DESPACHO – SUBDIRECCIÓN – DIRECCIÓN U OFICINA: **DIRECCION DE PROVISION DE SERVICIOS DE SALUD**	**CONTRATO No.** *8556859*	**PERIODO DEL CONTRATO:** Fecha de Inicio: *14/11/2025* Fecha de Terminación: *30/09/2026*
ENTIDAD CONTRATANTE: **FONDO FINANCIERO DISTRITAL DE SALUD**		**PLAZO DE EJECUCIÓN:** *Trecientos diecisiete días o (317) días* **PRÓRROGA:**
CONTRATISTA: **Leidy Marcela Chocontá Clavijo**		Fecha de Inicio (Prórroga): N/A Fecha de Terminación (Prórroga): N/A **SUSPENSIÓN:** N/A
SUPERVISOR (Nombre y cargo): **Diego Fernando Alvarado López** Profesional Especializado, código 222 grado 27.		Fecha de Inicio (Suspensión): N/A Nueva Fecha de Terminación (Suspensión): N/A **PERIODO DEL INFORME:** 1/12/2025 – 31/12/2025
OBJETO DEL CONTRATO: Prestar servicios profesionales en la Dirección de Provisión de Servicios de Salud de la secretaría Distrital de Salud para la planeación, implementación y seguimiento del modelo de salud de Bogotá DC.		

BALANCE FINANCIERO DEL CONTRATO	
VALOR INICIAL DEL CONTRATO:	$ 69.454.700,00
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):	$ 3.724.700,00
VALOR A PAGAR EN EL PRESENTE PERIODO DEL INFORME:	$ 6.573.000,00
SALDO POR EJECUTAR:	$ 59.157.000,00

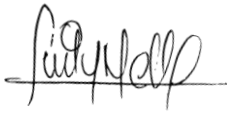
ACTIVIDADES ESPECIFICAS, OBLIGACIONES DEL CONTRATISTA DESARROLLADAS DE ACUERDO CON EL OBJETO CONTRACTUAL		
OBLIGACIONES (Las estipuladas en la minuta del contrato)	**AVANCE ACTIVIDADES** (Desarrolladas en el periodo objeto del informe - referente a la obligación)	**EVIDENCIAS O SOPORTE** (Con respecto a la actividad desarrollada y donde reposan)
1. Formular, implementar, monitorear y evaluar procesos educativos y comunicativos en salud desde una perspectiva pedagógica dialógica, en concertación con las dependencias de la Secretaría Distrital de Salud, Entidades Promotoras de Salud y las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud para contribuir en la implementación del Modelo de Salud de Bogotá "MAS Bienestar".	En el periodo del 1 al 31 de diciembre se trabajó se avanzó en la construcción del módulo de salud infantil, realizando ajustes en el diseño y en el contenido técnico, se crearon mensajes para las diferentes secciones de la herramienta interactiva.	04122025_Revisión Módulo Salud Infantil 05122025_CONTENIDO SALUD INFANTIL V4 09122025_CONTENIDO SALUD INFANTIL HI V5 10122025_Mensajes para las secciones por etapas del desarrollo_Salud infantil 16122025_Revisión Módulo Salud Infantil Obligación 1
2. Gestionar y proponer acciones para el fortalecimiento de los procesos de educación para la salud que permitan el desarrollo de capacidades personales, sociales e institucionales según las necesidades en el marco de la gestión integral del Riesgo en Salud a nivel individual, familiar y comunitario, de acuerdo con las estrategias pedagógicas establecidas por la Subsecretaría de Servicios de Salud y Aseguramiento, en el marco Modelo de Salud de Bogotá "MAS Bienestar".	En el periodo del 1 al 31 de diciembre, se trabajo con las profesionales de salud mental para proponer la orientación metodológica y pedagógica del módulo de la herramienta interactiva. Se presentó la propuesta del módulo de salud infatil a Bibiana Quijano y al Subsecretario Luis Alexander Moscoso, se recibe la retroalimentación correspondiente a la presentación y se trabaja en la aplicación de los ajustes en el módulo. Se realiza una revisión detallada del módulo de salud infantil con la referente técnica Martha Beltrán, puliendo el contenido técnico, ajustando los mensajes y realizando recomendaciones para el diseño. Se dio continuidad al apoyo a la realización del simposio del modelo de urgencias.	01122025_Articulación equipo salud mental y caja de herramientas 01122025_Reunión presentación simposio urgencias. 02122025_Reunión de equipo caja de herramientas 05122025_Seguimiento por Bibiana Quijano 10122025_seguimiento_Dr Moscoso 15122025_creación mensajes 16122025_Definición mensajes pendón_donación 18122025_Mesa de trabajo_Salud infantil y caja de herramientas 23122025_mesa de trabajo caja de herramientas Obligación 2

3. Realizar los aportes y gestiones necesarias para la respuesta oportuna y de calidad a solicitudes internas o externas, peticiones ciudadanas, de entes de control o informes periódicos, dando cumplimiento al marco normativo, técnico y al Modelo de Salud de Bogotá “MAS Bienestar”.	El perfil dio respuesta a los requerimientos solicitados desde la Subsecretaría de Salud Pública, presentando en dos oportunidades el objetivo del equipo, las herramientas contruidas y el aporte realizado a la caja de herramientas en el marco del Modelo de Salud de Bogotá “MAS Bienestar”. Se da respuesta al requerimiento del área de calidad de la Dirección de Provisión de Servicios de Salud en la realización de los aportes correspondientes para la compilación del informe de SEGPLAN.	09122025 Reunión Articulación Caja de Herramientas - Educación Transformadora 10122025_Presentación caja de herramientas_salud pública 11122025_Reporte informe a calidad Obligación 3
4. Participar en la respuesta a requerimientos, así como asistir a las reuniones, espacios de participación (institucionales, sectoriales, intersectoriales o comunitarias) o actividades misionales de carácter especial de la Subsecretaría relacionados con el cumplimiento del objeto y obligaciones contractuales, apoyando además, cuando la necesidad del servicio lo requiera, en el desarrollo de actividades administrativas y/o técnicas contingentes derivadas de la Prestación de Servicios y Aseguramiento en el Distrito Capital, de acuerdo con las necesidades y prioridades definidas por la entidad; en el marco del modelo de salud de Bogotá “MAS Bienestar”.	El perfil asistió a la socialización de la campaña expectativa de sensibilización del modelo de urgencias con las IPS y EAPBs, donde se requirió la presencia del perfil en el marco de la creación de mensajería para estas fases.	09122025_Socialización modelo urgencias a EAPBs 09122025_Socialización modelo urgencias IPS Obligación 4
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.

INFORMACIÒN PAGOS SEGURIDAD SOCIAL					
APORTES EN SALUD		**APORTES EN PENSIÓN**		**APORTES RIESGOS LABORALES**	
Empresa:	Famisanar	Empresa:	Porvenir	Empresa: Nivel Riesgo:	Sura 1
Suma cancelada:	328.700	Suma cancelada:	420.700	Suma cancelada:	13.800
No Planilla:	1077544318	No Planilla:	1077544318	No Planilla:	1077544318
Mes(es) cancelado(s):	Noviembre	Mes(es) cancelado(s):	Noviembre	Mes(es) cancelado(s):	Noviembre

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, 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:** Leidy Marcela Chocontá Clavijo
	FIRMA: 
	No. DOCUMENTO DE IDENTIDAD: 1020739382

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 _14,83_____% 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:** **Diego Fernando Alvarado López**
	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:** **Bibiana Marcela Quijano Rey**
	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.*

PAGOSIMPLE | AUTOLIQUIDACION CONSOLIDADA

Fecha creación reporte: 2025-11-27, 06:33:58 PM **Tipo Planilla:** I: PLANILLA INDEPENDIENTES **Numéro Planilla:** 1077544318

Periodo Cotización: noviembre de 2025 **Periodo Servicio:** noviembre de 2025

PAGADO 27/11/2025 EN HORARIO EXTENDIDO

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	LEIDY MARCELA CHOCONTA CLAVIJO		
Documento	CC1020739382	**Dirección**	CR 38A #25 - 46 CASA
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	**Teléfono**	6923598
Tipo Persona	NATURAL	**Forma Presentación**	ÚNICO
Ciudad	BOGOTA D.C.	**Departamento**	BOGOTA D.C.
Representante Legal		**Identificación**	
Total Afiliados	1	**ARP**	ARL SURA

II. DETALLE DEL APORTANTE

Datos del Afiliado				Novedades																				Pensiones			Salud			Riesgos			Cajas			Parafiscales					Total
Identificación	Apellidos y Nombres	Tipo Cotizante	Subtipo Cotizante	ING	RET	RET P	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	COR	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	Días APP	Días EPS	Días ARP	Días CCF	Administradora	IBC Pensión	Aporte Pensión	Administradora	IBC Salud	Aporte Salud	Tarifa	IBC Riesgos	Aporte Riesgos	Administradora	IBC Caja	Aporte Caja	Aporte SENA	Aporte ICBF	ESAP	Aporte Ministerio	Total
CC 1020739382	LEIDY MARCELA CHOCONTA CLAVIJO	59	00																	0	30	30	30	0	(230301) PORVENIR	$ 2.629.200	$ 420.700	(EPS017) FAMISANAR EPS	$ 2.629.200	$ 328.700	0,522	$ 2.629.200	$ 13.800	(NIN-CC) NINGUNA CCF	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 763.200

III.TOTALES

IBC Pensión	IBC Salud	IBC Riesgos	IBC Cajas	Aportes Pensión	Aportes Salud	Aportes Riesgos	Aportes Cajas	Aportes Sena	Aportes ICBF	Aportes ESAP	Aportes Min Educación	(Incapacidades, Licencias, Saldos a Favor) EPS	Incapacidades ARP	SUBTOTAL SIN INTERESES DE MORA	TOTAL INTERESES DE MORA	TOTAL FINAL
$ 2.629.200	$ 2.629.200	$ 2.629.200	$ 0	$ 420.700	$ 328.700	$ 13.800	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 763.200	$ 0	$ 763.200

Líneas de Servicio FonoSIMPLE: Bogotá 601 4446634 - Cali: 602 5540577 - Medellín: 604 5146669 - Bucaramanga: 607 6438000 - Cartagena: 605 6945444 - Pereira: 606 3402582 - Barranquilla: 605 3618850 - Resto del País: 018000 971 971 - ¡Más que Fácil, SIMPLE!

¡El Poder de lo SIMPLE!

Antes de imprimir, asegúrese que sea realmente necesario. Proteger el medio ambiente está en nuestras manos.

ARL

Medellin, 6 de enero de 2026

LA DIRECCIÓN DE ASEGURAMIENTO SEGUROS OBLIGATORIOS HACE CONSTAR:

Que **LEIDY MARCELA CHOCONTA CLAVIJO** con documento de identidad **C1020739382**, 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
2025-11-13	2026-09-30	INDEPENDIENTE CON CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS SUPERIOR A UN MES	PRINCIPAL DC	0000000001	1	0.522	EN COBERTURA

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

FONDO FINANCIERO DISTRITAL DE SALUD

BOGOTÁ | SECRETARÍA DE SALUD

Vig Ppto: 2025

ORDEN DE PAGO

No: 525170

Usuario Dilig: YAMEDINA
Fecha de Impresión: 28/12/2025
Estado: GIRADA

Entidad:	FONDO FINANCIERO DISTRITAL DE SALUD				
Código:	201	Unidad Eje:	01	Fecha Diligenciamiento:	04-DEC-25

1. DATOS DEL BENEFICIARIO

Nombre:	LEIDY MARCELA CHOCONTA CLAVIJO	Regimen:	No Responsable		
Dirección:	KR 38 A 25 46	Teléfono y Fax:			
C.C o NIT:	1020739382	Banco/Sucursal:	DAVIVIENDA	Cuenta No/Clase:	488418763956/A

2. DATOS DEL COMPROMISO

Compromiso a Pagar:	CT - CONTRATOS (CON / SIN LICITACIÓN	No:	8556859	Interventor o responsable del recibo a satisfacción del bien o servicio:	TOTAL
Acta de Recibo No:		Nombre del Interventor:			

Detalle

CTO-NO8556859-PLANILLA OGI_VIGENCIA-NOVIEMBRE 2025-PERIODO DE:01-nov 30-nov-2025

Tipo de Orden de Pago: VIGENCIA

3. MOVIMIENTO PRESUPUESTAL

Fuente de financiación:

IMPUTACIÓN PRESUPUESTAL

CDP	Código Rubro	Registro	Nombre	Valor Aplicación (Gasto)
6215	O2-3-01-17-019-06-20240187-223061511	6754	VF - Contratacion del Recurso Humano	$3.724.700,00

VR BRUTO	TRES MILLONES SETECIENTOS VEINTICUATRO MIL SETECIENTOS PESOS	$3.724.700,00

ID Rubro	Fuente	Detalle	Valor	
O2-3-01-17-019-06-20240187-223061511	01	12013	$3.724.700,00	
Tipo	**Com**	**Objeto**	**Ingreso**	**Banco**
O23	20202009	91122	O1-5-01-01-001	

4. MOVIMIENTO FINANCIERO Y CONTABLE

Descripción	% Descuento	Base de Retención	Código Contable	VALORES
Valor Bruto			5-1-11-79-0001	$3.724.700,00
ESTAMPILLA ADULTO MAYOR 2%	2	$3.724.700,00	2-4-36-90-0007	$74.494,00
RETEICA- SERVICIOS 0,766%	.766	$3.292.200,00	2-4-36-27-0001	$25.218,00
ESTAMPILLA - EST_PROCULTURA 0,5%	.5	$3.724.700,00	2-4-36-90-0003	$18.624,00

Valor amortización:

Id fuente	Detalle
01	Recursos Del Distrito
12013	APORTE ORDINARIO

TOTAL DESCUENTOS		$118.336,00
VALOR NETO A GIRAR	TRES MILLONES SEISCIENTOS SEIS MIL TRESCIENTOS SESENTA Y CUATRO PESOS	$3.606.364,00
		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

Consulta Pagos