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:	7
Elaborado por: Carlos Andrés Montaña Buitrago /Revisado por: Nureidis Torres Vivas /Aprobado por: Katty Johana Rodríguez Lozano				

DESPACHO – SUBDIRECCIÓN – DIRECCIÓN U OFICINA: **SUBDIRECCIÓN CENTRO REGULADOR DE URGENCIAS Y EMERGENCIAS**	**CONTRATO No.** **8408108**	**PERIODO DEL CONTRATO:** Fecha de Inicio: 10/10/2025 Fecha de Terminación: 31/12/2025
ENTIDAD CONTRATANTE: **FONDO FINANCIERO DISTRITAL DE SALUD**		**PLAZO DE EJECUCIÓN:** Dos meses veinte días **PRÓRROGA: N/A**
CONTRATISTA: **Jesica Paola Rubio Lobelo**		Fecha de Inicio (Prórroga): N/A Fecha de Terminación (Prórroga): N/A **SUSPENSIÓN: N/A**
SUPERVISOR (Nombre y cargo): **NESTOR RICARDO GERONIMO ORTEGA** **SUBDIRECCIÓN CENTRO REGULADOR DE URGENCIAS Y EMERGENCIAS–SUBDIRECTOR (E) TÉCNICO CÓDIGO 222 GRADO 32**		Fecha de Inicio (Suspensión): N/A Nueva Fecha de Terminación (Suspensión): N/A **PERIODO DEL INFORME:** **01/12/2025 – 31/12/2025**
OBJETO DEL CONTRATO: Prestar servicios como Técnico Auxiliar de Enfermería, Técnico o Tecnólogo de Atención Prehospitalaria en la Subdirección Centro Regulador de Urgencias y Emergencias, con el fin de gestionar los eventos en salud transferidos desde la línea de Emergencias 123 o través de los mecanismos establecidos, en el marco del Sistema de Emergencias Médicas y el modelo de atención en salud		

BALANCE FINANCIERO DEL CONTRATO	
VALOR INICIAL DEL CONTRATO:	$10.570.129
VALOR ADICIÓN (SI APLICA):	$ 0
VALOR INDEXACIÓN (SI APLICA):	$ 0
VALOR CEDIDO (SI APLICA)	$ 0
VALOR A LIBERAR (SI APLICA)	$ 0
VALOR PAGADO AL CONTRATISTA O CESIONARIO (SI APLICA):	$ 6.005.755
VALOR A PAGAR EN EL PRESENTE PERIODO DEL INFORME:	$ 3.603.453
SALDO POR EJECUTAR:	$ 960.921

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. Atender la gestión integral de los incidentes que ingresen al Centro Operativo a través de la línea 123 o a través de otros canales de comunicación, en el ejercicio de rectoría del Sistema de Emergencias Médicas, aplicando lo definido en el Procedimiento de Regulación de la Urgencia Médica y demás documentos establecidos	Realizar la gestión durante el periodo del **DICIEMBRE del 2025** con un total 256 + 752 de registros en el sistema Premier One con el ID **MJESPAORUBLOB** de los incidentes que ingresan al Centro Operativo del CRUE, de acuerdo con lo definido en el procedimiento de Regulación de la Urgencia Médica para el perfil.	Se adjunta evidencia en archivo PDF: - Certificado Incidentes 1 - Certificado Incidentes 2

2. Apoyar la gestión del proceso de Referencia y Contra- referencia, de los casos que ingresen al Centro Regulador de Urgencias a través de la plataforma de información de la Dirección de Urgencias y Emergencias en Salud, por correo electrónico o vía telefónica, según lo definido en el lineamiento de la ingresa a la capacitación despacho privadas Subdirección CRUE	Durante el periodo actual no fue requerida por la Subdirección la realización del apoyo al proceso de referencia y contrarreferencia, por tal razón no se cuenta con evidencia	Se adjunta evidencia en archivo PDF: - Certificado Horas 1 - Certificado Horas 2
3. Participar en las diferentes actividades de socialización que sean programadas por la Subdirección Centro Regulador de Urgencias y Emergencias en Salud	Durante el mes de diciembre **de 2025** no fueron convocadas reuniones ni capacitaciones por la Subdirección Centro Regulador de Urgencias y Emergencias en Salud.	-No se adjunta evidencia

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:
N/A

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.

APORTES EN SALUD		**APORTES EN PENSIÓN**		**APORTES RIESGOS LABORALES**	
Empresa:	EPS SURA	Empresa:	Provenir	Empresa:	ARL Sura
				Nivel Riesgo:	1
Suma cancelada:	$ 181.000 $ 180.200	Suma cancelada:	$ 231.900 $ 230.700	Suma cancelada:	$ 7.700 $ 7.600
No Planilla:	91565714 92167184	No Planilla:	91565714 92167184	No Planilla:	91565714 92167184
Mes(es) cancelado(s):	Noviembre Diciembre	Mes(es) cancelado(s):	Noviembre Diciembre	Mes(es) cancelado(s):	Noviembre Diciembre

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:	Premierone Camilo3105** Sidcrue Camilo.3105*	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:** **Jesica Paola Rubio Lobelo**
	FIRMA:
	No. DOCUMENTO DE IDENTIDAD: 1.03.381.5703

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. Certifico que el contratista realizo la 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	Suspensión o cancelación de la tarjeta o matrícula profesional, para aquellas profesiones que así lo establecen		X	N/A

SUPERVISOR	**NOMBRE Y APELLIDO:** **NESTOR RICARDO GERONIMO ORTEGA**
	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:** **DIANA CAROLINA TORRES TORRES**
	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.

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	1033815703	JESICA PAOLA RUBIO LOBELO	Calle 28 # 31 - 57 e	0000000	jesiii.lobelo@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente		CUNDINAMARCA	SOACHA		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	
2025-11	2025-11	I	09/12/2025	91565714	$420.500	

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					
EPS010	EPS Sura	800088702-2	180.200	0		0		0	7	800	0	181.000	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
230301	Porvenir	800224808-8	230.700	0	0	0	0	7	1.100	0	231.800	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	7.600				7.600	7	100	7.700			76	7.700	1

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados

TOTALES PARAFISCALES

Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	7	0	0	0
ICBF				
0	7	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	180.200	181.000
Pensión	1	230.700	231.800
Riesgos Laborales	1	7.600	7.700
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	418.500	420.500

PAGADA

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

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	1033815703	JESICA PAOLA RUBIO LOBELO		Calle 28 # 31 - 57 e	0000000	jesiii.lobelo@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente			CUNDINAMARCA	SOACHA		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	
2025-11	2025-11	I	09/12/2025	91565714	$420.500	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE									INFORMACIÓN NOVEDADES																PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES				
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Colom. exterior	Estornado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntario 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	1033815703	RUBIO LOBELO JESICA PAOLA	59	0			N																	230301	1.441.381	230.700	0	0	0	0	EPS010	1.441.381	180.200	14-11	1.441.381	1	7.600		0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

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

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	1033815703	JESICA PAOLA RUBIO LOBELO	Calle 28 # 31 - 57 e	0000000	jesiii.lobelo@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente		CUNDINAMARCA	SOACHA		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	
2025-12	2025-12	I	09/12/2025	92167184	$418.500	

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					
EPS010	EPS Sura	800088702-2	180.200	0		0		0	0	0	0	180.200	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
230301	Porvenir	800224808-8	230.700	0	0	0	0	0	0		230.700	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	7.600				7.600	0	0	7.600			76	7.600	1

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados

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	180.200	180.200
Pensión	1	230.700	230.700
Riesgos Laborales	1	7.600	7.600
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	418.500	418.500

PAGADA

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

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	1033815703	JESICA PAOLA RUBIO LOBELO	Calle 28 # 31 - 57 e	0000000	jesiii.lobelo@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente		CUNDINAMARCA	SOACHA		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	
2025-12	2025-12	I	09/12/2025	92167184	$418.500	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE									INFORMACIÓN NOVEDADES																PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES				
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Colom. exterior	Estornudo	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntario 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	1033815703	RUBIO LOBELO JESICA PAOLA	59	0			N																	230301	1.441.381	230.700	0	0	0	0	EPS010	1.441.381	180.200	14-11	1.441.381	1	7.600		0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

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

Medellín, 02 de diciembre de 2025

LA ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES
SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A..

CERTIFICA:

Que JESICA PAOLA RUBIO LOBELO identificado(a) con cédula de ciudadanía 1033815703 registra en nuestra base de datos como trabajador(a) independiente.

A continuación se relacionan los datos de la afiliación:

Fecha inicio cobertura: 12/12/2024 **Fecha fin cobertura:** 31/12/2025

INFORMACIÓN DEL CONTRATANTE

FONDO FINANCIERO DISTRITAL DE SALUD N800246953

ACTIVIDAD ECONÓMICA:
1841301 - REGULACIÓN DE LAS ACTIVIDADES DE ORGANISMOS QUE PRESTAN SERVICIOS DE SALUD, EDUCATIVOS, CULTURALES Y OTROS SERVICIOS SOCIALES, EXCEPTO SERVICIOS DE SEGURIDAD SOCIAL, INCLUYE LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA DE PROGRAMAS DESTINADOS A AUMENTAR EL BIENESTAR SOCIAL DE LA COMUNIDAD EN MATERIA DE: SALUD, EDUCACIÓN, CULTURA, DEPORTE, SERVICIOS RECREATIVOS, MEDIO AMBIENTE, VIVIENDA Y SERVICIOS SOCIALES, ADMINISTRACIÓN DE PROGRAMAS DE VIVIENDA, TALES COMO MINISTERIOS, SUPERINTENDENCIAS Y COMISIÓN DE REGULACIÓN ENTRE OTROS

CLASE DE RIESGO: 1 **PORCENTAJE DE COTIZACIÓN:** 0.522%

CENTRO DE TRABAJO: 0000000015 - CALL CENTER LÌNEAS R1

CLASE: 1 **PORCENTAJE:** 0.522% **TIPO COTIZANTE:** INDEPENDIENTE CON CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS SUPERIOR A UN MES

ACTIVIDAD ECONÓMICA CENTRO DE TRABAJO:
1822001 - ACTIVIDADES DE CENTROS DE LLAMADAS (CALL CENTER) INCLUYE LAS ACTIVIDADES DE CENTROS QUE ATIENDEN A LLAMADAS DE CLIENTES UTILIZANDO OPERADORES HUMANOS, SISTEMAS DE DISTRIBUCIÓN AUTOMÁTICA DE LLAMADAS, SISTEMAS INFORMATIZADOS DE TELEFONÍA, SISTEMAS INTERACTIVOS DE RESPUESTA DE VOZ, RECIBIR PEDIDOS, PROPORCIONAR INFORMACIÓN SOBRE PRODUCTOS, RESPONDER A SOLICITUDES DE ASISTENCIA DE LOS CLIENTES O ATENDER RECLAMACIONES

INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA

ACTIVIDAD ECONÓMICA:
1822001 - ACTIVIDADES DE CENTROS DE LLAMADAS (CALL CENTER) INCLUYE LAS ACTIVIDADES DE CENTROS QUE ATIENDEN A LLAMADAS DE CLIENTES UTILIZANDO OPERADORES HUMANOS, SISTEMAS DE DISTRIBUCIÓN AUTOMÁTICA DE LLAMADAS, SISTEMAS INFORMATIZADOS DE TELEFONÍA, SISTEMAS INTERACTIVOS DE RESPUESTA DE VOZ, RECIBIR PEDIDOS, PROPORCIONAR INFORMACIÓN SOBRE PRODUCTOS, RESPONDER A SOLICITUDES DE ASISTENCIA DE LOS CLIENTES O ATENDER RECLAMACIONES

CODIGO DE ACTIVIDAD: 1822001

CLASE DE RIESGO: 1 **PORCENTAJE DE COTIZACIÓN:** 0.522%

Su pago lo debe realizar con riesgo 1 (0.522 %), teniendo en cuenta lo siguiente:

Artículo 11, Decreto 723 de 2013: Cotización y Pago: La cotización se realizará teniendo en cuenta el mayor riesgo entre:

1. ***La clase de riesgo del centro de trabajo de la entidad o institución.***
2. ***El propio de la actividad ejecutada por el contratista.***

Parágrafo 1: Cuando las entidades o instituciones no tengan centros de trabajo se tomará la actividad principal o institución.

Si desea validar que este certificado haya sido realmente emitido por ARL Sura y la información aquí contenida sea real, visite www.arlsura.com.co / validar certificados e ingrese el siguiente código único de generación válido por un mes:
C10711711432527552988

Atentamente,

Dirección de Afiliaciones y Recaudos

Este certificado tiene validez para efectos de afiliación del trabajador a SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A. así como para su desafiliación
Importante: La información contenida en este certificado puede ser validada en cualquier momento por SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A.

Este certificado fue generado con la información registrada en la base de datos el: 02/12/2025 2.43 PM

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

FONDO FINANCIERO DISTRITAL DE SALUD

BOGOTÁ | SECRETARÍA DE SALUD

Vig Ppto: 2025

ORDEN DE PAGO

No: 525697

Usuario Dilig: YAMEDINA
Fecha de Impresión: 05/02/2026
Estado: GIRADA

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

1. DATOS DEL BENEFICIARIO

Nombre:	JESICA PAOLA RUBIO LOBELO	Regimen:	No Responsable		
Dirección:	CL 28 31 57 ESTE	Teléfono y Fax:			
C.C o NIT:	1033815703	Banco/Sucursal:	DAVIVIENDA	Cuenta No/Clase:	456870075417/A

2. DATOS DEL COMPROMISO

Compromiso a Pagar:	CONTRATACION DIRECTA	No:	8408108	Interventor o responsable del recibo a satisfacción del bien o servicio:	TOTAL
Acta de Recibo No:		Nombre del Interventor:			

Detalle

CTO-NO8408108-PLANILLA OGI_VIGENCIA-NOVIEMBRE 2025-PERIODO DE:01-nov 30-nov-2025

Tipo de Orden de Pago: VIGENCIA

3. MOVIMIENTO PRESUPUESTAL

Fuente de financiación:

ID Rubro	Fuente	Detalle	Valor	
O2-3-01-17-019-05-20240200-236083051	01	12013	$3.603.453,00	
Tipo	Com	Objeto	Ingreso	Banco
O23	20202009	91122	O1-5-01-01-001	

IMPUTACIÓN PRESUPUESTAL

CDP	Código Rubro	Registro	Nombre	Valor Aplicación (Gasto)
5849	O2-3-01-17-019-05-20240200-236083051	6093	Contratacion del Recurso Humano	$3.603.453,00

VR BRUTO	TRES MILLONES SEISCIENTOS TRES MIL CUATROCIENTOS CINCUENTA Y TRES PESOS	$3.603.453,00

4. MOVIMIENTO FINANCIERO Y CONTABLE

Descripción	% Descuento	Base de Retención	Código Contable	VALORES
Valor Bruto			5-1-11-79-0001	$3.603.453,00
ESTAMPILLA ADULTO MAYOR 2%	2	$3.603.453,00	2-4-36-90-0007	$72.069,00
RETEICA- SERVICIOS 0,966%	.966	$3.184.953,00	2-4-36-27-0001	$30.767,00
ESTAMPILLA - EST_PROCULTURA 0,5%	.5	$3.603.453,00	2-4-36-90-0003	$18.017,00

Valor amortización:

Id fuente	Detalle
01	Recursos Del Distrito
12013	APORTE ORDINARIO

TOTAL DESCUENTOS		$120.853,00
VALOR NETO A GIRAR	TRES MILLONES CUATROCIENTOS OCHENTA Y DOS MIL SEISCIENTOS PESOS	$3.482.600,00
		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

FONDO FINANCIERO DISTRITAL DE SALUD

BOGOTÁ | SECRETARÍA DE SALUD

Vig Ppto: 2025

ORDEN DE PAGO

No: 525697

Usuario Dilig: YAMEDINA
Fecha de Impresión: 05/02/2026
Estado: GIRADA

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

1. DATOS DEL BENEFICIARIO

Nombre:	JESICA PAOLA RUBIO LOBELO	Regimen:	No Responsable		
Dirección:	CL 28 31 57 ESTE	Teléfono y Fax:			
C.C o NIT:	1033815703	Banco/Sucursal:	DAVIVIENDA	Cuenta No/Clase:	456870075417/A

2. DATOS DEL COMPROMISO

Compromiso a Pagar:	CONTRATACION DIRECTA	No:	8408108	Interventor o responsable del recibo a satisfacción del bien o servicio:	TOTAL
Acta de Recibo No:		Nombre del Interventor:			

Detalle

CTO-NO8408108-PLANILLA OGI_VIGENCIA-NOVIEMBRE 2025-PERIODO DE:01-nov 30-nov-2025

Tipo de Orden de Pago: VIGENCIA

3. MOVIMIENTO PRESUPUESTAL

Fuente de financiación:

ID Rubro	Fuente	Detalle	Valor	
O2-3-01-17-019-05-20240200-236083051	01	12013	$3.603.453,00	
Tipo	Com	Objeto	Ingreso	Banco
O23	20202009	91122	O1-5-01-01-001	

IMPUTACIÓN PRESUPUESTAL

CDP	Código Rubro	Registro	Nombre	Valor Aplicación (Gasto)
5849	O2-3-01-17-019-05-20240200-236083051	6093	Contratacion del Recurso Humano	$3.603.453,00

VR BRUTO	TRES MILLONES SEISCIENTOS TRES MIL CUATROCIENTOS CINCUENTA Y TRES PESOS	$3.603.453,00

4. MOVIMIENTO FINANCIERO Y CONTABLE

Descripción	% Descuento	Base de Retención	Código Contable	VALORES
Valor Bruto			5-1-11-79-0001	$3.603.453,00
ESTAMPILLA ADULTO MAYOR 2%	2	$3.603.453,00	2-4-36-90-0007	$72.069,00
RETEICA- SERVICIOS 0,966%	.966	$3.184.953,00	2-4-36-27-0001	$30.767,00
ESTAMPILLA - EST_PROCULTURA 0,5%	.5	$3.603.453,00	2-4-36-90-0003	$18.017,00

Valor amortización:

Id fuente	Detalle
01	Recursos Del Distrito
12013	APORTE ORDINARIO

TOTAL DESCUENTOS		$120.853,00
VALOR NETO A GIRAR	TRES MILLONES CUATROCIENTOS OCHENTA Y DOS MIL SEISCIENTOS PESOS	$3.482.600,00
		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

ACTA DE COMPROMISO PAGO DICIEMBRE

CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS #*8408108* -2025

El suscrito Jesica Paola Rubio Lobelo identificado con Cédula de Ciudadanía #***1033815703*** de Bogotá, contratista de prestación de servicios profesionales o de apoyo a la gestión en el Fondo Financiero Distrital de Salud y **JOSÉ VICENTE GUZMÁN GÓMEZ**, Subdirector Técnico – Código 068 – Grado 6 de la Subdirección del Centro Regulador de Urgencias y Emergencias de la Secretaría Distrital de Salud del Contrato #***8408108*** -2025, ante el cierre de la vigencia fiscal 2025 para la prestación de los servicios correspondientes al mes de diciembre de la citada vigencia y pago de estos.

HACEN CONSTAR QUE:

El contratista se compromete a prestar sus servicios profesionales o de apoyo a la gestión al Fondo Financiero Distrital de Salud además de cumplir cabalmente sus obligaciones contractuales durante todo el mes de diciembre de 2025, teniendo en cuenta que el pago de honorarios de dicho mes, se realizará con anterioridad a la causación, debido al cierre de la vigencia fiscal.

Con la suscripción de esta acta, el contratista autoriza a la entidad para que, se inicien los procesos sancionatorios correspondientes en caso de incumplimiento contractual y se adelanten las gestiones necesarias para solicitar la devolución de los valores acreditados a su cuenta, en el caso de que no cumpla con la prestación de los servicios requeridos, o estos carezcan de soporte hasta el 31 de diciembre de 2025, de acuerdo con el objeto del contrato ***#8408108*** -2025, por el valor no ejecutado que haya sido pagado por concepto de honorarios del mes.

De conformidad con el artículo 23 de la ley 1150 de 2007, la Ley 100 de 1993, Ley 789 de 2002, Ley 828 de 2003 y Ley 797 de 2003, así como lo establecido en el Decreto 1703 de 2002 y las demás normas concordantes y complementarias sobre la materia, el supervisor del contrato certifica que la contratista se encuentra al día con los pagos mensuales de Salud, Pensión y ARL correspondiente al mes de noviembre de 2025

Respecto del informe parcial o final de actividades específicas, obligaciones del contratista y sus correspondientes anexos, la contratista se compromete a presentarlos ante su supervisor a más tardar el día el 31 de diciembre de 2025, para su revisión, aprobación y aval de publicación en el aplicativo SECOP II y posterior remisión del informe y anexos al expediente contractual mediante el gestor documental.

Se suscribe en la ciudad de Bogotá a los cuatro (4) días del mes de diciembre de 2025



Jesica Paola Rubio Lobelo
C. *1033815703*
Subdirección del Centro Regulador de Urgencias y Emergencias



JOSÉ VICENTE GUZMÁN GÓMEZ
Subdirector Técnico – Código 068 – Grado 6
Subdirección del Centro Regulador de Urgencias y Emergencias