

	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	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: 41 días
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: 1/11/2025 – 10/11/2025
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:	\$ 2.559.667
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.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	Realicé: No se presentaron actividades para cumplir con esta obligación	Realicé: 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

supervisión, para la 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.	Realicé: 2.1 Seguimiento plan de acción a EAPB Famisanar	Realicé: 2.1 Acta de reunión
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 Reunión para articulación con la fundación Vida Nueva	Realicé: 3.1 Acta de Reunión
4. Participar en las reuniones programadas por la Dirección de Provisión de Servicios de Salud.	Realicé: 4.1 No se presentaron actividades para cumplir con esta obligación	Realicé: 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	Realicé: 5.1 Mesa técnica multimorbilidad 5.2 Planeación Taller Técnico-Práctico "Abordaje integral de la Diabetes Mellitus tipo 2 en Atención Primaria	5.1 Acta de reunión 5.2 Acta de reunión

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 queda nada pendiente.

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
				Nivel Riesgo:	I
Suma cancelada:	384.000	Suma cancelada:	491.500	Suma cancelada:	74.900
No Planilla:	91168201	No Planilla:	91168201	No Planilla:	91168201
Mes(es) cancelado(s):	Octubre 2025	Mes(es) cancelado(s):	Octubre 2025	Mes(es) cancelado(s):	Octubre 2025
Empresa:	Compensar EPS	Empresa:	Colpensiones	Empresa:	SURA S. A
				Nivel Riesgo:	I
Suma cancelada:	274.200	Suma cancelada:	351.000	Suma cancelada:	53.500
No Planilla:	91868006	No Planilla:	91868006	No Planilla:	91868006

	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

Mes(es) cancelado(s):	Noviembre 2025	Mes(es) cancelado(s):	Noviembre 2025	Mes(es) cancelado(s):	Noviembre 2025
-----------------------	----------------	-----------------------	----------------	-----------------------	----------------

EN CASO DE INFORME FINAL DE EJECUCIÓN					
Relación de usuario y clave de acceso al equipo de cómputo:	Ljcastaneda Camila2025*	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:	Ljcastaneda Camila2025*	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>100 %</u> de ejecución del contrato. Certifico que el contratista realizó 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	
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		

 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				

	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: 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
2025-10	2025-10	I	18/11/2025	91168201	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
						0	0
						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
2025-10	2025-10	I	18/11/2025	91168201	\$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	Subjeto	Exonerado	Columna exonerada	Exonerado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VBP	VBT	SILN	IOE	MAA	MAA	MAA	MAA	MAA	MAA	MAA	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

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 UPC
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				1 0
2025-11	2025-11	I	28/11/2025	91868006	\$722.600
TOTAL A PAGAR					

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	274.200	0		0		0	0	0	0	274.200	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	351.000	0	0	0	0	0	0		351.000	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	53.500				53.500	0	0	53.500			535	53.500	1

TOTALES CAJAS							
Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF24	Compensar Caja	860066942-7	43.900	0	0	43.900	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	274.200	274.200
Pensión	1	351.000	351.000
Riesgos Laborales	1	53.500	53.500
CCF	1	43.900	43.900
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	4	722.600	722.600

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
2025-11	2025-11	I	28/11/2025	91868006	\$722.600

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	MAA	MAA	MAA	MAA	MAA	MAA	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	2.193.280	351.000	0	0	0	0	EPS008	2.193.280	274.200	14-11	2.193.280	3	53.500	CCF24	2.193.280	43.900	0	0	0	0	0

PAGADA

Medellin, 4 de noviembre 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
2025-10-02	2025-11-10	INDEPENDIENTE CON CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS SUPERIOR A UN MES	VACUNACION -VERIFICADORES R3	0000000009	3	2.436	EN COBERTUR A



BOGOTÁ SECRETARÍA DE SALUD FONDO FINANCIERO DISTRITAL DE SALUD ORDEN DE PAGO Vig Ppto: 2025 No: 523387 Usuario Dilig: JA3SANCHEZ Fecha de Impresión: 02/12/2025 Estado: GIRADA													
Entidad:		FONDO FINANCIERO DISTRITAL DE SALUD											
Código:		201		Unidad Eje:		01		Fecha Diligenciamiento:		07-NOV-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-AD7808077-PLANILLA OGI_VIGENCIA-OCTUBRE 2025-PERIDO DE:30-sep 30-sep-2025													
Tipo de Orden de Pago:		VIGENCIA											
3. MOVIMIENTO PRESUPUESTAL													
Fuente de financiación:				IMPUTACIÓN PRESUPUESTAL									
				CDP		Código Rubro		Registro		Nombre		Valor Aplicación (Gasto)	
				4913		02-3-01-17-019-06-20240187-223061051		5371		Contratacion del Recurso Humano		\$255.967,00	
				VR BRUTO		DOSCIENTOS CINCUENTA Y CINCO MIL NOVECIENTOS SESENTA Y SIETE PESOS						\$255.967,00	
ID Rubro		Fuente		Detalle		Valor							
02-3-01-17-019-06-20240187-223061051		01		12013		\$255.967,00							
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		\$255.967,00			
ESTAMPILLA ADULTO MAYOR 2%				2		\$255.967,00		2-4-36-90-0007		\$5.119,00			
RETEICA- SERVICIOS 0,766%				.766		\$226.167,00		2-4-36-27-0001		\$1.732,00			
RETEFUENTE-L.1607/12-ART 383 - PERS.NATURAL (PLA)				0		\$226.247,00		2-4-36-15-0001		\$13.024,00			
ESTAMPILLA - EST_PROCLTURA 0,5%				.5		\$255.967,00		2-4-36-90-0003		\$1.280,00			
Valor amortización:				TOTAL DESCUENTOS				\$21.155,00					
Id fuente		Detalle											
01		Recursos Del Distrito											
12013		APORTE ORDINARIO											
VALOR NETO A GIRAR				DOSCIENTOS TREINTA Y CUATRO MIL OCHOCIENTOS DOCE PESOS				\$234.812,00					
								Código contable					
								2-4-01-02-0003					
MOVIMIENTO TESORERÍA													
Endosado a:													
Observaciones						Acreedor (Exclusivamente para transferencia de la administración)							
						Nombre _____							
						Cédula _____ Firma _____							
JAZMIN ALEXANDRA SANCHEZ ARISTIZABAL GESTION DE PAGOS						YOLANDA PATRICIA VALDERRAMA CORTES Responsable del Presupuesto							

BOGOTÁ SECRETARÍA DE SALUD FONDO FINANCIERO DISTRITAL DE SALUD ORDEN DE PAGO Vig Ppto: 2025 No: 523120 Usuario Dilig: JA3SANCHEZ Fecha de Impresión: 02/12/2025 Estado: GIRADA													
Entidad:		FONDO FINANCIERO DISTRITAL DE SALUD											
Código:		201		Unidad Eje:		01		Fecha Diligenciamiento:		07-NOV-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-AD7808077-PLANILLA OGI_VIGENCIA-OCTUBRE 2025-PERIDO DE:01-oct 30-oct-2025													
Tipo de Orden de Pago:		VIGENCIA											
3. MOVIMIENTO PRESUPUESTAL													
Fuente de financiación:				IMPUTACIÓN PRESUPUESTAL									
				CDP		Código Rubro		Registro		Nombre		Valor Aplicación (Gasto)	
				4913		02-3-01-17-019-06-20240187-223061051		5371		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			
RETEICA- SERVICIOS 0,766%				.766		\$6.787.400,00		2-4-36-27-0001		\$51.991,00			
RETEFUENTE-L.1607/12-ART 383 - PERS.NATURAL (PLA)				0		\$6.787.400,00		2-4-36-15-0001		\$390.734,00			
ESTAMPILLA - EST_PROCULTURA 0,5%				.5		\$7.679.000,00		2-4-36-90-0003		\$38.395,00			
ESTAMPILLA ADULTO MAYOR 2%				2		\$7.679.000,00		2-4-36-90-0007		\$153.580,00			
TOTAL DESCUENTOS										\$634.700,00			
Valor amortización:													
Id fuente						Detalle		VALOR NETO A GIRAR		SIETE MILLONES CUARENTA Y CUATRO MIL TRESCIENTOS PESOS		\$7.044.300,00	
01						Recursos Del Distrito				Código contable			
12013						APORTE ORDINARIO				2-4-01-02-0003			
MOVIMIENTO TESORERÍA													
Endosado a:													
Observaciones						Acreedor (Exclusivamente para transferencia de la administración)							
						Nombre _____							
						Cédula _____ Firma _____							
JAZMIN ALEXANDRA SANCHEZ ARISTIZABAL GESTION DE PAGOS						YOLANDA PATRICIA VALDERRAMA CORTES Responsable del Presupuesto							
													