

	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

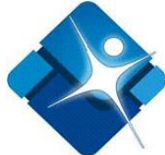
DESPACHO – SUBDIRECCIÓN – DIRECCIÓN U OFICINA: DIRECCION DE PROVISION DE SERVICIOS DE SALUD	CONTRATO No. 8556859	PERIODO DEL CONTRATO:
		Fecha de Inicio: 14/11/2025
		Fecha de Terminación: 30/09/2026
ENTIDAD CONTRATANTE: FONDO FINANCIERO DISTRITAL DE SALUD		PLAZO DE EJECUCIÓN: <i>Trecientos diecisiete días o (317) días</i>
		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): Jorge Mario Moya Herrera Profesional universitario grado 14		Fecha de Inicio (Suspensión): N/A
		Nueva Fecha de Terminación (Suspensión): N/A
		PERIODO DEL INFORME: 1/02/2026 – 28/02/2026
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):	\$ 23.443.700,00
VALOR A PAGAR EN EL PRESENTE PERIODO DEL INFORME:	\$ 6.573.000,00
SALDO POR EJECUTAR:	\$ 46.011.000,00

 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

ACTIVIDADES ESPECÍFICAS, 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".	<p>En el periodo del 1 al 28 de febrero se trabajó en el avance y ajuste de la guía educativa del módulo de salud mental que estructura el abordaje pedagógico para los gestores de Bienestar. Así mismo se recopila la información de los flujos de atención de salud mental para el rotafolio.</p> <p>Se realizó revisión y ajuste de mensajes para piezas de urgencias y el chat box de la línea.</p>	02022026_orientación pedagógica salud mental 03022026_Envío contenido rotafolio flujogramas salud mental 05022026_Contenido ajustado pieza convocatoria DUES 19022026_Envío ajustes pedagógicos_salud mental 25022026_Orientación educ comunicativa Mensajes Urgencias 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".	<p>En el periodo del 1 al 28 de febrero, se retomó el módulo de la guía educativa de cardio cerebro vascular y metabólico y el rotafolio, para revisión y ajuste del contenido técnico en articulación con salud pública y médico familiar de los equipos MAS Bienestar, referentes técnicos de la Dirección de Provisión de Servicios de Salud.</p> <p>Se realizan mesas de trabajo con el equipo técnico de salud infantil para generar los contenidos complementarios solicitados en seguimiento por la Subsecretaria de Servicios de Salud y Aseguramiento. Se realiza ajuste en diseño y diagramación de los demás apartados.</p> <p>Se realiza mesa de trabajo con referente técnico de salud mental.</p>	02022026_mesa de trabajo salud mental 02022026_seguimiento a caja de herramientas 04022026_Apropiación del modelo 04022026_Revisión productos mes de febrero 10022026_Revisión módulo salud infantil 12022026_Revisión y ajuste modulo Salud Infantil 13022026_Revisión Módulo Salud Infantil 17022026_Mesa de trabajo CCVM_DPSP_SP_EB 18022026_Semaforo ERA 23022026_Revision_rotafolio_CCV M 24022026 Revisión SPA Módulo I y rotafolio

 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				

		<p>24022026_mesa de trabajo referente actividad física y caja de herramientas</p> <p>25022026_Mesa de trabajo salud infantil y caja de herramientas.</p> <p>Obligación 2</p>
<p>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”.</p>	<p>Se da respuesta a la solicitud interna por parte del DUES y se brinda respuesta a la solicitud de parte de calidad de la Dirección de Provisión de Servicios de Salud.</p>	<p>04022026_Reunión DUES desarrollo pieza invitación</p> <p>13022026_Respuesta informe calidad DPPS</p> <p>Obligación 3</p>
<p>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”.</p>	<p>El perfil participa en reuniones convocadas por la Subsecretaría de Salud Pública estrategia PAI, representando el equipo de comunicaciones de la Subsecretaría de Servicios de salud y Aseguramiento y dando respuesta a la solicitud de trabajar en el marco de los eventos de fiebre amarilla y sarampión.</p> <p>Se realizan otras reuniones de socialización como telepatía y navegadores, para conocer el alcance de sus estrategias y articulación con el equipo caja de herramientas.</p>	<p>02022026_art_PAI_comunicaciones</p> <p>02022026_Reunión equipo estrategia Navegadores</p> <p>02022026_socialización plataforma telepatía</p> <p>06022026_Mesa de trabajo para acciones de Fiebre Amarilla– EAPB Distrito Capital</p> <p>10022026_seg_estrategiacomunicaciones_PAI__OAC_DPSS</p> <p>Obligación 4</p>
<p>ESTADO TEMAS PENDIENTES DE TRÁMITE</p>		

	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	

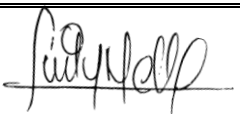
Elaborado por: Carlos Andrés Montaña Buitrago /Revisado por: Nureidis Torres Vivas /Aprobado por: Katty Johana Rodríguez Lozano

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:	Famisanar	Empresa:	Porvenir	Empresa:	Sura
				Nivel Riesgo:	1
Suma cancelada:	328.700	Suma cancelada:	420.700	Suma cancelada:	13.800
No Planilla:	1079806982	No Planilla:	1079806982	No Planilla:	1079806982
Mes(es) cancelado(s):	Enero	Mes(es) cancelado(s):	Enero	Mes(es) cancelado(s):	Enero

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 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 <u>33,75</u> % 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	Versión:	

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 materializo el riesgo? (Marque con una X)		Observaciones (Describe 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:
	JORGE MARIO MOYA HERRERA
	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.

PAGADO 19/02/2026 EN HORARIO EXTENDIDO

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	LEIDY MARCELA CHOCONTA CLAVIJO		
Documento	CC1020739382	Dirección	CR 1 #5 A - 15 CASA 50
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	Teléfono	6923598
Tipo Persona	NATURAL	Forma Presentación	ÚNICO
Ciudad	MOSQUERA	Departamento	CUNDINAMARCA
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	TAE	TDE	TDP	TAP	USP	COR	USI	IGE	UMA	UAP	VCT	IND	Días AFP	Días EPS	Días AFP	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	\$ 700	\$ 763.900

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!

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

Página 1 de 1

¡El Poder de lo SIMPLE!

Medellin, 28 de febrero 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	0000000 001	1	0.522	EN COBERTURA

• Medellín **604 4444578**
• Bogotá **6014055911**
• Cali **602 3808938**
• Pereira **606 3138400**

• Manizales **606 8811280**
• Bucaramanga **6076917938**
• Cartagena **605 6424938**
• Barranquilla **605 3197938**

Líneas de atención **01 8000 511 414 ó 01 8000 941 414**
Línea de conciliación ARL **3103157562**
segurossura.com.co arlsura.com

<div><div><div><div><div><div></div><div>BOGOTÁ</div></div><div><div>SECRETARÍA DE SALUD</div></div></div><div><div>FONDO FINANCIERO DISTRITAL DE SALUD</div><div>ORDEN DE PAGO</div></div></div><div><div>Vig Ppto: 2026</div><div>No: 600652</div><div>Usuario Dilig: N1LANCHEROS</div><div>Fecha de Impresión: 28/02/2026</div><div>Estado: GIRADA</div></div></div></div>													
Entidad:		FONDO FINANCIERO DISTRITAL DE SALUD											
Código:		201		Unidad Eje:		01		Fecha Diligenciamiento:		10-FEB-26			
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-ENERO 2026-PERIDO DE:01-ene 30-ene-2026													
Tipo de Orden de Pago:		VIGENCIA											
3. MOVIMIENTO PRESUPUESTAL													
Fuente de financiación:				IMPUTACIÓN PRESUPUESTAL									
				CDP		Código Rubro		Registro		Nombre		Valor Aplicación (Gasto)	
				765		02-3-01-17-019-06-20240187-223061000		1423		PSS-001 Prestación de servicios al FFDS - SDS		\$6.573.000,00	
				VR BRUTO		SEIS MILLONES QUINIENTOS SETENTA Y TRES MIL PESOS						\$6.573.000,00	
ID Rubro				Fuente		Detalle		Valor					
02-3-01-17-019-06-20240187-223061000				01		12013		\$6.573.000,00					
Tipo				Com		Objeto		Ingreso		Banco			
O23				20202009		91122		01-5-01-01-004-11					
4. MOVIMIENTO FINANCIERO Y CONTABLE													
Descripción				% Descuento		Base de Retención		Código Contable		VALORES			
Valor Bruto								5-1-11-79-0001		\$6.573.000,00			
ESTAMPILLA - EST. PROCULTURA 0,5%				.5		\$6.573.000,00		2-4-36-90-0003		\$32.865,00			
RETEICA- SERVICIOS 0,766%				.766		\$5.809.800,00		2-4-36-27-0001		\$44.503,00			
RETEFUENTE-L.1607/12-ART 383 - PERS.NATURAL (PLA)				0		\$5.809.800,00		2-4-36-15-0001		\$158.511,00			
ESTAMPILLA ADULTO MAYOR 2%				2		\$6.573.000,00		2-4-36-90-0007		\$131.460,00			
Valor amortización:				TOTAL DESCUENTOS				\$367.339,00					
Id fuente				Detalle				VALOR NETO A GIRAR		SEIS MILLONES DOSCIENTOS CINCO MIL SEISCIENTOS SESENTA Y UN PESOS			
01				Recursos Del Distrito						\$6.205.661,00			
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 _____							
NANCY LANCHEROS LANCHEROS GESTION DE PAGOS						YOLANDA PATRICIA VALDERRAMA CORTES Responsable del Presupuesto							
													