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): **Jorge Mario Moya Herrera** Profesional universitario código 219 grado 14		Fecha de Inicio (Suspensión): N/A Nueva Fecha de Terminación (Suspensión): N/A **PERIODO DEL INFORME:** 1/04/2026 – 30/04/2026
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):	$ 3.017.007,00
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):	$ 30.016.700,00
VALOR A PAGAR EN EL PRESENTE PERIODO DEL INFORME:	$ 7.913.892,00
SALDO POR EJECUTAR:	$ 34.541.115,00

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".	Durante abril se organizaron los módulos de la guía educativa, para socialización a los equipos MAS Bienestar, por ende se realizaron los últimos ajustes al componente CCVM dejando claro el diseño instruccional para la realización de ajustes y diseño de contenidos nuevos pensados para que fueran claros y fáciles de comprender, se realizó también para salud materna y salud infantil. Por otro lado se compilaron los mensajes de las líneas estratégicas. Más adelante, se trabajó en la orientación pedagógica evidenciada en el diseño instruccional para el módulo de salud mental.	01042026_Orientación pedagógica_CCVM1 06042026_Mensajes líneas estratégicas 07042026_Diseño instruccional CCVM completo 09042026_Contenido cifras tensionales_CCVM 10042026_Módulo CVMM Revisado 14042026_Revisión contenido salud mental 23042026_Diseño instruccional salud mental 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".	Durante abril se llevaron a cabo distintos espacios de trabajo en equipo para organizar y fortalecer las acciones educomunicativas, así: Se realizó la socialización de la guía educativa con el equipo de Más Bienestar, generando un espacio para compartir los contenidos, resolver dudas y alinear su implementación. Este encuentro permitió que el equipo comprendiera mejor el enfoque de la guía y su utilidad en los procesos de educación en salud. Se realizaron mesas de trabajo alrededor de los módulos de la guía educativa, la mensajería y la revisión de flujogramas de prestación de servicios de salud, permitiendo alinear ideas, ajustar procesos y definir rutas más claras de trabajo. Además, se trabajó en la construcción de mensajes y piezas comunicativas para la línea 137.	01042026_Mesa de trabajo CCVM 10042026_Socialización guia educativa_Eq_Mas bienesatar 10042026_Mesa de trabajo mensajería masiva 15042026_ Equipo Caja de Herramientas – Mensajes comunicativas línea 137 15042026_ Mesa de trabajo flujogramas y rotafolio 16042026_Plan de medios urgencias 20042026_Socializar mensajes y piezas comunicacionales modelo capa urgencias a EPS

	También se avanzó en la estructuración del plan de medios para urgencias y en la socialización de mensajes y piezas comunicacionales del modelo de capa con EPS, facilitando su apropiación.	24042026_Seguimiento productos y avances equipo 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”.	Se participó en el espacio de Miércoles de calidad y como parte del cierre del periodo, se realizó la elaboración del informe de gestión en Segplan, consolidando la información más relevante de las actividades desarrolladas por el equipo caja de herramientas para evidenciar el trabajo realizado durante el mes.	15042026_Miercoles de calidad 27042026_Elaboración informe de gestión segplan 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”.	Se participó en la socialización del plan de comunicaciones, generando un espacio para compartir su estructura, objetivos y principales acciones. Se trabajó en el diseño de la presentación del modelo de urgencias para la alcaldía, organizando la información de manera clara y visual, esto permitió contar con un insumo más estructurado para exponer el modelo y facilitar su comprensión en escenarios institucionales.	21042026_Socialización Plan de comunicaciones 22042026_Diseño presentación modelo urgencias alcaldía 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:	Sura
				Nivel Riesgo:	1
Suma cancelada:	328.700	Suma cancelada:	420.700	Suma cancelada:	13.800
No Planilla:	1081255097	No Planilla:	1081255097	No Planilla:	1081255097
Mes(es) cancelado(s):	**Marzo**	**Mes(es) cancelado(s):**	**Marzo**	**Mes(es) cancelado(s):**	**Marzo**
Suma cancelada:	16.800	Suma cancelada:	21.500	Suma cancelada:	700
No Planilla:	1081594813	No Planilla:	1081594813	No Planilla:	1081594813
Mes(es) cancelado(s):	**Marzo**	**Mes(es) cancelado(s):**	**Marzo**	**Mes(es) cancelado(s):**	**Marzo**
Suma cancelada:	16.800	Suma cancelada:	21.500	Suma cancelada:	700
No Planilla:	1081594905	No Planilla:	1081594905	No Planilla:	1081594905
Mes(es) cancelado(s):	**Febrero**	**Mes(es) cancelado(s):**	**Febrero**	**Mes(es) cancelado(s):**	**Febrero**
Suma cancelada:	20.500	Suma cancelada:	26.300	Suma cancelada:	800
No Planilla:	1081594506	No Planilla:	1081594506	No Planilla:	1081594506
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, 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 ____52,68%____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:** **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.*

PAGOSIMPLE | AUTOLIQUIDACION CONSOLIDADA

Fecha creación reporte: 2026-04-28, 12:55:11 PM **Tipo Planilla:** I: PLANILLA INDEPENDIENTES **Numéro Planilla:** 1081255097

Periodo Cotización: marzo de 2026 **Periodo Servicio:** marzo de 2026

PAGADO 14/04/2026

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	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.

PAGOSIMPLE | AUTOLIQUIDACION CONSOLIDADA

Fecha creación reporte: 2026-04-28, 12:55:05 PM **Tipo Planilla:** N: PLANILLA CORRECCIONES **Numéro Planilla:** 1081594813

Nro Planilla Corregida: 1081255097 **Periodo Cotización:** marzo de 2026 **Periodo Servicio:** marzo de 2026

PAGADO 28/04/2026

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	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									A								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
CC 1020739382	LEIDY MARCELA CHOCONTA CLAVIJO	59	00									C								0	30	30	30	0	(230301) PORVENIR	$ 2.763.290	$ 442.200	(EPS017) FAMISANAR EPS	$ 2.763.290	$ 345.500	0,522	$ 2.763.290	$ 14.500	(NIN-CC) NINGUNA CCF	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 802.200

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
$ 134.090	$ 134.090	$ 134.090	$ 0	$ 21.500	$ 16.800	$ 700	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 39.000	$ 300	$ 39.300

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.

PAGOSIMPLE | AUTOLIQUIDACION CONSOLIDADA

Fecha creación reporte: 2026-04-28, 12:54:52 PM **Tipo Planilla:** N: PLANILLA CORRECCIONES **Numéro Planilla:** 1081594905

Nro Planilla Corregida: 1080788306 **Periodo Cotización:** febrero de 2026 **Periodo Servicio:** febrero de 2026

PAGADO 28/04/2026

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	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									A								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
CC 1020739382	LEIDY MARCELA CHOCONTA CLAVIJO	59	00									C								0	30	30	30	0	(230301) PORVENIR	$ 2.763.290	$ 442.200	(EPS017) FAMISANAR EPS	$ 2.763.290	$ 345.500	0,522	$ 2.763.290	$ 14.500	(NIN-CC) NINGUNA CCF	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 802.200

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
$ 134.090	$ 134.090	$ 134.090	$ 0	$ 21.500	$ 16.800	$ 700	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 39.000	$ 1.200	$ 40.200

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.

PAGOSIMPLE | AUTOLIQUIDACION CONSOLIDADA

Fecha creación reporte: 2026-04-28, 12:54:35 PM **Tipo Planilla:** N: PLANILLA CORRECCIONES **Numéro Planilla:** 1081594506

Nro Planilla Corregida: 1079806982 **Periodo Cotización:** enero de 2026 **Periodo Servicio:** enero de 2026

PAGADO 28/04/2026

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	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									A								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
CC 1020739382	LEIDY MARCELA CHOCONTA CLAVIJO	59	00									C								0	30	30	30	0	(230301) PORVENIR	$ 2.793.290	$ 447.000	(EPS017) FAMISANAR EPS	$ 2.793.290	$ 349.200	0,522	$ 2.793.290	$ 14.600	(NIN-CC) NINGUNA CCF	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 810.800

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
$ 164.090	$ 164.090	$ 164.090	$ 0	$ 26.300	$ 20.500	$ 800	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 47.600	$ 2.300	$ 49.900

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!

¡El Poder de lo SIMPLE!

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

ARL

Medellin, 28 de abril 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: 2026

ORDEN DE PAGO

No: 605384

Usuario Dilig: ACBOTELLO
Fecha de Impresión: 28/04/2026
Estado: GIRADA

Entidad:	FONDO FINANCIERO DISTRITAL DE SALUD				
Código:	201	Unidad Eje:	01	Fecha Diligenciamiento:	09-APR-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

PLANILLA OGI_VIGENCIA-MARZO 2026 CTO-NO8556859-PERIODO DE:01-mar 30-mar-2026

Tipo de Orden de Pago: VIGENCIA

3. MOVIMIENTO PRESUPUESTAL

Fuente de financiación:

IMPUTACIÓN PRESUPUESTAL

CDP	Código Rubro	Registro	Nombre	Valor Aplicación (Gasto)
765	O2-3-01-17-019-06-20240187-223061000	1423	PSS-001 Prestación de servicios al FFDS - SDS	$6.573.000,00

ID Rubro	Fuente	Detalle	Valor	
O2-3-01-17-019-06-20240187-223061000	01	12013	$6.573.000,00	
Tipo	Com	Objeto	Ingreso	Banco
O23	20202009	91122	O1-5-01-01-004-11	

VR BRUTO	SEIS MILLONES QUINIENTOS SETENTA Y TRES MIL PESOS	$6.573.000,00

4. MOVIMIENTO FINANCIERO Y CONTABLE

Descripción	% Descuento	Base de Retención	Código Contable	VALORES
Valor Bruto			5-1-11-79-0001	$6.573.000,00
RETEICA- SERVICIOS 0,766%	.766	$5.809.800,00	2-4-36-27-0001	$44.503,00
ESTAMPILLA - EST_PROCULTURA 0,5%	.5	$6.573.000,00	2-4-36-90-0003	$32.865,00
ESTAMPILLA ADULTO MAYOR 2%	2	$6.573.000,00	2-4-36-90-0007	$131.460,00

Valor amortización:

Id fuente	Detalle
01	Recursos Del Distrito
12013	APORTE ORDINARIO

TOTAL DESCUENTOS		$208.828,00
VALOR NETO A GIRAR	SEIS MILLONES TRESCIENTOS SESENTA Y CUATRO MIL CIENTO SETENTA Y DOS PESOS	$6.364.172,00
		Código contable
		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

Consulta Pagos