

|                                                                                   |                                                                                                                                                           |                |                                                                                     |
|-----------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------|-------------------------------------------------------------------------------------|
|  | <b>GESTIÓN CONTRACTUAL<br/>SUBDIRECCIÓN DE CONTRATACIÓN<br/>SISTEMA DE GESTIÓN<br/>CONTROL DOCUMENTAL</b>                                                 |                |  |
|                                                                                   | <b>INFORME PARCIAL Y/O FINAL DE ACTIVIDADES ESPECÍFICAS,<br/>OBLIGACIONES DEL CONTRATISTA SERVICIOS PROFESIONALES Y APOYO<br/>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><br>Subdirección de Aseguramiento y Garantía del Derecho a la Salud                                                                                                                                                                                                                               | <b>CONTRATO No.</b><br><b>9209077</b>                                                                      | <b>PERIODO DEL CONTRATO:</b><br>Fecha de Inicio: 30/01/2026<br>Fecha de Terminación: 31/12/2026 |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                                            | <b>ENTIDAD CONTRATANTE:</b><br>Fondo Financiero Distrital de Salud                              |
| <b>CONTRATISTA:</b><br>Luz Deysi Centeno Quiñones C.C 52.547.259                                                                                                                                                                                                                                                                                       | <b>PLAZO DE EJECUCIÓN:</b> Trecientos treinta y uno. (331)                                                 |                                                                                                 |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | <b>PRÓRROGA:</b> N/A<br>Fecha de Inicio (Prórroga): N/A<br>Fecha de Terminación (Prórroga): N/A            |                                                                                                 |
| <b>SUPERVISOR (Nombre y cargo):</b><br>Martha Patricia Becerra Muñoz<br>Profesional Especializado 222-27<br>Jenny Mireya Romero Ortiz<br>Profesional Especializado 222-27                                                                                                                                                                              | <b>SUSPENSIÓN:</b> N/A<br>Fecha de Inicio (Suspensión): N/A<br>Nueva Fecha de Terminación (Suspensión): NA |                                                                                                 |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | <b>PERIODO DEL INFORME:</b><br>01/04/2026 – 30/04/2026                                                     |                                                                                                 |
| <b>OBJETO DEL CONTRATO:</b><br>031-023200_0203_8124 Prestar servicios técnicos en la Dirección de Aseguramiento y Garantía del Derecho a la Salud - Subdirección de Garantía del Aseguramiento, en el apoyo y orientación con la gestión del riesgo individual en salud contempladas en el marco del Aseguramiento a la población que reside en el D.C |                                                                                                            |                                                                                                 |

| BALANCE FINANCIERO DEL CONTRATO                       |               |
|-------------------------------------------------------|---------------|
| VALOR INICIAL DEL CONTRATO:                           | \$41.201.200  |
| VALOR ADICIÓN (SI APLICA):                            | \$ 0          |
| VALOR INDEXACIÓN (SI APLICA):                         | \$ 0          |
| VALOR CEDIDO (SI APLICA)                              | \$ 0          |
| VALOR A LIBERAR (SI APLICA)                           | \$ 124.100    |
| VALOR PAGADO AL CONTRATISTA O CESIONARIO (SI APLICA): | \$ 7.570.100  |
| VALOR A PAGAR EN EL PRESENTE PERIODO DEL INFORME:     | \$ 3.723.000  |
| SALDO POR EJECUTAR:                                   | \$ 29.784.000 |

| ACTIVIDADES ESPECIFICAS, OBLIGACIONES DEL CONTRATISTA DESARROLLADAS DE ACUERDO CON EL OBJETO CONTRACTUAL                                                             |                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                                                                                                  |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| OBLIGACIONES<br>(Las estipuladas en la minuta del contrato)                                                                                                          | AVANCE ACTIVIDADES<br>(Desarrolladas en el periodo objeto del informe - referente a la obligación)                                                                                                                        | EVIDENCIAS O SOPORTE<br>(Con respecto a la actividad desarrollada y donde reposan)                                                                                                                                                               |
| 1. Orientar a las gestantes y puérperas que residen en el Distrito Capital en novedades de afiliación tales como Portabilidad, y Movilidad de regímenes entre otros. | 1.1. Se realizó la revisión cualitativa del reporte del seguimiento a la MME de las siguientes EAPB <ul style="list-style-type: none"> <li>• Aliansalud:10</li> <li>• Capital salud:25</li> <li>• Compensar:30</li> </ul> | 1.1. Matriz en Excel con registro de Observaciones de las EAPB asignadas en la base.<br><br>Ubicación: SharePoint, Carpeta Equipo RIAS - Año 2026 Gestión del riesgo - Informes mensuales Luz Centeno– abril 2026 - <a href="#">Obligación 1</a> |

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

|                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                                           |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                                                                                                                                                                                                                                                                                         | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Coosalud:1</li> <li>• Salud total:50</li> <li>• Sanitas: 61</li> <li>• Fuerza militar: 1</li> <li>• Sura:22</li> <li>• Famisanar:38</li> <li>• Magisterio:3</li> <li>• Nueva EPS:23</li> <li>• Policía Nacional:4</li> <li>• Sin aseguramiento:11</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                                                                                                           |
| 2. Orientar e informar a las personas en gestación y en el período del puerperio sobre la Red de Prestadores en el componente primario y complementario de acuerdo con el Aseguramiento y la Entidades Administradoras de Planes de Beneficios de Salud - EAPB a la que estén afiliadas | 2.1. Se recibe llamada de casos de gestantes y cuidadores de menores de 5 años de acuerdo con el instrumento guía de los documentos: a) Guía para la tele orientación y cuidadores (as) de menores de 5 años. Y orientaciones generales en casos<br><br>Gestantes:<br>Menores de 5 años:<br>Orientaciones: 11                                                                                                                                                                                                                                                                   | 2.1. Matriz en Excel con registro de Observaciones de las EAPB asignadas en la base.<br><br>Ubicación: SharePoint, Carpeta Equipo RIAS - Año 2026 Gestión del riesgo - Informes mensuales Luz Centeno– abril 2026 - <a href="#">Obligación 2</a>          |
| 3. Realizar seguimiento telefónico a las personas en gestación con Morbilidad Materna Extrema y en etapa de Puerperio, para validar proceso de atención y acompañamiento desde la Entidades Administradoras de Planes de Beneficios de Salud - EAPB y la Red de Prestadores.            | 3.1. Se realizaron Orientaciones durante las llamadas para temas de portabilidad y barreras de acceso en el sistema de salud, a las usuarias reportadas en la base MME de las siguientes EAPB <ul style="list-style-type: none"> <li>• Aliansalud:10</li> <li>• Capital salud:25</li> <li>• Compensar:30</li> <li>• Coosalud:1</li> <li>• Salud total:50</li> <li>• Sanitas:61</li> <li>• Fuerza militar:1</li> <li>• Sura: 22</li> <li>• Famisanar:38</li> <li>• Magisterio:3</li> <li>• Nueva Eps:23</li> <li>• Policía Nacional:4</li> <li>• Sin aseguramiento:11</li> </ul> | 3.1. Matriz de seguimiento MME por EAPB con observaciones encontradas durante el seguimiento telefónico.<br><br>Ubicación: SharePoint, Carpeta Equipo RIAS - Año 2026 Gestión del riesgo - Informes Luz Centeno– abril 2026- <a href="#">Obligación 3</a> |
| 4. Diligenciar el Tablero de seguimiento discriminado por Entidades                                                                                                                                                                                                                     | 4.1 Se realizaron Orientaciones durante las llamadas para temas de portabilidad y barreras de                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | 4.1 Matriz de seguimiento MME por EAPB con barreras encontradas.                                                                                                                                                                                          |

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

|                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                          |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>Administradoras de Planes de Beneficios de Salud - EAPB, describiendo barreras de acceso, para remitir a las EAPB autorizadas para operar en Distrito Capital</p>                                      | <p>acceso en el sistema de salud, a las usuarias y menores reportados en las bases MME de las siguientes EAPB.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Aliansalud: 3</li> <li>• Capital salud:18</li> <li>• Compensar:6</li> <li>• Coosalud:0</li> <li>• Salud total:19</li> <li>• Sanitas:12</li> <li>• Fuerza militar :1</li> <li>• Sura:5</li> <li>• Famisanar: 19</li> <li>• Magisterio: 0</li> <li>• Nueva EPS: 6</li> <li>• Policía Nacional: 0</li> <li>• Sin aseguramiento:3</li> </ul> | <p>Ubicación: SharePoint, Carpeta Equipo RIAS - Año 2026 Gestión del riesgo - Informes Luz Centeno– abril 2026-<a href="#">Obligación 4</a></p>                                                                                                          |
| <p>5. Elaborar Informe mensual de seguimiento por evento (gestación, Morbilidad Materna Extrema - MME, puerperio) y por Entidades Administradoras de Planes de Beneficios de Salud – EAPB</p>             | <p>5.1. Se realizó informe sobre análisis descriptivo en el seguimiento de la MME y BPN reportadas 2026 por las siguientes EAPB.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Aliansalud</li> <li>• Capital salud</li> <li>• Compensar</li> <li>• Coosalud</li> <li>• Salud total</li> <li>• Sanitas</li> <li>• Fuerza militar</li> <li>• Sura</li> <li>• Famisanar</li> <li>• Magisterio</li> <li>• Nueva EPS</li> <li>• Policía Nacional</li> <li>• Sin aseguramiento</li> </ul>                   | <p>5.1. Informe Word con registro de Observaciones del seguimiento registrado por las EAPB.</p> <p>Ubicación: SharePoint, Carpeta Equipo RIAS - Año 2026 Gestión del riesgo - Informes mensuales Luz Centeno–abril 2026-<a href="#">Obligación 5</a></p> |
| <p>6. Participar en las reuniones convocadas por las diferentes dependencias de la Secretaría Distrital de Salud y las demás que el supervisor requiera para el cumplimiento del objeto del contrato.</p> | <p>6.1. Se asiste a las siguientes reuniones convocadas:</p> <p>Se recibió convocatoria a reunión de seguimiento a la gestión de la vigencia 2026, pero esta fue cancelada.</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | <p>6.1. Correo institucional</p> <p>Ubicación: SharePoint, Carpeta Equipo RIAS -Año 2025 Gestión del riesgo - Informes mensuales Luz Centeno– abril 2026-<a href="#">Obligación 6</a></p>                                                                |

|                                                                                   |                                                                                                                                                           |                |          |                                                                                     |
|-----------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------|----------|-------------------------------------------------------------------------------------|
|  | <b>GESTIÓN CONTRACTUAL<br/>SUBDIRECCIÓN DE CONTRATACIÓN<br/>SISTEMA DE GESTIÓN<br/>CONTROL DOCUMENTAL</b>                                                 |                |          |  |
|                                                                                   | <b>INFORME PARCIAL Y/O FINAL DE ACTIVIDADES ESPECÍFICAS,<br/>OBLIGACIONES DEL CONTRATISTA SERVICIOS PROFESIONALES Y APOYO<br/>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

| ESTADO TEMAS PENDIENTES DE TRÁMITE                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |           |                    |           |                           |          |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|--------------------|-----------|---------------------------|----------|
| <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: No aplica</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> |           |                    |           |                           |          |
| INFORMACIÓN PAGOS SEGURIDAD SOCIAL                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |           |                    |           |                           |          |
| APORTES EN SALUD                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |           | APORTES EN PENSIÓN |           | APORTES RIESGOS LABORALES |          |
| Empresa:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | Compensar | Empresa:           | Colfondos | Empresa:                  | Sura     |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |           |                    |           | Nivel Riesgo:             | Uno (1)  |
| Suma cancelada:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | 219.900   | Suma cancelada:    | 281.500   | Suma cancelada:           | 9.300    |
| No Planilla:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | 67283131  | No Planilla:       | 67283131  | No Planilla:              | 67283131 |
| Mes cancelado:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | Febrero   | Mes cancelado:     | Febrero   | Mes cancelado:            | Febrero  |

| 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                                                 | <b>NOMBRES Y APELLIDOS:</b><br><b>Luz Deysi Centeno Quiñones</b>                                                             |                                                                                                                                                                    |           |                                                                                                                                                                      |           |
|                                                             | <b>FIRMA:</b>  Luz Deysi Centeno Quiñones |                                                                                                                                                                    |           |                                                                                                                                                                      |           |
|                                                             | <b>No. DOCUMENTO DE IDENTIDAD:</b><br><b>52.547.259</b>                                                                      |                                                                                                                                                                    |           |                                                                                                                                                                      |           |

| INFORME SUPERVISOR DE CONTRATO – CERTIFICADO DE CUMPLIMIENTO |
|--------------------------------------------------------------|
|--------------------------------------------------------------|

|                                                                                   |                                                                                                                                                           |                |          |                                                                                     |
|-----------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------|----------|-------------------------------------------------------------------------------------|
|  | <b>GESTIÓN CONTRACTUAL<br/>SUBDIRECCIÓN DE CONTRATACIÓN<br/>SISTEMA DE GESTIÓN<br/>CONTROL DOCUMENTAL</b>                                                 |                |          |  |
|                                                                                   | <b>INFORME PARCIAL Y/O FINAL DE ACTIVIDADES ESPECÍFICAS,<br/>OBLIGACIONES DEL CONTRATISTA SERVICIOS PROFESIONALES Y APOYO<br/>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

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <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 27,49 % de ejecución del contrato.</p> | <p><b>OTRAS OBSERVACIONES:</b></p> <p><b>MARTHA PATRICIA BECERRA MUÑOZ, Profesional Especializado 222-27</b><br/><b>Como supervisora 01 al 19 de abril 2026</b></p> <p><b>JENNY MIREYA ROMERO ORTIZ, Profesional Especializado 222-27</b><br/><b>Como supervisora 20 al 30 de abril 2026</b></p> <p>El supervisor del presente contrato certifica:</p> <p>6. Que ha verificado la existencia de cada uno de los soportes que se mencionan por parte del contratista como evidencia de la ejecución de las respectivas obligaciones contractuales.</p> <p>7. Que de estas evidencias se cuenta con el soporte físico y digital.</p> |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

**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?<br>(Marque con una X) |    | Observaciones<br>(Describa la(s) causa(s) por las cuales se materializo el riesgo) |
|----|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------|----|------------------------------------------------------------------------------------|
|    |                                                                                                                                        | SI                                               | NO |                                                                                    |
| 8  | Cambio de régimen NO responsable IVA a común o viceversa a cargo del contratista                                                       |                                                  | X  |                                                                                    |
| 9  | Inadecuado manejo de la información a la cual tiene acceso el contratista                                                              |                                                  | X  |                                                                                    |
| 10 | Demoras por parte de la entidad contratante (Supervisor) en la aprobación de los productos y/o informes presentados por el contratista |                                                  | X  |                                                                                    |

|                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
|-------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>SUPERVISOR</b> | <b>NOMBRE Y APELLIDO:</b><br><b>MARTHA PATRICIA BECERRA MUÑOZ, Profesional Especializado 222-27</b>                                                                                                                                                                                                                                                                              |
|                   | <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>SUPERVISOR</b> | <b>NOMBRE Y APELLIDO:</b><br><b>JENNY MIREYA ROMERO ORTIZ, Profesional Especializado 222-27</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
|                   | <b>FIRMA:</b> 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. |

|                                                                                                                                                    |                                                                                                                                                           |                |          |                                                                                     |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------|----------|-------------------------------------------------------------------------------------|
|  <p>ALCALDÍA MAYOR<br/>DE BOGOTÁ D.C.<br/>SECRETARÍA DE SALUD</p> | <p>GESTIÓN CONTRACTUAL<br/>SUBDIRECCIÓN DE CONTRATACIÓN<br/>SISTEMA DE GESTIÓN<br/>CONTROL DOCUMENTAL</p>                                                 |                |          |  |
|                                                                                                                                                    | <p>INFORME PARCIAL Y/O FINAL DE ACTIVIDADES ESPECÍFICAS,<br/>OBLIGACIONES DEL CONTRATISTA SERVICIOS PROFESIONALES Y APOYO<br/>A LA GESTIÓN SDS – FFDS</p> |                |          |                                                                                     |
|                                                                                                                                                    | Código:                                                                                                                                                   | SDS-CON-FT-014 | Versión: |                                                                                     |

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

|        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
|--------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| REVISO | <b>NOMBRE Y APELLIDO:</b><br><b>ANA MARCELA RAMIREZ ORTIZ, Contratista</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
|        | <b>FIRMA:</b> 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.

| DATOS DEL APORTANTE                 |                   |                            |        |                       |                    |                         |
|-------------------------------------|-------------------|----------------------------|--------|-----------------------|--------------------|-------------------------|
| TIPO                                | NÚMERO            | NOMBRE APORTANTE           |        | DIRECCIÓN             | TELÉFONO           | CORREO                  |
| CC                                  | 52547259          | LUZ DEYSI CENTENO QUIÑONES |        | CALLE 33 B # 4 B - 43 | 1111111            | deysicq.233@hotmail.com |
| FORMA PRESENTACIÓN                  | CLASE APORTANTE   | NOMBRE SUCURSAL            | CÓDIGO | DEPARTAMENTO          | CIUDAD / MUNICIPIO |                         |
| ÚNICA                               | I – Independiente |                            |        | BOGOTÁ D. C.          | BOGOTÁ, D.C.       |                         |
| EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD |                   |                            |        |                       |                    | NO                      |

| DATOS DE LA PLANILLA |                                    |                 |                           |                    |              |
|----------------------|------------------------------------|-----------------|---------------------------|--------------------|--------------|
| PLANILLA ASOCIADA    | FECHA PAGO ASOCIADA (DÍAS/MES/AÑO) | NÚMERO PLANILLA | FECHA PAGO (DÍAS/MES/AÑO) | CANTIDAD EMPLEADOS | CANTIDAD UPC |
|                      |                                    | 72061266        | 14/04/2026                | 1                  | 0            |
| PERIODO SALUD        | PERIODO PENSIÓN                    | TIPO PLANILLA   | TOTAL NÓMINA              | TOTAL A PAGAR      |              |
| 2026-03              | 2026-03                            | I               | \$0                       | \$508.300          |              |

## 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 |           |                       |                |               |               |
| EPS008        | Compensar EPS | 860066942-7 | 218.900                | 0             |                  | 0     |                     | 0     | 0         | 0                     | 0              | 218.900       | 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 |  |
| 231001          | Colfondos | 800227940-6 | 280.200                | 0                          | 0                           | 0                        | 0                         | 0         | 0                     |                | 280.200       | 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 | 9.200                  |                  |       |                        | 9.200                 | 0         | 0                     | 9.200               |                            |                     | 92                | 9.200         | 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                              | 218.900                             | 218.900       |
| Pensión                | 1                              | 280.200                             | 280.200       |
| Riesgos Laborales      | 1                              | 9.200                               | 9.200         |
| CCF                    | 0                              | 0                                   | 0             |
| ESAP                   | 0                              | 0                                   | 0             |
| ICBF                   | 0                              | 0                                   | 0             |
| MEN                    | 0                              | 0                                   | 0             |
| SENA                   | 0                              | 0                                   | 0             |
| TOTALES                | 3                              | 508.300                             | 508.300       |

| DATOS DEL APORTANTE |                   |                            |        |                       |                    |                                     |
|---------------------|-------------------|----------------------------|--------|-----------------------|--------------------|-------------------------------------|
| TIPO                | NÚMERO            | NOMBRE APORTANTE           |        | DIRECCIÓN             | TELÉFONO           | CORREO                              |
| CC                  | 52547259          | LUZ DEYSI CENTENO QUIÑONES |        | CALLE 33 B # 4 B - 43 | 11111111           | deysicq.233@hotmail.com             |
| FORMA PRESENTACIÓN  | CLASE APORTANTE   | NOMBRE SUCURSAL            | CÓDIGO | DEPARTAMENTO          | CIUDAD / MUNICIPIO |                                     |
| ÚNICA               | I – Independiente |                            |        | BOGOTÁ D. C.          | BOGOTÁ, D.C.       |                                     |
|                     |                   |                            |        |                       |                    | EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD |
|                     |                   |                            |        |                       |                    | NO                                  |

| DATOS DE LA PLANILLA |                                   |                 |                          |                    |              |
|----------------------|-----------------------------------|-----------------|--------------------------|--------------------|--------------|
| PLANILLA ASOCIADA    | FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO) | NÚMERO PLANILLA | FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO) | CANTIDAD EMPLEADOS | CANTIDAD UPC |
|                      |                                   | 72061266        | 14/04/2026               | 1                  | 0            |
| PERIODO SALUD        | PERIODO PENSIÓN                   | TIPO PLANILLA   | TOTAL NÓMINA             | TOTAL A PAGAR      |              |
| 2026-03              | 2026-03                           | I               | \$0                      | \$508.300          |              |

| DETALLE POR COTIZANTE |                                       |                            |           |       |            |                  |           |                       |     |     |     |     |     |     |     |     |     |         |     |     |     |            |             |           |      |            |                        |                         |                                         |                                       |          |           |      |                           |          |              |      |                 |            |               |         |      |               |                           |                |                |                |               |   |
|-----------------------|---------------------------------------|----------------------------|-----------|-------|------------|------------------|-----------|-----------------------|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|---------|-----|-----|-----|------------|-------------|-----------|------|------------|------------------------|-------------------------|-----------------------------------------|---------------------------------------|----------|-----------|------|---------------------------|----------|--------------|------|-----------------|------------|---------------|---------|------|---------------|---------------------------|----------------|----------------|----------------|---------------|---|
| INFORMACIÓN COTIZANTE |                                       |                            |           |       |            |                  |           | INFORMACIÓN NOVEDADES |     |     |     |     |     |     |     |     |     | PENSIÓN |     |     |     |            |             | SALUD     |      |            |                        | RIESGOS LABORALES       |                                         |                                       |          | CCF       |      |                           |          | PARAFISCALES |      |                 |            |               |         |      |               |                           |                |                |                |               |   |
| No.                   | Tipo y<br>Número de<br>Identificación | Apellidos y Nombres        | Cotizante | Salud | Extranjero | Columna anterior | Exonerado | ING                   | RET | TDE | TAE | TAP | USP | VST | SAJ | ICE | LMA | VAC     | AVP | VCT | REL | CORRECCIÓN | Cód.<br>AFP | IBC AFP   | Días | Cotización | Voluntario<br>Afiliado | Voluntario<br>Aportante | Fondo<br>pensional<br>de<br>solidaridad | Fondo<br>pensional de<br>subsistencia | Cód. EPS | IBC EPS   | Días | Cotización /<br>Valor UPC | Cód. ARL | IBC ARL      | Días | Clase de Riesgo | Cotización | Código<br>CCF | IBC CCF | Días | Aporte<br>CCF | IBC otros<br>parafiscales | Aporte<br>SENA | Aporte<br>ICBF | Aporte<br>ESAP | Aporte<br>MEN |   |
| 1                     | CC 52547259                           | CENTENO QUIÑONES LUZ DEYSI | 59        | 0     |            | N                |           |                       |     |     |     |     |     |     |     |     |     |         |     |     |     |            | 231001      | 1.750.905 | 30   | 280.200    | 0                      | 0                       | 0                                       | 0                                     | EPS008   | 1.750.905 | 30   | 218.900                   | 14-11    | 1.750.905    | 30   | 1               | 9.200      |               | 0       | 0    | 0             | 0                         | 0              | 0              | 0              | 0             | 0 |

PAGADA

Medellin, 29 de abril de 2026

**LA DIRECCIÓN DE ASEGURAMIENTO SEGUROS OBLIGATORIOS HACE CONSTAR:**

Que **LUZ DEYSI CENTENO QUIÑONES** con documento de identidad **C52547259**, 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 |
|--------------|------------|-------------------------------------------------------------------------|-------------------|-------------|-----------------|-----------------|------------------|
| 2026-01-30   | 2026-12-31 | INDEPENDIENTE CON CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS SUPERIOR A UN MES | PRINCIPAL DC      | 0000000 001 | 1               | 0.522           | EN COBERTURA     |

- **Medellín** 604 4444578
- **Bogotá** 601 4055911
- **Cali** 602 3808938
- **Pereira** 606 3138400

- **Manizales** 606 8811280
- **Bucaramanga** 607 6917938
- **Cartagena** 605 6424938
- **Barranquilla** 605 3197938

- **Líneas de atención** 01 8000 511 414 6 01 8000 941 414
- **Línea de conciliación** ARL 3103157562
- **sura.co/arl**



 Menú

Iniciar Sesión

Registrarse

ReTHUS

A continuación diligencie la identificación o nombre y apellido de la persona a consultar en el Registro Unico Nacional de Talento Humano en Salud.

Tipo de Identificación \*

Cedula de Ciudadania

Número de Identificación \*

52547259

Primer Nombre

LUZ

Primer Apellido

CENTENO

Confirme los números de la Imagen \*

2859

Cambiar

4249

Verificar Registro en ReTHUS

Limpiar

Resultado General -2026-04-29→4:00:36 PM

| Tipo Identificación | Nro. Identificación | Primer Nombre | Segundo Nombre | Primer Apellido | Segundo Apellido | Estado Identificación: | Detalles            |
|---------------------|---------------------|---------------|----------------|-----------------|------------------|------------------------|---------------------|
| CC                  | 52547259            | LUZ           | DEYSI          | CENTENO         | QUIÑONES         | Vigente                | <a href="#">Ver</a> |

De conformidad con los artículos 100 y 101 del Decreto Ley 2106 de 2019, una vez revisadas las bases de datos del Registro Único Nacional de Talento Humano en Salud se constató que el (la) señor(a) LUZ DEYSI CENTENO QUIÑONES identificado(a) con CC 52547259 registra La siguiente información:

2026-04-29→4:00:36 PM

Información Académica

| Tipo Programa | Origen Obtención Título | Profesión u Ocupación | Fecha inicio ejercer Acto | Acto Administrativo | Entidad Reportadora |
|---------------|-------------------------|-----------------------|---------------------------|---------------------|---------------------|
|---------------|-------------------------|-----------------------|---------------------------|---------------------|---------------------|

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |  |                                     |  |                                                                   |                         |                                                                            |                |                         |                                                                          |                                |               |                          |  |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|-------------------------------------|--|-------------------------------------------------------------------|-------------------------|----------------------------------------------------------------------------|----------------|-------------------------|--------------------------------------------------------------------------|--------------------------------|---------------|--------------------------|--|
| <div><div><div><div><div><div></div><div>BOGOTÁ</div></div><div><div>SECRETARÍA DE SALUD</div></div></div><div><div>Vig Ppto: 2026</div><div><div><div>FONDO FINANCIERO DISTRITAL DE SALUD</div><div>ORDEN DE PAGO</div></div><div><div>No: 605886</div><div>Usuario Dilig: ACBOTELLO</div></div><div><div>Fecha de Impresión: 28/04/2026</div><div>Estado: GIRADA</div></div></div></div></div></div></div> |  |                                     |  |                                                                   |                         |                                                                            |                |                         |                                                                          |                                |               |                          |  |
| Entidad:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |  | FONDO FINANCIERO DISTRITAL DE SALUD |  |                                                                   |                         |                                                                            |                |                         |                                                                          |                                |               |                          |  |
| Código:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |  | 201                                 |  | Unidad Eje:                                                       |                         | 01                                                                         |                | Fecha Diligenciamiento: |                                                                          | 09-APR-26                      |               |                          |  |
| 1. DATOS DEL BENEFICIARIO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |  |                                     |  |                                                                   |                         |                                                                            |                |                         |                                                                          |                                |               |                          |  |
| Nombre:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |  | LUZ DEYSI CENTENO QUINONES          |  |                                                                   | Regimen:                |                                                                            | No Responsable |                         |                                                                          |                                |               |                          |  |
| Dirección:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |  | CL 33 B 4 B 43 SUR                  |  |                                                                   | Teléfono y Fax:         |                                                                            |                |                         |                                                                          |                                |               |                          |  |
| C.C o NIT:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |  | 52547259                            |  |                                                                   | Banco/Sucursal:         |                                                                            | BANCOLOMBIA    |                         | Cuenta No/Clase:                                                         |                                | 89492282970/A |                          |  |
| 2. DATOS DEL COMPROMISO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |  |                                     |  |                                                                   |                         |                                                                            |                |                         |                                                                          |                                |               |                          |  |
| Compromiso a Pagar:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |  | CONTRATACION DIRECTA                |  |                                                                   | No:                     |                                                                            | 9209077        |                         | 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-NO9209077-PERIDO 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) |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |  |                                     |  | 1896                                                              |                         | 02-3-01-17-019-06-20240203-228036051                                       |                | 3130                    |                                                                          | Contratacion de Recurso Humano |               | \$3.723.000,00           |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |  |                                     |  | VR BRUTO                                                          |                         | TRES MILLONES SETECIENTOS VEINTITRES MIL PESOS                             |                |                         |                                                                          |                                |               | \$3.723.000,00           |  |
| ID Rubro                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |  | Fuente                              |  | Detalle                                                           |                         | Valor                                                                      |                |                         |                                                                          |                                |               |                          |  |
| 02-3-01-17-019-06-20240203-228036051                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |  | 01                                  |  | 12013                                                             |                         | \$3.723.000,00                                                             |                |                         |                                                                          |                                |               |                          |  |
| 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                                                             |                | \$3.723.000,00          |                                                                          |                                |               |                          |  |
| RETEICA- SERVICIOS 0,966%                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |  | .966                                |  | \$3.214.700,00                                                    |                         | 2-4-36-27-0001                                                             |                | \$31.054,00             |                                                                          |                                |               |                          |  |
| ESTAMPILLA - EST_PROCULTURA 0,5%                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |  | .5                                  |  | \$3.723.000,00                                                    |                         | 2-4-36-90-0003                                                             |                | \$18.615,00             |                                                                          |                                |               |                          |  |
| ESTAMPILLA ADULTO MAYOR 2%                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |  | 2                                   |  | \$3.723.000,00                                                    |                         | 2-4-36-90-0007                                                             |                | \$74.460,00             |                                                                          |                                |               |                          |  |
| Valor amortización:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |  |                                     |  | TOTAL DESCUENTOS                                                  |                         |                                                                            |                | \$124.129,00            |                                                                          |                                |               |                          |  |
| Id fuente                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |  | Detalle                             |  | VALOR NETO A GIRAR                                                |                         | TRES MILLONES QUINIENTOS NOVENTA Y OCHO MIL OCHOCIENTOS SETENTA Y UN PESOS |                | \$3.598.871,00          |                                                                          |                                |               |                          |  |
| 01                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |  | Recursos Del Distrito               |  |                                                                   |                         |                                                                            |                | 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<br>GESTION DE PAGOS                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |  |                                     |  | YOLANDA PATRICIA VALDERRAMA CORTES<br>Responsable del Presupuesto |                         |                                                                            |                |                         |                                                                          |                                |               |                          |  |
| <div></div>                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |  |                                     |  |                                                                   |                         |                                                                            |                |                         |                                                                          |                                |               |                          |  |