

	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: DIRECCION DE PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD	CONTRATO No. 7808077 DE 2025	PERIODO DEL CONTRATO:
		Fecha de Inicio: 02/05/2025
		Fecha de Terminación: 29/09/2025
ENTIDAD CONTRATANTE: FONDO FINANCIERO DISTRITAL DE SALUD		PLAZO DE EJECUCIÓN 140 días
		PRÓRROGA: No aplica
CONTRATISTA: LEIDY JOHANNA CASTAÑEDA CAMPOS		Fecha de Inicio (Prórroga) 30/09/2025
		Fecha de Terminación (Prórroga): 10/11/2025
		SUSPENSIÓN: No aplica
SUPERVISOR : Ana Sofia Alonso Romero Dirección de Provisión de Servicios de Salud – Profesional Especializado 222-30		Fecha de Inicio (Suspensión): No aplica
		Nueva Fecha de Terminación (Suspensión): No aplica
		PERIODO DEL INFORME: 30/ SEP/2025
OBJETO DEL CONTRATO: Prestar servicios profesionales especializados en la Dirección de Provisión de Servicios de Salud, en la construcción y orientación para la implementación, ajuste y seguimiento del modelo de salud de Bogotá, D.C., en el componente de prestación de servicios de salud.		

BALANCE FINANCIERO DEL CONTRATO	
VALOR INICIAL DEL CONTRATO:	\$ 37,883,067
VALOR ADICIÓN (SI APLICA):	\$10.494.633
VALOR INDEXACIÓN (SI APLICA):	\$0
VALOR CEDIDO (SI APLICA)	\$0
VALOR A LIBERAR (SI APLICA)	\$0
VALOR PAGADO AL CONTRATISTA O CESIONARIO (SI APLICA):	\$ 38.193.033
VALOR A PAGAR EN EL PRESENTE PERIODO DEL INFORME:	\$ 255.967
SALDO POR EJECUTAR:	\$ 10.238.666

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.Brindar asistencia técnica a las Empresas Administradoras de Planes de Beneficios (EAPB) e Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS) en las rutas integrales de atención en salud y mesas técnicas asignadas por la supervisión, para la	No se presentaron requerimientos para dar cumplimiento a esta obligación	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	

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

implementación y desarrollo del modelo de salud para la población de Bogotá, D.C		
2. Apoyar las acciones de seguimiento en las rutas integrales de atención en salud y mesas técnicas asignadas por la supervisión, para la implementación y desarrollo del modelo de salud para la población de Bogotá, D.C.	No se presentaron requerimientos para dar cumplimiento a esta obligación	No aplica
3. Apoyar en las acciones de articulación sectoriales e intersectoriales para la implementación y evaluación del modelo de salud para la población de Bogotá, D.C.	Realicé: 3.1 Desarrollé comité técnico científico de las jornadas epidemiológicas. 3.2 Ajusté agenda jornada epidemiológicas	Realicé: 3.1 Acta de Reunión 3.2 Agenda ajustada jornadas epidemiológicas
4. Participar en las reuniones programadas por la Dirección de Provisión de Servicios de Salud.	No se presentaron requerimientos para dar cumplimiento a esta obligación	No aplica
5. Apoyar los procesos administrativos de las rutas integrales de atención en salud y mesas técnicas asignadas por la supervisión para la implementación y desarrollo del modelo de salud para la población de Bogotá, D.C. y la proyección de las respuestas a oficios, derechos de petición, solicitudes de organismos de control de acuerdo con la asignación hecha por la supervisión y relacionados con el objeto del contrato	5.1 Ajusté agenda simposio ACV	5.1 Agenda ajustada y revisada por la subsecretaria

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.

INFORMACIÓN PAGOS SEGURIDAD SOCIAL

APORTES EN SALUD		APORTES EN PENSIÓN		APORTES RIESGOS LABORALES	
Empresa:	Compensar EPS	Empresa:	Colpensiones	Empresa:	SURA S. A
Suma cancelada:	384.000	Suma cancelada:	491.500	Nivel Riesgo:	3
No Planilla:	89476868	No Planilla:	89476868	Suma cancelada:	74.900
Mes(es) cancelado(s):	Agosto 2025	No Planilla:	89476868	No Planilla:	89476868
		Mes(es) cancelado(s):	Agosto 2025	Mes(es) cancelado(s):	Agosto 2025

	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

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, SIAS, 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: Leidy Johanna Castañeda Campos.				
	FIRMA: 				
	No. DOCUMENTO DE IDENTIDAD: 53073099				

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 <u>80%</u> de ejecución del contrato.	OTRAS OBSERVACIONES: NO APLICA

INFORME SUPERVISOR DE CONTRATO – SEGUIMIENTO A LOS RIESGOS DEL CONTRATO

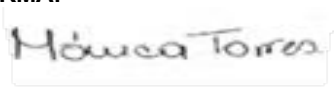
En la siguiente tabla se registra e informa el estado de los riesgos de la etapa contractual (ejecución), reportados en la matriz de riesgos de los estudios previos al corte de este informe:

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	
1	Cambio de régimen NO responsable de IVA a Común o viceversa a cargo del contratista		X	N/A
2	Inadecuado manejo de la información a la cual tiene acceso el contratista		X	N/A
3	Demoras por parte de la entidad contratante (Supervisor) en la aprobación de los productos y/o informes presentados por el contratista		X	N/A
4	Suspensión o cancelación de la tarjeta o matrícula profesional, para aquellas profesiones que así lo establecen		X	N/A

SUPERVISOR	NOMBRE Y APELLIDO: ANA SOFIA ALONSO 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.

 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

REVISÓ	NOMBRE Y APELLIDO: MONICA MARCELA TORRES ROJAS
	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	53073099	LEIDY JOHANNA CASTAÑEDA CAMPOS		CL22 # 41 36SUR	3105736265	leidyjohanna.h36@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 (DÍA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DÍA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD
					EMPLEADOS UPC
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				1 0
2025-08	2025-08	I	15/09/2025	89476868	TOTAL A PAGAR \$1.011.900

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	384.000	0		0		0	0	0	0	384.000	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	491.500	0	0	0	0	0	0		491.500	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										
14-11	ARL SURA	890903790-5	74.900				74.900	0	0	74.900			749	74.900	1

TOTALES CAJAS							
Código CCF	Nombre				NIT	Valor Aporte	Días Mora
CCF24	Compensar Caja				860066942-7	61.500	0

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	384.000	384.000
Pensión	1	491.500	491.500
Riesgos Laborales	1	74.900	74.900
CCF	1	61.500	61.500
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	4	1.011.900	1.011.900

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	53073099	LEIDY JOHANNA CASTAÑEDA CAMPOS		CL22 # 41 36SUR	3105736265	leidyjohanna.h36@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
2025-08	2025-08	I	15/09/2025	89476868	\$1.011.900

DETALLE POR COTIZANTE																																															
INFORMACIÓN COTIZANTE										INFORMACIÓN NOVEDADES							PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES			CCF			PARAFISCALES														
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Sueldo	Exonerado	Columna exonerada	Exonerado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VBP	VBT	SILN	IOE	MA	MA	MA	MA	MA	MA	MA	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	53073099	CASTAÑEDA CAMPOS LEIDY JOHANNA	59	0		N																			25-14	3.071.649	491.500	0	0	0	0	EPS008	3.071.649	384.000	14-11	3.071.649	3	74.900	CCF24	3.071.649	61.500	0	0	0	0	0

PAGADA

Medellin, 31 de agosto de 2025

LA DIRECCIÓN DE AFILIACIONES Y RECAUDOS HACE CONSTAR:

Que LEIDY JOHANNA CASTAÑEDA CAMPOS con documento de identidad C53073099, 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
2025-04-29	2025-09-29	INDEPENDIENTE CON CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS SUPERIOR A UN MES	VACUNACION -VERIFICADORES R3	0000000009	3	2.436	EN COBERTURA



		FONDO FINANCIERO DISTRITAL DE SALUD		Usuario Dilig: YAMEDINA	
Vig Ppto: 2025		ORDEN DE PAGO		Fecha de Impresión: 01/10/2025	
		No: 517114		Estado: GIRADA	
Entidad:	FONDO FINANCIERO DISTRITAL DE SALUD				
Código:	201	Unidad Eje:	01	Fecha Diligenciamiento:	04-SEP-25
1. DATOS DEL BENEFICIARIO					
Nombre:	LEIDY JOHANNA CASTAÑEDA CAMPOS	Regimen:	No Responsable		
Dirección:	CL 22 41 36 SUR AP 302	Teléfono y Fax:			
C.C o NIT:	53073099	Banco/Sucursal:	DAVIVIENDA	Cuenta No/Clase:	007590394362/A
2. DATOS DEL COMPROMISO					
Compromiso a Pagar:	CT - CONTRATOS (CON / SIN LICITACIÓN)	No:	7808077	Interventor o responsable del recibo a satisfacción del bien o servicio:	TOTAL
Acta de Recibo No:		Nombre del Interventor:			
Detalle					
CTO-NO7808077-PLANILLA OGI_VIGENCIA-AGOSTO 2025-PERIDO DE:01-ago 30-ago-2025					
Tipo de Orden de Pago:	VIGENCIA				
3. MOVIMIENTO PRESUPUESTAL					
Fuente de financiación:		IMPUTACIÓN PRESUPUESTAL			
		CDP	Código Rubro	Registro	Nombre
					Valor Aplicación (Gasto)
		2576	02-3-01-17-019-06-20240187-223061051	3478	Contratacion del Recurso Humano
					\$7.679.000,00
		VR BRUTO	SIETE MILLONES SEISCIENTOS SETENTA Y NUEVE MIL PESOS		\$7.679.000,00
ID Rubro	Fuente	Detalle	Valor		
02-3-01-17-019-06-20240187-223061051	01	12013	\$7.679.000,00		
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	\$7.679.000,00
RETEFUENTE-L.1607/12-ART 383 - PERS.NATURAL (PLA)		0	\$6.787.400,00	2-4-36-15-0001	\$390.734,00
ESTAMPILLA ADULTO MAYOR 2%		2	\$7.679.000,00	2-4-36-90-0007	\$153.580,00
RETEICA- SERVICIOS 0,766%		.766	\$6.787.400,00	2-4-36-27-0001	\$51.991,00
ESTAMPILLA - EST_PROCLTURA 0,5%		.5	\$7.679.000,00	2-4-36-90-0003	\$38.395,00
Valor amortización:		TOTAL DESCUENTOS		\$634.700,00	
Id fuente		Detalle		VALOR NETO A GIRAR	
01		Recursos Del Distrito		SIETE MILLONES CUARENTA Y CUATRO MIL TRESCIENTOS 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		