

	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	

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

DESPACHO – SUBDIRECCIÓN – DIRECCIÓN U OFICINA: Dirección de Planeación Sectorial	CONTRATO No. 7296089	PERIODO DEL CONTRATO:
		Fecha de Inicio: 23/01/2025
		Fecha de Terminación: 26/09/2025
ENTIDAD CONTRATANTE: Fondo Financiero Distrital de Salud		PLAZO DE EJECUCIÓN: <i>Doscientos cuarenta y cuatro (244) días</i>
CONTRATISTA: Adriana Aminta Vásquez Rojas		PRÓRROGA:
		Fecha de Inicio (Prórroga):
		Fecha de Terminación (Prórroga)
SUPERVISOR (Nombre y cargo): Lilian Maritza Núñez Forero- Dirección de Planeación Sectorial - Profesional Especializado 222- 27		SUSPENSIÓN:
		Fecha de Inicio (Suspensión):
		Nueva Fecha de Terminación (Suspensión):
		PERIODO DEL INFORME: 01/09/2025-26/09/2025
OBJETO DEL CONTRATO: Prestar servicios profesionales especializados en la Dirección de Planeación Sectorial que aporten al análisis de calidad de vida, salud y enfermedad en el marco del Plan de Desarrollo Distrital.		

BALANCE FINANCIERO DEL CONTRATO	
VALOR INICIAL DEL CONTRATO:	\$ 66.782.800,00
VALOR ADICIÓN (SI APLICA):	\$ 00.000.000,00
VALOR INDEXACIÓN (SI APLICA):	\$ 00.000.000,00
VALOR CEDIDO (SI APLICA)	\$ 00.000.000,00
VALOR A LIBERAR (SI APLICA)	\$ 00.000.000,00
VALOR PAGADO AL CONTRATISTA O CESIONARIO (SI APLICA):	\$ 59.666.600,00
VALOR A PAGAR EN EL PRESENTE PERIODO DEL INFORME:	\$ 7.116.200,00
SALDO POR EJECUTAR:	\$ 00.000.000,00

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				

1. Apoyar la actualización y socialización del análisis de situación de calidad de vida y salud de la población a nivel local y distrital.	Reunión revisión de cronograma y oficio ASIS	2025_09_02_Acta Reunión revisión de cronograma y oficio ASIS
	Elaboración y envío oficio Convocatoria actualización ASIS 2025	2025_09_05_Elaboración y envío oficio Convocatoria actualización ASIS 2025
	ASIS 2025 - delegados y Participantes de las Mesas del PTS	ASIS 2025 - delegados y Participantes de las Mesas del PTS
	Cronograma actualización ASIS 2025	Cronograma actualización ASIS 2025
	Lista de Chequeo ASIS 2025	Lista de Chequeo ASIS 2025
	INDICADORES PROBLEMÁTICA 2	2025_09_11_INDICADORES PROBLEMÁTICA 2
	Matriz Indicadores Gobernanza Seguimiento	2025_09_11_Matriz_Indicadores_Gobernanza_Seguimiento
	Presentación Socialización lineamiento ASIS	2025_09_17_Socialización lineamiento ASIS
	Reunión preparatoria Revisión, Socialización Actualización del ASIS	2025_09_16 Acta reunión preparatoria Revisión Socialización Actualización ASIS
	Reunión de Socialización actualización ASIS 2025	2025_09_17 Acta de Socialización actualización ASIS 2025
2. Elaborar informes y/o documentos técnicos trimestrales y a demanda; que incluyan el análisis de morbilidad y atenciones en salud acorde con la priorización definida o en respuesta a solicitudes realizadas para temas específicos y gestionar su difusión en medios definidos por la Secretaría Distrital de Salud, tales como: revistas, boletines y otros.	Documento de la Infancia a la Vejez	2025_09_26_Documento de la Infancia a la Vejez

	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	

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

3. Apoyar el proceso de mejoramiento de la calidad de la información de los Registros Individuales de Prestación de servicios de Salud (RIPS) mediante actividades de seguimiento, evaluación y retroalimentación, entre otros que se definan en articulación con el equipo de gestión de la información y otros referentes del tema identificados	Reunión de reestructuración de las capacitaciones RIPS	2025_09_02_Acta de Reunión de reestructuración de las capacitaciones RIPS
4. Participar en espacios de análisis de temas prioritarios en salud, con otros profesionales, dependencias o sectores, en pro de contar con información relevante para la toma de decisiones.	No se realiza para este informe	
5. Responder a los requerimientos de Entes externos, internacionales, nacionales, territoriales; así como a los internos y propios del sector salud, relacionados con la salud, enfermedad y calidad de vida de la población Bogotana.	Proposición 1104_2025_Entornos libres de drogas NNA Rumba_Segura_2025ER42698 Población Migrante Consultas de urgencias CIE 10 Crónicas Habitante de Calle Intoxicaciones por Tusi_2025ER46174 Enfermedad_Respiratoria_SDQS4795812025	2025_09_03_Proposición 1104_2025_Entornos libres de drogas NNA 2025_09_03_Rumba_Segura_2025ER42698 2025_09_08_Población Migrante 2025_09_10_Consultas de urgencias 2025_09_12_CIE 10 Crónicas 2025_09_17_Habitante de Calle 2025_09_22_Intoxicaciones por Tusi_2025ER46174 2025_09_23_Enfermedad_Respiratoria_SDQS4795812025
6. Apoyar en la implementación y monitoreo de las acciones que aporten a la consolidación del Modelo Integrado de Planeación y Gestión – MIPG y al mejoramiento continuo, en relación con las actividades o procesos a cargo y según la planeación definida	POGD_III TRIMESTRE 2025 Informe de Gestión DPS	Seguimiento POGD 2025 DPS Trim III_Interno 2025_09_26_Informe de Gestión DPS 08082025-19092025
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		

	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

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:	ARL Positiva
Suma cancelada:	410.600	Suma cancelada:	525.600	Nivel Riesgo:	1
No Planilla:	89073062 89765531	No Planilla:	89073062 89765531	Suma cancelada:	17.200
Mes(es) cancelado(s):	Agosto Septiembre	Mes(es) cancelado(s):	Agosto Septiembre	No Planilla:	89073062 89765531
				Mes(es) cancelado(s):	Agosto Septiembre

EN CASO DE INFORME FINAL DE EJECUCION					
Relación de usuario y clave de acceso al equipo de cómputo:	Aavasquez@salud capital.gov.co Contraseña: ASIS_2025*	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:	Aavasquez@salud capital.gov.co Contraseña: ASIS_2025*	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: ADRIANA AMINTA VASQUEZ ROJAS FIRMA:  Firmado digitalmente por Adriana Aminta Vasquez Rojas				
	No. DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: C C 51959480				

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.	OTRAS OBSERVACIONES: NO APLICA
INFORME SUPERVISOR DE CONTRATO – SEGUIMIENTO A LOS RIESGOS DEL CONTRATO	

	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	

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

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 materializó el riesgo? (Marque con una X)		Observaciones (Describa la(s) causa(s) por las cuales se materializó 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	
11	Suspensión o cancelación de la tarjeta o matrícula profesional, para aquellas profesiones que así lo establecen		X	

SUPERVISOR	NOMBRE Y APELLIDO: LILIAN MARITZA NUÑEZ FORERO  Firmado digitalmente por Lilian M. Nuñez F
	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: LILIAN MARITZA NUNEZ FORERO  Firmado digitalmente por Lilian M. Nuñez F
	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.

 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



PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

PAG 1 de 2

DATOS DEL APORTANTE						EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	
CC	51959480	ADRIANA AMINTA VASQUEZ ROJAS	CL 55 76 55	7151237	advazquezrojas@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
UNICA	1 – Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ D.C.	NO

DATOS DE LA PLANILLA						CANTIDAD	
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA		EMPLEADOS	UPC
						1	0
						TOTAL A PAGAR	
PERIODO SALUD	PERIODO PERSONAS						
2025-08	2025-08	I	19/08/2025	89073062			\$973.200

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD				UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria		No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS008	Compensar EPS	86006942-7	410.600	0		0		0	0	0	0	410.600	1

TOTALES PENSION				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
Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria									
25-14	Colpensiones	900336004-7	525.600	0	0	0	0	0	0	0	525.600	1

TOTALES RIESGOS LABORALES				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
Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	No. Autorización	Valor										
14-23	Positiva Seguros	860011153-6	17.200				17.200	0	0	17.200			172	17.200	1

TOTALES CAJAS				NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
Código CCF	Nombre								
CCF24	Compensar Cajas			86006942-7	19.800	0	0	19.800	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, ISP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	410.600	410.600
Pensión	1	525.600	525.600
Riesgos Laborales	1	17.200	17.200
CCF	1	19.800	19.800
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	4	973.200	973.200

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

	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



PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

PAG 2 de 2

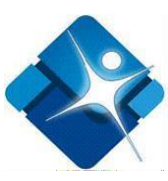
DATOS DEL APORTANTE						EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	
CC:	51959480	ADRIANA AMINTA VASQUEZ ROJAS	CL 55 76 55	7151237	advasquezrojas@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCUR SAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
UNICA	1 – Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ D.C.	NO

DATOS DE LA PLANILLA						CANTIDAD	
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIAS/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIAS/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA		EMPLEADOS	UTC
						1	0
PERIODO SALUD						TOTAL A PAGAR	
2025-08	2025-08	I	19/08/2025	69073062		\$973.200	

DETALLE POR COTIZANTE																																											
INFORMACIÓN COTIZANTE										INFORMACIÓN NOVEDADES										PERSON										SALUD				BENEFICIOS LABORALES				CDP		PENSIONALES			
Rég.	Tip.	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Código	Sexo	Edad	Estado Civil	Religión	Grupos de Riesgo	Grupos de Riesgo	Grupos de Riesgo	Grupos de Riesgo	Grupos de Riesgo	Grupos de Riesgo	Grupos de Riesgo	Grupos de Riesgo	Grupos de Riesgo	Grupos de Riesgo	Grupos de Riesgo	Cód. ANP*	RSC ANP*	Cobertura	Voluntario o Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo personal de solidaridad	Fondo personal de subsistencia	Cód. EPS*	RSC EPS*	Cobertura / Valor EPS*	Cód. ARL*	RSC ARL*	Cobertura	Código CDP*	RSC CDP*	Aporte CDP*	RSC sobre prestaciones	Aporte SSMA	Aporte EPS*	Aporte EPS*				
1	CC	51959480	VASQUEZ ROJAS ADRIANA AMINTA	53	F	34	CA													25-14	3.284.400	363.800	0	0	0	0	0	51959480	3.284.400	410.800	14-23	3.284.400	1	17.200	527-24	3.284.400	19.800	0	0	0	0		

PAGADA

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

	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



PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

PAG 1 de 2

DATOS DEL APORTANTE							DATOS DE LA PLANILLA							
TIPO	NUMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELEFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCAL Y SALUD	PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NUMERO PLANILLA	CANTIDAD	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	EMPLEADOS		UPC						
						1		0						
						TOTAL A PAGAR								
UNICA	I – Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	NO		2025-09	2025-09	I	10/09/2025	89785531	1	\$973.200

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD				UPC Adicional		Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria			No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS008	Compensar EPS	86006942-7	410.600	0		0	0	0	0	0	0	0	410.600	1

TOTALES PENSION				Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsolidaridad	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria									
25-14	Colpensiones	900336004-7	525.600	0	0	0	0	0	0	0	525.600	1

TOTALES RIESGOS LABORALES				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
Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	No. Autorización	Valor										
14-23	Positiva Seguros	860011153-6	17.200				17.200	0	0	17.200			172	17.200	1

TOTALES CAJAS								
Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados	
CCF24	Compensar Caja	860069942-7	19.800	0	0	19.800	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	410.600	410.600
Pensión	1	525.600	525.600
Riesgos Laborales	1	17.200	17.200
CCF	1	19.800	19.800
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	4	973.200	973.200

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

 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



PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

PAG 2 de 2

DATOS DEL APORTANTE							DATOS DE LA PLANILLA							
TIPO	NUMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELEFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD	PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIAS/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIAS/MES/AÑO)	NUMERO PLANILLA	CANTIDAD	
CC	5199480	ADRIANA AMINTA VASQUEZ ROJAS		CL 55 76 55	7151237	advasquezrojas@gmail.com		PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				EMP/LEADOS	UTC
FORMA PRESENTACION	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CODIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO			2025 09	2025 09	1	0			
UNICA	I – Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ D.C.					TOTAL A PAGAR				
						NO			I	10/09/2025	89705531	\$973.200		

DETALLE POR COTIZANTE																																							
INFORMACION COTIZANTE				INFORMACION NOVEDADES												PENSION				SALUD				RIESGOS LABORALES				CCP				PARAFISCALES							
Rég. Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres		Código	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32			
					CO	CE	CO	CE	CO	CE	CO	CE	CO	CE	CO	CE	CO	CE	CO	CE	CO	CE	CO	CE	CO	CE	CO	CE	CO	CE	CO	CE	CO	CE	CO	CE			
					CO	CE	CO	CE	CO	CE	CO	CE	CO	CE	CO	CE	CO	CE	CO	CE	CO	CE	CO	CE	CO	CE	CO	CE	CO	CE	CO	CE	CO	CE	CO	CE			
1	CC	51909488	VASQUEZ ROJAS ADRIANA AMINTA	19	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	25-14	3,284,400	525,800	0	0	0	0	0	0750008	3,284,400	410,800	14-23	3,284,400	1	17,200	CCP 24	3,284,400	19,800	0	0	0	0	

PAGADA

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

 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				



¡Hola, Adriana Aminta Vásquez Rojas!

Estado de la Transacción: Aprobada

Los siguientes son los datos de tu transacción:

Valor: \$ 973.200

Empresa: COMPENSAR-OI

Descripción: MiPlanilla.com Pago Protección Social

Fecha de la transacción: 19/08/2025

CUS: 1711950663

Gracias por utilizar nuestro servicio.



Ten en cuenta estos tips de seguridad:

- Usa dispositivos personales o de confianza para realizar tus pagos.
- No abras enlaces sospechosos.
- Cambia tus contraseñas con regularidad.
- Digita manualmente la URL del portal de tu entidad financiera.
- Recuerda que PSE nunca te contactará para solicitarle información personal.

Para mayor información comunícate con nosotros:

En Bogotá: +57 (601) 3808890 Opción 5

Contáctanos: <https://www.pse.com.co/persona-centro-de-ayuda>



Un servicio de



 ACH Colombia Oficial
 @ACHColombia

 ACH Colombia Oficial
 ACH Colombia Oficial

 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				



¡Hola, Adriana Aminta Vásquez Rojas!

Estado de la Transacción: Aprobada

Los siguientes son los datos de tu transacción:

Valor: \$973.200

Empresa: COMPENSAR-OI

Descripción: MiPlanilla.com Pego Protección Social

Fecha de la transacción: 10/09/2025

CUS: 1766886785

Gracias por utilizar nuestro servicio.



Ten en cuenta estos tips de seguridad:

- Usa dispositivos personales o de confianza para realizar tus pagos.
- No abras enlaces sospechosos.
- Cambia tus contraseñas con regularidad.
- Digita manualmente la URL del portal de tu entidad financiera.
- Recuerda que PSE nunca te contactará para solicitarte información personal.

Para mayor información comunícate con nosotros:

En Bogotá: +57 (601) 3808890 Opción 5

Contáctanos: <https://www.pse.com.co/persona-centro-de-ayuda>



Un servicio de



 ACH Colombia Oficial
 @ACHColombia_
 ACHColombiaOficial
 ACH Colombia Oficial

	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	

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



CERTIFICADO DE AFILIACIÓN

POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A.

HACE CONSTAR QUE:

Verificada la base de datos de afiliación en el Ramo de Riesgos Laborales se evidenció que, **ADRIANA AMINTA VASQUEZ ROJAS**, identificado con **CC No.51959480**, registra la siguiente información.

Datos del Contratante	Datos de la Relación Laboral
FONDO FINANCIERO DISTRITAL DE SALUD – NI. 800246953	Fecha de inicio de cobertura: 23/01/2025 Estado Afiliación: ACTIVO Fecha de inicio de Contrato: 23/01/2025 Fecha fin de Contrato: // Tipo Vinculación: TRABAJADOR INDEPENDIENTE Clase de Riesgo: 1

Recuerde que una vez cumplida la fecha fin de contrato, el sistema aplica de forma automática la novedad de retiro, por lo anterior, en caso de tener un nuevo contrato o prórroga deberá realizar la correspondiente novedad para continuar con la cobertura.

Esta certificación se expide en la ciudad de Bogotá D.C. a los 23 días del mes de septiembre de 2025.

Cordialmente,

GERENCIA DE AFILIACIONES Y NOVEDADES
POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A.

Positiva Compañía de Seguros S.A.
860.011.53-8 | Línea Gratuita Nacional: (+57) 01-8000-11-170 - Teléfono: +57 (501) 330 7000

Versor del Consumidor Financiero: Ana María Giraldo (Principal) - Fabio Valencia (Suplenio) | delconsumidor@positiva.gov.co | Correo IO #97A - 13, Oficina 502.
yotó | +57 (501) 800 8934 | Lunes a Viernes 8:00 a.m. - 6:00 p.m. | El Defensor, resolverá las quejas o reclamos, actuará como Conciliador ante Positiva.
e información: <https://www.positiva.gov.co/web/guest/delconsumidor-del-consumidor>. Puede interponer una queja ante Positiva, o el Defensor, o la SFC u otro
organismo de autogestión.

LA ASEGURADORA
DE TODOS LOS
COLOMBIANOS

Positiva Compañía de Seguros |  @PositivaCol |  PositivaCol |  PositivaSeguros

www.positiva.gov.co

 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	

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

FONDO FINANCIERO DISTRITAL DE SALUD									
BOGOTÁ		Versión: SALUD		Vig. Pto: 2025		ORDEN DE PAGO		No: 517005	
Distrito:		FONDO FINANCIERO DISTRITAL DE SALUD		Usuario Dólar:		YAMIEDINA		17/09/2025	
Código:		103		Código Eje:		45		Fecha de Impresión:	
								Estado:	
								GRADA	
1. DATOS DEL BENEFICIARIO									
Nombre:		ANDANA AMANDA VARGUEZ RIQUEZ				Regimen:		No Responsable	
Dirección:		CL 55 78 55 CONE 16 BL 8 AP 514				Teléfono y Fax:			
C.C. o NIT:		51859480				Banco/Cuenta:		CAJAFINSA	
						Cuenta Corriente:		263750773334	
2. DATOS DEL CONTRATO									
Compromiso a Pagar:		C1 - CONTRATOS (CON / SIN LICITACIÓN)				No:		7296089	
Acta de Recibo No:						Interventor o responsable del recibo a satisfacción del bien o servicio:		TOTAL	
						Nombre del Interventor:			
						Detalle:			
CTD 4657296089-PLANILLA OGI VIGENCIA-AGOSTO 2025 PERIODO DE 01-ago-2025									
Tipo de Orden de Pago:		VIGENCIA							
3. MOVIMIENTO PRESUPUESTAL									
Fuente de Financiación					IMPUTACIÓN PRESUPUESTAL				
					COD	Código Rubro	Registro	Nombre	Valor Aplicación (Gastos)
					1845	02-01-17-019-06-20246125-220842050	1206	Contratación de Recursos Humanos	88.211.000.00
					GR BRUTO				88.211.000.00
					CERO MILLONES OCHOCIENTOS ONCE MIL PESOS				88.211.000.00
ID Rubro					Rubro	Detalle	Valor		
02-01-17-019-06-20246125-220842050					01	1845	88.211.000.00		
Tipo					Código	Detalle	Importe	Saldo	
023					02302800	81122	01-01-01-001		
					Descripción	% Descuento	Base de Retención	Código Contable	VALORES
					Valor Bruto		5-0-21-79-0001	88.211.000.00	
					RETENCIÓN SERVICIOS 0.766%	766	87.257.800.00	2-4-36-37-0001	655.543.00
					ESTAMPILLA ADULTO MAYOR 2%	2	88.211.000.00	2-4-36-40-0007	8164.320.00
					RETENCIÓN C-1607/02-ART 363 - PERS. NATURAL (PLA)	0	85.443.200.00	2-4-36-35-0001	8175.334.00
					ESTAMPILLA - EST. PROOCULTURA 0.5%	5	88.211.000.00	2-4-36-40-0003	843.055.00
VALOR IMPORTEZADO					TOTAL DESCUENTOS				8096.256.00
ID Fuente					Detalle				VALOR
01					Presupuesto del Distrito				87.824.746.00
1845					APORTE COCAINO				Código contable
									2-4-01-02-0001
MOVIMIENTO TEGORERIA									
En Estado B									
Observaciones:					Acreditar (Satisfacción para transferencia de la administración)				
					Nombre				
					Cédula				
					Firma				
PURY ANGELICA MEDINA OSPINA GESTION DE PAGOS					YOLANDA PATRICIA VALDEPARRAMA CORTES Responsable del Presupuesto				
									