246953
Datos del trabajador			
Tipo documento y número de identificación	CC 1049619247	Nombres y apellidos	GIOVANNY EDGARDO FAJARDO JIMENEZ
Fecha de afiliación	2025-05-16	Estado de afiliación	Activo
Fecha de inicio cobertura	2025-05-16	Tipo de vinculación	Independiente
Clase de riesgo	1	Fecha de retiro	

Esta certificación se expide a los 26 días del mes de agosto 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

- 1 Información general
- 2 Condiciones
- 3 Bienes y servicios
- 4 Documentos del Proveedor
- 5 Documentos del contrato
- 6 Información presupuestal
- 7 Ejecución del Contrato**
- 8 Modificaciones del Contrato
- 9 Incumplimientos

Cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal >

VER CONTRATO

Ejecución del Contrato

Porcentaje Recepción de artículos

Plan de Pagos

¿Se requieren emisiones de códigos de autorización? Sí No

Id de pago	Número de factura	Fecha de emisión	Fecha de recepción	Valor total de la factura	Estado
Pago 001	001	31/01/2025 12:03:00 PM ((UTC-05:00) <i>Bogotá, Lima, Quito</i>)	3/03/2025 12:00:00 PM ((UTC-05:00) <i>Bogotá, Lima, Quito</i>)	1.139.208 COP	Archivado
Pago 002	002	28/02/2025 12:08:00 PM ((UTC-05:00) <i>Bogotá, Lima, Quito</i>)	3/03/2025 12:00:00 PM ((UTC-05:00) <i>Bogotá, Lima, Quito</i>)	8.544.060 COP	Archivado
Pago 003	003	31/03/2025 3:25:00 AM ((UTC-05:00) <i>Bogotá, Lima, Quito</i>)	1/04/2025 12:00:00 PM ((UTC-05:00) <i>Bogotá, Lima, Quito</i>)	8.544.060 COP	Archivado
Pago 004	004	30/04/2025 9:24:00 AM ((UTC-05:00) <i>Bogotá, Lima, Quito</i>)	2/05/2025 12:00:00 PM ((UTC-05:00) <i>Bogotá, Lima, Quito</i>)	8.544.060 COP	Archivado
Pago 005	005	31/05/2025 2:49:00 AM ((UTC-05:00) <i>Bogotá, Lima, Quito</i>)	3/06/2025 12:00:00 PM ((UTC-05:00) <i>Bogotá, Lima, Quito</i>)	8.544.060 COP	Pagado Detalle
Pago 006	006	30/06/2025 12:00:00 AM ((UTC-05:00) <i>Bogotá, Lima, Quito</i>)	1/07/2025 12:00:00 PM ((UTC-05:00) <i>Bogotá, Lima, Quito</i>)	8.544.060 COP	Pagado Detalle
Pago 007	007	26 días de tiempo transcurrido <i>(31/07/2025 12:00:00 AM(UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)</i>	24 días de tiempo transcurrido <i>(1/08/2025 12:00:00 PM(UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)</i>	8.544.060 COP	Aceptada Detalle

Crear

- Doc Pendientes
- Doc. Electrónico
- Gestión Documental
- Radicación
- Consultar
- Gestionar
- Administración
- Personalizar
- Reportes

Doc Pendientes

» Haga clic sobre el vínculo correspondiente al documento que desea visualizar

Digitales Electrónicos

Gestionar

Actualizar

Introduzca el texto a buscar...

#	No Radicado	Tipo	Asunto	Fecha Radica...	Fecha Recibido	Fecha Vencimiento	Remitente	Destinatario

Sin datos para mostrar

Crear filtro