


	<b>GESTIÓN CONTRACTUAL SUBDIRECCIÓN DE CONTRATACIÓN SISTEMA DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL</b>		
	<b>INFORME PARCIAL Y/O FINAL DE ACTIVIDADES ESPECÍFICAS, OBLIGACIONES DEL CONTRATISTA SERVICIOS PROFESIONALES Y APOYO A LA GESTIÓN SDS – FFDS</b>		
	Código:	SDS-CON-FT-014	

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



<b>DESPACHO – SUBDIRECCIÓN – DIRECCIÓN U OFICINA:</b>  <b>DIRECCIÓN DE PROVISIÓN DE SERVICIOS</b>	<b>CONTRATO No.</b>  <b>9092696 DE 2026</b>	<b>PERIODO DEL CONTRATO:</b>
		Fecha de Inicio: 28/01/2026  Fecha de Terminación: 31/12/2026
<b>ENTIDAD CONTRATANTE:</b>  <b>FONDO FINANCIERO DISTRITAL DE SALUD</b>		<b>PLAZO DE EJECUCIÓN:</b> <i>Trescientos treinta y tres (333) días</i>
<b>CONTRATISTA:</b>  <b>KATTERINE ISABEL URIELES SIERRA</b>		<b>PRÓRROGA:</b> <i>NO Aplica</i>
<b>SUPERVISORA:</b>  <b>RUTH YACIRA, FORERO LÓPEZ</b> Profesional Especializado. Dirección de provisión de servicios de Salud.		Fecha de Inicio (Prórroga): NO Aplica  Fecha de Terminación (Prórroga): NO Aplica  <b>SUSPENSIÓN:</b> NO Aplica
		Fecha de Inicio (Suspensión): NO Aplica  Nueva Fecha de Terminación (Suspensión): NO Aplica  <b>PERIODO DEL INFORME:</b>  01/03/2026 – 31/03/2026
<b>OBJETO DEL CONTRATO:</b>  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.		

<b>BALANCE FINANCIERO DEL CONTRATO</b>	
<b>VALOR INICIAL DEL CONTRATO:</b>	\$ 89,577,000
<b>VALOR ADICIÓN (SI APLICA):</b>	\$ 0
<b>VALOR INDEXACIÓN (SI APLICA):</b>	\$ 0
<b>VALOR CEDIDO (SI APLICA)</b>	\$ 0
<b>VALOR A LIBERAR (SI APLICA)</b>	\$ 0
<b>VALOR PAGADO AL CONTRATISTA O CESIONARIO (SI APLICA):</b>	\$ 8,877,000
<b>VALOR A PAGAR EN EL PRESENTE PERIODO DEL INFORME:</b>	\$8,070,0000
<b>SALDO POR EJECUTAR:</b>	\$ 72,630,000



**ACTIVIDADES ESPECIFICAS, OBLIGACIONES DEL CONTRATISTA DESARROLLADAS DE ACUERDO CON EL OBJETO CONTRACTUAL**

 <p>ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD</p>	<p>GESTIÓN CONTRACTUAL SUBDIRECCIÓN DE CONTRATACIÓN SISTEMA DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL</p>			
	<p>INFORME PARCIAL Y/O FINAL DE ACTIVIDADES ESPECÍFICAS, OBLIGACIONES DEL CONTRATISTA SERVICIOS PROFESIONALES Y APOYO A LA GESTIÓN SDS – FFDS</p>			
	Código:	SDS-CON-FT-014	Versión:	
<p>Elaborado por: Carlos Andrés Montaña Buitrago /Revisado por: Nureidis Torres Vivas /Aprobado por: Katty Johana Rodríguez Lozano</p>				

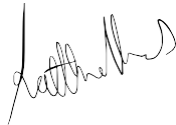
OBLIGACIONES (Las estipuladas en la minuta del contrato)	AVANCE ACTIVIDADES (Desarrolladas en el periodo objeto del informe - referente a la obligación)	EVIDENCIAS O SOPORTE (Con respecto a la actividad desarrollada y donde reposan)
<p>1. Apoyar el ajuste, puesta en operación y seguimiento del modelo de salud +MAS-Bienestar, desde el componente de prestación de servicios de salud, en el marco de la estrategia de atención primaria social y de la normatividad vigente, de acuerdo con el proceso asignado.</p>	<p>_Visita de acompañamiento SER ambulatorio zona franca, modelo MAS Bienestar.</p>	<p>En carpeta compartida, <b>obligación 1:</b></p> <p>_Acta Consolidada_Zona Franca_Marzo 2026</p> <p>_ Informe Técnico acompañamiento_ZF_Marzo 2026</p> <p>_Webinar 4_ Calidad de vida, servicios transversales y de soporte.</p>
<p>2. Brindar orientación técnica a las Empresas Administradoras de Planes de Beneficios (EAPB) autorizadas para operar en el D.C., y a su red de prestadores de servicios de salud frente al modelo de salud +MAS-Bienestar, su pilar de gestión integral del riesgo y demás procesos asignados desde el componente de prestación de servicios de salud, en el marco de la estrategia de atención primaria social y de la normatividad vigente.</p>	<p>_Preparación presentación del 4 de marzo 2026, servicio ambulatorio otorrinolaringología, Modelo MAS Bienestar.</p> <p>_Presentación en Webinar 3.</p>	<p>En carpeta compartida, <b>obligación 2:</b></p> <p>_ Soporte Preparación_Presentación 3 y 4 marzo 2026_Otorrino.</p> <p>_Webinar 3_ Atención de patologías quirúrgicas</p>
<p>3. Apoyar en las acciones de articulación sectoriales e intersectoriales para la implementación y evaluación del modelo de salud +MAS-Bienestar para la población de Bogotá, D.C.</p>	<p>_Realización de apoyo con resumen para foro de enfermedad renal crónica de la revista Cambio, panelista subdirector de aseguramiento SDS.</p>	<p>En carpeta compartida, <b>obligación 3:</b></p> <p>_ Apoyo_panelista_Foro_Dr.Moscoso</p>

	<b>GESTIÓN CONTRACTUAL SUBDIRECCIÓN DE CONTRATACIÓN SISTEMA DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL</b>		
	<b>INFORME PARCIAL Y/O FINAL DE ACTIVIDADES ESPECÍFICAS, OBLIGACIONES DEL CONTRATISTA SERVICIOS PROFESIONALES Y APOYO A LA GESTIÓN SDS – FFDS</b>		
	Código:	SDS-CON-FT-014	
Elaborado por: Carlos Andrés Montaña Buitrago /Revisado por: Nureidis Torres Vivas /Aprobado por: Katty Johana Rodríguez Lozano			



<p>4. Participar de reuniones u otros espacios convocados desde la Dirección de Provisión de Servicios de Salud y a nivel intra e intersectorial en relación con temas y procesos a cargo, en el marco de las obligaciones contractuales y desde las competencias de la Dirección de Provisión de Servicios de Salud.</p>	<p>_Participación en unidades de análisis de enfermedad huérfanas.</p> <p>_Reunión articulación con dirección de aseguramiento relacionado con la mesa técnica distrital de EHR.</p> <p>_Participación panel de Expertos Consenso Artritis Reumatoide 2026, cuenta de alto costo.</p> <p>_Participación en simposio de EHR.</p>	<p>En carpeta compartida, <b>obligación 4:</b></p> <p>_Soportes asistencias UA _ Enf.Huérfanas_marzo2026</p> <p>_ Resumen_articulación_Mesa técnica Distrital EHR_Marzo2026</p> <p>_ Reunión de Apertura - Panel de Expertos Consenso Artritis Reumatoide 2026</p> <p>_ Asistencia simposio enfermedades huérfanas y raras_ SDS</p>
<p>5. Apoyar las respuestas a requerimientos internos o externos, oficios, derechos de petición, solicitudes de organismos de control y demás autoridades, así como los temas relacionados con calidad institucional, consolidación, análisis y generación de informes, construcción y actualización de documentos técnicos, infografías y demás material de apoyo técnico necesario relacionado con los procesos a cargo en el Marco del modelo +MAS-Bienestar y las competencias de la Dirección de Provisión de Servicios de Salud.</p>	<p>Miércoles de calidad, 17 de marzo de 2026</p>	<p>_Miércoles_Calidad_SGC- procesos_Marzo2026</p>
<b>ESTADO TEMAS PENDIENTES DE TRÁMITE</b>		
<p>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:</p> <p style="text-align: center;"><b>NO APLICA</b></p>		
<p><b>DECLARACIÓN:</b> 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.</p>		
<b>INFORMACIÓN PAGOS SEGURIDAD SOCIAL</b>		
<b>APORTES EN SALUD</b>	<b>APORTES EN PENSIÓN</b>	<b>APORTES RIESGOS LABORALES</b>

	<b>GESTIÓN CONTRACTUAL SUBDIRECCIÓN DE CONTRATACIÓN SISTEMA DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL</b>			
	<b>INFORME PARCIAL Y/O FINAL DE ACTIVIDADES ESPECÍFICAS, OBLIGACIONES DEL CONTRATISTA SERVICIOS PROFESIONALES Y APOYO A LA GESTIÓN SDS – FFDS</b>			
	Código:	SDS-CON-FT-014	Versión:	
Elaborado por: Carlos Andrés Montaña Buitrago /Revisado por: Nureidis Torres Vivas /Aprobado por: Katty Johana Rodríguez Lozano				

Empresa:	Sanitas	Empresa:	Colpensiones	Empresa:	Positiva
				Nivel Riesgo:	Tres
Suma cancelada:	\$ 403,500	Suma cancelada:	\$ 516,500	Suma cancelada:	\$ 78,700
No Planilla:	1079925768	No Planilla:	1079925768	No Planilla:	1079969033
Mes(es) cancelado(s):	Febrero 2026	Mes(es) cancelado(s):	Febrero 2026	Mes(es) cancelado(s):	Febrero 2026

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					
<b>CONTRATISTA</b>	<b>NOMBRES Y APELLIDOS:</b> KATTERINE ISABEL URIELES SIERRA				
	<b>FIRMA:</b> 				
	<b>No. DOCUMENTO DE IDENTIDAD:</b> 1082888934				

INFORME SUPERVISOR DE CONTRATO – CERTIFICADO DE CUMPLIMIENTO	
<p>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 <b>18,9%</b> de ejecución del contrato.</p>	<b>OTRAS OBSERVACIONES:</b>  <b>NO APLICA</b>
INFORME SUPERVISOR DE CONTRATO – SEGUIMIENTO A LOS RIESGOS DEL CONTRATO	


	<b>GESTIÓN CONTRACTUAL SUBDIRECCIÓN DE CONTRATACIÓN SISTEMA DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL</b>			
	<b>INFORME PARCIAL Y/O FINAL DE ACTIVIDADES ESPECÍFICAS, OBLIGACIONES DEL CONTRATISTA SERVICIOS PROFESIONALES Y APOYO A LA GESTIÓN SDS – FFDS</b>			
	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:

N°	Descripción del Riesgo	¿Se materializó el riesgo? (Marque con una X)		Observaciones (Describa la(s) causa(s) por las cuales se materializó el riesgo)
		SI	NO	
2	Que se presenten nuevos lineamientos gubernamentales		X	N/A
8	Cambio de régimen NO responsable de IVA a Común o viceversa a cargo del contratista		X	N/A
9	Inadecuado manejo de la información a la cual tiene acceso el contratista		X	N/A
10	Demoras por parte de la entidad contratante (Supervisor) en la aprobación de los productos y/o informes presentados por el contratista		X	N/A
11	Suspensión o cancelación de la tarjeta o matrícula profesional para aquellas profesiones que así lo establecen		X	N/A
12	Retraso en el cumplimiento del objeto contractual y en la ejecución de las obligaciones específicas del mismo.		X	N/A
13	No iniciar los procesos administrativos de imposición de multas, sanciones o incumplimientos de manera oportuna.		X	N/A

<b>SUPERVISORA</b>	<b>RUTH YACIRA, FORERO LÓPEZ</b> Profesional Especializado. Dirección de provisión de servicios de Salud.
	<b>FIRMA:</b> 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.

<b>REVISÓ</b>	<b>NOMBRE Y APELLIDO:</b> Natalia Baquero Molina
	<b>FIRMA:</b> 

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.

# LA GERENCIA DE AFILIACIONES Y NOVEDADES

## CERTIFICA QUE:

Katherine Isabel Urieles Sierra identificado con CC. 1082888934 registra la siguiente información en el ramo de Riesgos Laborales:

INFORMACIÓN DEL CONTRATANTE	
<b>Nombres y/o Razón</b>	FONDO FINANCIERO DISTRITAL DE SALUD
<b>Tipo y Numero de Documento</b>	NI - 800246953

INFORMACIÓN RELACIÓN LABORAL			
<b>Fecha de inicio de cobertura</b>	2026/01/28	<b>Fecha inicio contrato</b>	2026/01/28
<b>Tipo de vinculación</b>	Independiente con Contrato	<b>Fecha de fin contrato</b>	2026/12/31
<b>Riesgo</b>	3	<b>Código actividad económica</b>	3861001 - ACTIVIDADES DE HOSPITALES Y CLINICAS, CON INTERNACION, COMPRENDE LAS ACTIVIDADES QUE
<b>Estado afiliación</b>	Activo	<b>Estado del contrato</b>	Activo
<b>Fecha retiro</b>			

Esta certificación se expide a los 24 días del mes de marzo del 2026.

Tenga en cuenta que, una vez finalice la fecha de terminación del contrato, el sistema aplicará automáticamente el retiro. Si tiene un nuevo contrato o prórroga, registre la novedad en [www.positivaenlinea.gov.co](http://www.positivaenlinea.gov.co) para mantener la cobertura.

Para verificar la autenticidad de este certificado, escanea el código QR incluido o visita nuestra página web. Selecciona la opción "Validar certificados de afiliación" e ingresa el siguiente código: **CC24032026K1082888934U14664376**. Este código es válido por un mes.

Cordialmente,

Gerencia de afiliaciones y novedades ARL  
**POSITIVA COMPANÍA DE SEGUROS**

**Positiva Compañía de Seguros S.A.:**

Nit. 860.011.153-6 | **Línea Gratuita Nacional:** (+57) 01-8000-111-170 - **Teléfono:** +57 (601) 330 7000

**Defensor del Consumidor Financiero:** Ana María Giraldo (Principal) - Pablo Valencia(Suplente) | [defensordelcliente@positiva.gov.co](mailto:defensordelcliente@positiva.gov.co) | Carrera 10 #97A - 13, Oficina 502. Bogotá | +57 (601) 610 8164 | Lunes a Viernes 8:00 a. m. – 6:00 p. m. | El Defensor, resolverá las quejas o reclamos, actuará como Conciliador ante Positiva.

Más información: <https://www.positiva.gov.co/web/guest/defensoria-del-consumidor>  
Puedes interponer una queja ante Positiva, o el Defensor, o la SFC u otro organismo de

LA ASEGURADORA  
DE TODOS LOS  
COLOMBIANOS

FONDO FINANCIERO DISTRITAL DE SALUD



Vig Ppto: 2026

ORDEN DE PAGO

No: 602795

Usuario Dilig: ACBOTELLO  
Fecha de Impresión: 26/03/2026  
Estado: GIRADA

ACBOTELLO  
26/03/2026  
GIRADA

Entidad:	FONDO FINANCIERO DISTRITAL DE SALUD				
Código:	201	Unidad Eje:	01	Fecha Diligenciamiento:	06-MAR-26

1. DATOS DEL BENEFICIARIO

Nombre:	KATTERINE ISABEL URIELES SIERRA	Regimen:	No Responsable	
Dirección:	CL 65 7 49 A	Teléfono y Fax:		
C.C o NIT:	1082888934	Banco/Sucursal:	DAVIVIENDA	
			Cuenta No/Clase:	009170411137/A

2. DATOS DEL COMPROMISO

Compromiso a Pagar:	CT - CONTRATOS (CON / SIN LICITACIÓN)	No:	9092696	Interventor o responsable del recibo a satisfacción del bien o servicio:	TOTAL
Acta de Recibo No:		Nombre del Interventor:			

Detalle

CTO-NO9092696-PLANILLA OGI\_VIGENCIA-FEBRERO 2026-PERIDO DE:28-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)	
2154	O2-3-01-17-019-06-20240187-223061051	2959	Contratación de Recurso Humano	\$807.000,00	
VR BRUTO		OCHOCIENTOS SIETE MIL PESOS		\$807.000,00	

ID Rubro	Fuente	Detalle	Valor	
O2-3-01-17-019-06-20240187-223061051	01	12013	\$807.000,00	
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	\$807.000,00
RETEFUENTE-L.1607/12-ART 383 - PERS.NATURAL (PLA)	0	\$713.300,00	2-4-36-15-0001	\$40.994,00
ESTAMPILLA ADULTO MAYOR 2%	2	\$807.000,00	2-4-36-90-0007	\$16.140,00
RETEICA- SERVICIOS 0,766%	.766	\$713.300,00	2-4-36-27-0001	\$5.464,00
ESTAMPILLA - EST_PROCULTURA 0,5%	.5	\$807.000,00	2-4-36-90-0003	\$4.035,00

Valor amortización:	TOTAL DESCUENTOS		\$66.633,00
Id fuente	Detalle	VALOR NETO A GIRAR	\$740.367,00
01	Recursos Del Distrito	SETECIENTOS CUARENTA MIL TRESCIENTOS SESENTA Y SIETE PESOS	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 _____

ANGELICA CELINA BOTELLO QUINTANA  
GESTION DE PAGOS

YOLANDA PATRICIA VALDERRAMA CORTES  
Responsable del Presupuesto



FONDO FINANCIERO DISTRITAL DE SALUD



Vig Ppto: 2026

ORDEN DE PAGO

No: 603835

Usuario Dilig: ACBOTELLO  
Fecha de Impresión: 26/03/2026  
Estado: GIRADA

ACBOTELLO  
26/03/2026  
GIRADA

Entidad:	FONDO FINANCIERO DISTRITAL DE SALUD				
Código:	201	Unidad Eje:	01	Fecha Diligenciamiento:	06-MAR-26

1. DATOS DEL BENEFICIARIO

Nombre:	KATTERINE ISABEL URIELES SIERRA	Regimen:	No Responsable	
Dirección:	CL 65 7 49 A	Teléfono y Fax:		
C.C o NIT:	1082888934	Banco/Sucursal:	DAVIVIENDA	
			Cuenta No/Clase:	009170411137/A

2. DATOS DEL COMPROMISO

Compromiso a Pagar:	CT - CONTRATOS (CON / SIN LICITACIÓN)	No:	9092696	Interventor o responsable del recibo a satisfacción del bien o servicio:	TOTAL
Acta de Recibo No:		Nombre del Interventor:			

Detalle

CTO-NO9092696-PLANILLA OGI\_VIGENCIA-FEBRERO 2026-PERIDO DE:01-feb 28-feb-2026

Tipo de Orden de Pago:	VIGENCIA
------------------------	----------

3. MOVIMIENTO PRESUPUESTAL

Fuente de financiación:		IMPUTACIÓN PRESUPUESTAL			
CDP	Código Rubro	Registro	Nombre	Valor Aplicación (Gasto)	
2154	02-3-01-17-019-06-20240187-223061051	2959	Contratación de Recurso Humano	\$8.070.000,00	
VR BRUTO		OCHO MILLONES SETENTA MIL PESOS		\$8.070.000,00	

ID Rubro	Fuente	Detalle	Valor	
02-3-01-17-019-06-20240187-223061051	01	12013	\$8.070.000,00	
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	\$8.070.000,00
RETEICA- SERVICIOS 0,766%	.766	\$7.133.100,00	2-4-36-27-0001	\$54.640,00
ESTAMPILLA - EST_PROCLTURA 0,5%	.5	\$8.070.000,00	2-4-36-90-0003	\$40.350,00
ESTAMPILLA ADULTO MAYOR 2%	2	\$8.070.000,00	2-4-36-90-0007	\$161.400,00
RETEFUENTE-L.1607/12-ART 383 - PERS.NATURAL (PLA)	0	\$7.133.100,00	2-4-36-15-0001	\$409.938,00

Valor amortización:	TOTAL DESCUENTOS		\$666.328,00
Id fuente	Detalle	VALOR NETO A GIRAR	\$7.403.672,00
01	Recursos Del Distrito	SIETE MILLONES CUATROCIENTOS TRES MIL SEISCIENTOS SETENTA Y DOS PESOS	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 _____

ANGELICA CELINA BOTELLO QUINTANA GESTION DE PAGOS	YOLANDA PATRICIA VALDERRAMA CORTES Responsable del Presupuesto
--	---



## Transacción Aprobada

Su planilla ha sido enviada y pagada con éxito. Por favor imprima este comprobante como soporte del envío y pago de su planilla.



### Información de la Planilla Pagada

Nit de comercio Operador de Información	900097333-9
Razón Social del Operador de Información	SIMPLE S.A.
Descripción	Pago de SuAporte
Fecha	2026-02-27, 12:56:25 PM
Periodo de Cotización Otros Riesgos	febrero de 2026
Periodo de Cotización Para Salud	febrero de 2026
Empresa	KATTERINE ISABEL URIELES SIERRA
CEDULA CIUDADANIA	CC 1082888934
Código Sucursal (Nombre)	( )
Referencia de Pago/ Número Planilla	1079969033
Tipo de Planilla	N
Número Transacción Bancaria/ CUS	95670701
Banco	(1051) - BANCO DAVIVIENDA
Valor	\$ 78.700
Estado de la Transacción	Aprobada
Dirección IP de Origen	www.simple.co

Nit	Código	Administradora	Número Afiliados	Valor sin Mora	Total Intereses Mora
N860011153	14-23	POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	1	\$ 78.700	\$ 0

**SubTotales:** \$ 78.700 \$ 0  
**Total a Pagar:** \$ 78.700

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



# PAGOSIMPLE |

AUTOLIQUIDACION  
CONSOLIDADA

Fecha creación reporte: 2026-02-27, 12:28:57 PM

Tipo Planilla:

I: PLANILLA INDEPENDIENTES

Número Planilla:

1079925768

Periodo Cotización:

febrero de 2026

Periodo Servicio:

febrero de 2026

## PAGADO 25/02/2026 EN HORARIO EXTENDIDO

### I. DATOS DEL APORTANTE

<b>Razón Social</b>	KATTERINE ISABEL URIELES SIERRA		
<b>Documento</b>	CC1082888934	<b>Dirección</b>	CLL 59 A BIS # 5 60 APT 401
<b>Tipo de Empresa</b>	INDEPENDIENTE	<b>Teléfono</b>	3115704121
<b>Tipo Persona</b>	NATURAL	<b>Forma Presentación</b>	ÚNICO
<b>Ciudad</b>	BOGOTA D.C.	<b>Departamento</b>	BOGOTA D.C.
<b>Representante Legal</b>		<b>Identificación</b>	
<b>Total Afiliados</b>	1	<b>ARP</b>	NINGUNA ARP

### 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	TOP	TAP	VSP	COP	VST	SUN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IBP	Días ARP	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 1082888934	KATTERINE ISABEL URIELES SIERRA	03	00																		0	30	30	0	(231001) COLFONDOS	\$ 3.228.000	\$ 516.500	(EPS005) EPS SANITAS	\$ 3.228.000	\$ 403.500	0,000	\$ 0	\$ 0	(NIN-CC) NINGUNA CCF	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 920.000

### 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
\$ 3.228.000	\$ 3.228.000	\$ 0	\$ 0	\$ 516.500	\$ 403.500	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 920.000	\$ 0	\$ 920.000