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



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

DESPACHO – SUBDIRECCIÓN – DIRECCIÓN U OFICINA: Dirección Administrativa – Subdirección de Bienes y Servicios	CONTRATO No. 8370296 de 2025	PERIODO DEL CONTRATO:
		Fecha de Inicio: 03/10/2025 Fecha de Terminación: 30/09/2026
ENTIDAD CONTRATANTE: FONDO FINANCIERO DISTRITAL DE SALUD		PLAZO DE EJECUCIÓN: 358 días
		PRÓRROGA: N/A
CONTRATISTA: JHON ARBEY GUTIERREZ GARCIA		Fecha de Inicio (Prórroga): N/A Fecha de Terminación (Prórroga): N/A
		SUSPENSIÓN: N/A
SUPERVISOR LUISA FERNANDA VALLEJO CRUZ DIRECTORA ADMINISTRATIVA		Fecha de Inicio (Suspensión): N/A Nueva Fecha de Terminación (Suspensión): N/A
		PERIODO DEL INFORME: 01/04/2026 - 30/04/2026



OBJETO DEL CONTRATO: “PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES ESPECIALIZADOS PARA APOYAR DESDE EL COMPONENTE TÉCNICO Y ADMINISTRATIVO LOS PROYECTOS A CARGO DE LA DIRECCIÓN ADMINISTRATIVA DE LA SECRETARIA DISTRITAL DE SALUD”.

BALANCE FINANCIERO DEL CONTRATO	
VALOR INICIAL DEL CONTRATO:	\$ 102.746.000
VALOR ADICIÓN (SI APLICA):	\$ 0
VALOR INDEXACIÓN (SI APLICA):	\$ 3.951.990
VALOR CEDIDO (SI APLICA)	\$ 0
VALOR A LIBERAR (SI APLICA)	\$ 0
VALOR PAGADO AL CONTRATISTA:	\$ 51.525.110
VALOR A PAGAR EN EL PRESENTE PERIODO DEL INFORME:	\$ 9.049.110
SALDO POR EJECUTAR:	\$ 45.245.550



ACTIVIDADES ESPECIFICAS, OBLIGACIONES DEL CONTRATISTA DESARROLLADAS DE ACUERDO CON EL OBJETO CONTRACTUAL		
OBLIGACIONES (Las estipuladas en la minuta del contrato)	AVANCE ACTIVIDADES (Desarrolladas en el periodo objeto del informe - referente a la obligación)	EVIDENCIAS O SOPORTE (Con respecto a la actividad desarrollada y donde reposan)
1. Apoyar en la planificación, estructuración, organización y seguimiento de los procesos asignados por la Dirección Administrativa, participando en los comités de contratación y demás comités, reuniones y mesas de trabajo en los que se requiera su presencia, y elaborando los informes correspondientes que respalden la gestión y la toma de decisiones.	1. 1 El día 08 de abril de 2026 asistí a reunión en el cual se realizo el seguimiento a los procesos de papelería, elementos de primeros auxilios y equipos de monitoreo con respecto a los estudios de mercado.	Las evidencias se encuentran publicadas en el Secop II, numeral 7 “ejecución del contrato” con el nombre OBLIGACIONES ESPECIFICAS – OBLIGACIÓN No.2. Link: https://saludcapitalgovco-my.sharepoint.com/personal/jc1gutierrez_saludcapital_gov_co/layouts/15/onedrive.aspx?id=%2Fpersonal%2Fjc1gutierrez%5Fsaludcapital%5Fgov%5Fco%2FDocuments%2FINFORMES%20PERSONA%20NATURAL%2FLUISA%20FERNANDA%20VALLEJO%20CRUZ%2FLUISA%20FERNANDA%20VALLEJO%20CRUZ%2F2025%2D

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

		<p>2026%2FJHON%20ARBEY%20GUTIERREZ%2D8370296%2FABRIL%202026%2FOBLIGACIONES%20CONTRACTUALES%2FOBLIGACION%201&viewid=d7e2bf7d%2D6553%2D4b18%2D9d8e%2D87c3f3a795c3&sharingv2=true&fromShare=true&at=9&CT=1777896121622&OR=OWA%2DNT%2DMail&CID=9842f4d8%2D52e6%2D9102%2D0b09%2D837c295dcd00&FolderCTID=0x0120005708E8FF007E0E4C82F3FAAF65FB4FC2&view=0</p> <p>Anexo 1.1 -Listado de asistencia 8 de abril</p>
<p>2.Elaborar, revisar y actualizar estudios de mercado, términos de referencia, fichas técnicas, anexos, manuales, guías e instructivos necesarios para los procesos asignados por la Dirección Administrativa, así como garantizar que la documentación cumpla con la normativa vigente, los lineamientos institucionales y los estándares del Sistema de Gestión de Calidad.</p>	<p>2.1 Se realizó el estudio de mercado del proceso de equipos de medición. 2.2 Se realizó el estudio de mercado con las actualizaciones sugeridas por el área del almacén del proceso de papelería. 2.3 Se realizó la consulta de los precios del mercado según los tipos de gamas de los elementos de los auditorios del proceso de la modernización de los edificios. 2.4 Se realizó la inclusión del nuevo decreto de discapacidad según directriz del área de costos al proceso de elementos de primeros auxilios al estudio de mercado. 2.5 Se dio respuesta a los documentos del proceso de primeros auxilios sugeridos por el área de costos.</p>	<p>Las evidencias se encuentran publicadas en el Secop II, numeral 7 "ejecución del contrato" con el nombre OBLIGACIONES ESPECIFICAS – OBLIGACIÓN No.2. Link: https://saludcapital.gov.co-my.sharepoint.com/personal/jc1gutierrez_saludcapital.gov_co/layouts/15/onedrive.aspx?id=%2Fpersonal%2Fjc1gutierrez%5Fsaludcapital%5Fgov%5Fco%2FDocuments%2FINFORMES%20PERSONA%20NATURAL%2FLUISA%20FERNANDA%20VALLEJO%20CRUZ%2FLUISA%20FERNANDA%20VALLEJO%20CRUZ%2F2025%2D2026%2FJHON%20ARBEY%20GUTIERREZ%2D8370296%2FABRIL%202026%2FOBLIGACIONES%20CONTRACTUALES%2FOBLIGACION%202&viewid=d7e2bf7d%2D6553%2D4b18%2D9d8e%2D87c3f3a795c3&sharingv2=true&fromShare=true&at=9&CT=1777896121622&OR=OWA%2DNT%2DMail&CID=9842f4d8%2D52e6%2D9102%2D0b09%2D837c295dcd00&FolderCTID=0x0120005708E8FF007E0E4C82F3FAAF65FB4FC2&view=0</p> <p>Anexo 2.1 -Correo enviado Anexo 2.1.1 -Estudio de mercado Anexo 2.2 -Correo enviado Anexo 2.2.1 -Estudio actualizado Anexo 2.3 -Correo enviado Anexo 2.3.1 -Elementos consultados Anexo 2.4 -Correo enviado Anexo 2.4.1 -Estudio de mercado Anexo 2.5 -Correo enviado</p>

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

<p>3. Acompañar la supervisión de los contratos asignados, verificando el cumplimiento de las obligaciones técnicas, administrativas y financieras. Realizar seguimiento continuo a la ejecución contractual, identificando riesgos operativos, contractuales y financieros, y proponiendo medidas preventivas y correctivas para asegurar la adecuada prestación de los servicios y minimizar incumplimientos</p>	<p>3.1 Se realizó el trámite del pago 5 Cto 8443630-2025. 3.2 Se realizaron las correcciones al informe final solicitadas por el área de contratación al contrato 7139602-2024. 3.3 Se realizó la solicitud de cargue en el secop el alcance al informe final del contrato 7139602-2024. 3.4 Se realizó el trámite del pago 6 del Cto 8202815-2025. 3.5 Se realizó el informe de supervisión de enero a febrero de 2026 del contrato 8202815-2025. 3.6 Se realizó el informe de supervisión de febrero a marzo de 2026 del contrato 8202815-2025. 3.7 Se realizó el informe de supervisión del periodo comprendido entre enero a febrero de 2026 del Cto 8443630-2025. 3.8 Se realizó el informe de supervisión del periodo comprendido entre febrero de 2026 a marzo de 2026 del Cto 8443630-2025.</p>	<p>Las evidencias se encuentran publicadas en el Secop II, numeral 7 "ejecución del contrato" con el nombre OBLIGACIONES ESPECIFICAS – OBLIGACIÓN No.3. Link: https://saludcapitalgovco-my.sharepoint.com/personal/jc1gutierrez_saludcapital_gov_co/_layouts/15/onedrive.aspx?id=%2Fpersonal%2Fjc1gutierrez%5Fsaludcapital%5Fgov%5Fco%2FDocuments%2FINFORMES%20PERSONA%20NATURAL%2FLUISA%20FERNANDA%20VALLEJO%20CRUZ%2FLUISA%20FERNANDA%20VALLEJO%20CRUZ%20ARBEY%20GUTIERREZ%2D8370296%20FABRIL%202026%2FOBLIGACIONES%20CONTRACTUALES%2FOBLIGACION%203&viewid=d7e2bf7d%2D6553%2D4b18%2D9d8e%2D87c3f3a795c3&sharingv2=true&fromShare=true&at=9&CT=1777896121622&OR=OWA%2DNT%2DMail&CID=9842f4d8%2D52e6%2D9102%2D0b09%2D837c295dcd00&FolderCTID=0x0120005708E8FF007E0E4C82F3FAAF65FB4FC2&view=0 Anexo 3.1 -Corre enviado Anexo 3.1.1 -Certificado de pago Anexo 3.2 -Correo enviado Anexo 3.2.1 -Informe final Anexo 3.3 -Correo enviado Anexo 3.4 -Certificado de pago Anexo 3.4.1 -Correo enviado Anexo 3.5 -Informe de supervisión ene-feb Anexo 3.6 -Informe de supervisión feb-mar Anexo 3.7 - Informe de supervisión ene-feb Anexo 3.8 -Correo enviado</p>
<p>4. Apoyar la actualización y control de inventarios, diagnósticos e indicadores de mantenimiento de equipos de ventilación mecánica, aire acondicionado y equipos biomédicos, así como realizar seguimiento a hojas de vida, registros técnicos y programas de mantenimiento preventivo y correctivo, contribuyendo a la continuidad y eficiencia operativa de los servicios.</p>	<p>Para el presente periodo no se realizó esta actividad.</p>	<p>N/A</p>
<p>5. Apoyar a la Dirección Administrativa, en la elaboración, verificación y actualización de la documentación asociada a la gestión de bienes y servicios,</p>	<p>5.1 Se dio respuesta al derecho de petición con radicado 2026ER25461.</p>	<p>Las evidencias se encuentran publicadas en el Secop II, numeral 7 "ejecución del contrato" con el nombre OBLIGACIONES ESPECIFICAS – OBLIGACIÓN No.3. Link:</p>

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

incluyendo respuestas a oficios, solicitudes, derechos de petición y demás comunicaciones técnicas o administrativas, asegurando su registro en los aplicativos institucionales y plataformas de gestión.		https://saludcapitalgovco-my.sharepoint.com/personal/jc1gutierrez_saludcapital_gov_co/layouts/15/onedrive.aspx?id=%2Fpersonal%2Fjc1gutierrez%2Fsaludcapital%2Fgov%2Fco%2FDocuments%2FINFORMES%20PERSONA%20NATURAL%2FLUISA%20FERNANDA%20VALLEJO%20CRUZ%2F2025%2D2026%2FJHON%20ARBEY%20GUTIERRIZ%2D8370296%2FABRIL%202026%2FOBLIGACIONES%20CONTRACTUALES%2FOBLIGACION%205&viewid=d7e2bf7d%2D6553%2D4b18%2D9d8e%2D87c3f3a795c3&sharingv2=true&fromShare=true&at=9&CT=1777896121622&OR=OWA%2DNT%2DMail&CID=9842f4d8%2D52e6%2D9102%2D0b09%2D837c295dcd00&FolderCTID=0x0120005708E8FF007E0E4C82F3FAAF65FB4FC2&view=0 Anexo 5.1 -Correo enviado
---	--	--

ESTADO TEMAS PENDIENTES DE TRÁMITE

Si es el último informe de ejecución, relacione el estado de los temas que le fueron asignados y que a la fecha se encuentren pendientes de trámite, indicando por qué no se han desarrollado: N/A

DECLARACIÓN: Manifiesto que he cumplido con las obligaciones derivadas del contrato y que las actividades mencionadas en el presente informe corresponden a las asignaciones realizadas, efectivamente desarrolladas en el periodo indicado en el mismo, declarando que seré responsable por las afirmaciones contenidas en el presente documento, que sirve como soporte para certificar el cumplimiento del objeto del contrato.


INFORMACIÓN PAGOS SEGURIDAD SOCIAL

APORTES EN SALUD		APORTES EN PENSIÓN		APORTES RIESGOS LABORALES	
Empresa:	COMPENSAR	Empresa:	PROTECCIÓN	Empresa:	POSITIVA
Suma cancelada:	501.600	Suma cancelada:	642.100	Nivel Riesgo:	1
No Planilla:	7864940	No Planilla:	7864940	Suma cancelada:	21.100
Mes(es) cancelado(s):	Marzo 2025	No Planilla:	7864940	No Planilla:	7864940
		Mes(es) cancelado(s):	Marzo 2025	Mes(es) cancelado(s):	Marzo 2025



EN CASO DE INFORME FINAL DE EJECUCIÓN

Relación de usuario y clave de acceso al equipo de cómputo:	N/A	Relación de usuarios y clave de acceso a los sistemas de información (SICAF, AGILSALUD, SICAPITAL, SIAS, SIRC, SIDBA, SIPROJ, ETC.), si aplica a sus actividades:	N/A	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):	N/A
---	-----	---	-----	--	-----

FIRMA DEL CONTRATISTA

CONTRATISTA	NOMBRES Y APELLIDOS: JHON ARBEY GUTIERREZ GARCIA
	 FIRMA:
	No. DOCUMENTO DE IDENTIDAD: 80745848 de Bogotá

INFORME SUPERVISOR DE CONTRATO – CERTIFICADO DE CUMPLIMIENTO

 <p>ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD</p>	GESTIÓN CONTRACTUAL SUBDIRECCIÓN DE CONTRATACIÓN SISTEMA DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL			
	INFORME PARCIAL Y/O FINAL DE ACTIVIDADES ESPECÍFICAS, OBLIGACIONES DEL CONTRATISTA SERVICIOS PROFESIONALES Y APOYO A LA GESTIÓN SDS – FFDS			
	Código:	SDS-CON-FT-014	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 57,6% de ejecución del contrato.</p>	<p>OTRAS OBSERVACIONES:</p> <p>NO APLICA</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:

N.º	Descripción del Riesgo	¿Se materializo el riesgo? (Marque con una X)		Observaciones (Describe la(s) causa(s) por las cuales se materializo el riesgo)
		SI	NO	
9	Inadecuado manejo de la información a la cual tiene acceso el contratista		X	N/A
10	Demoras por parte de la entidad contratante (Supervisor) en la aprobación de los productos y/o informes presentados por el contratista		X	N/A
11	Suspensión o cancelación de la tarjeta o matrícula profesional, para aquellas profesiones que así lo establecen		X	N/A

SUPERVISOR	NOMBRE Y APELLIDO:
	LUISA FERNANDA VALLEJO CRUZ Directora Administrativa
	FIRMA: El presente informe es suscrito por la supervisión de manera electrónica a través de la plataforma SECOP II módulo plan de pagos, de conformidad con las condiciones establecidas por la Agencia Nacional de Contratación Pública-Colombia Compra Eficiente en su calidad de administradora del Sistema Electrónico para la Contratación Pública SECOP.

REVISÓ	NOMBRE Y APELLIDO:
	FIRMA:

NOTAS:

- * El presente informe da cumplimiento a lo citado en la ISO 9001:2015, en relación con el numeral 8.4.1.
- * Anexo: Comprobantes de pago de aportes al sistema de seguridad social en salud y pensión, Certificado ARL y Orden de Pago.
- * Para el cálculo del % de ejecución del contrato se deben tener en cuenta las adiciones si aplica.

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	80745848	JHON ARBEY GUTIERREZ GARCIA		Carrera 58 # 2-55	6632287	arbeygg@hotmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I - Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DÍAS/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DÍAS/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
		78649403	29/04/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-03	2026-03	I	\$3,972,000	\$1.189.000	

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	496.500	0		0		0	15	5.100	0	501.600	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
230201	Proteccion (ING + Proteccion)	800229739-0	635.600	0	0	0	0	15	6.500	0	642.100	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										
14-23	Positiva Seguros	860011153-6	20.800				20.800	15	300	21.100			208	21.100	1

TOTALES CAJAS							
Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF24	Compensar Caja	860066942-7	23.900	15	300	24.200	1

TOTALES PARAFISCALES				
Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	15	0	0	0
ICBF				
0	15	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	496.500	501.600
Pensión	1	635.600	642.100
Riesgos Laborales	1	20.800	21.100
CCF	1	23.900	24.200
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	4	1.176.800	1.189.000

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	80745848	JHON ARBEY GUTIERREZ GARCIA		Carrera 58 # 2-55	6632287	arbeygg@hotmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I - Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
		78649403	29/04/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-03	2026-03	I	\$3,972,000	\$1.189.000	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE				INFORMACIÓN NOVEDADES														PENSIÓN				SALUD				RIESGOS LABORALES				CCF				PARAFISCALES															
No.	Tipo y Número de Identificación	Apellidos y Nombres		Cotizante	Salud	Extranjero	Colom. exarator	Exonerado	ING	RET	TDE	TPE	TTP	UP	UPP	SEN	IGE	LMA	VAC	APP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Días	Cotización	Voluntario Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Días	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Días	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Días	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
1	CC 80745848	GUTIERREZ GARCIA JHON ARBEY		59	0			N																230201	3.972.000	30	635.600	0	0	0	0	EPS008	3.972.000	30	496.500	14-23	3.972.000	30	1	20.800	CCF24	3.972.000	30	23.900	0	0	0	0	0

PAGADA

Entidad:	FONDO FINANCIERO DISTRITAL DE SALUD				
Código:	201	Unidad Eje:	01	Fecha Diligenciamiento:	09-APR-26

1. DATOS DEL BENEFICIARIO

Nombre:	JHON ARBEY GUTIERREZ GARCIA	Regimen:	No Responsable		
Dirección:	KR 53 5 39	Teléfono y Fax:	2900797		
C.C o NIT:	80745848	Banco/Sucursal:	DAVIVIENDA	Cuenta No/Clase:	0450270145490/A

2. DATOS DEL COMPROMISO

Compromiso a Pagar:	CT - CONTRATOS (CON / SIN LICITACIÓN)	No:	8370296	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-NO8370296-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)	
395	02-3-01-17-019-06-20240141-247180000	709	Servicios de la administración pública relacionados con la salud, Documentos de lineamientos técnicos	\$8.610.000,00	

ID Rubro	Fuente	Detalle	Valor	
02-3-01-17-019-06-20240141-247180000	01	12013	\$8.610.000,00	
Tipo	Com	Objeto	Ingreso	Banco
023	20202009	91122	01-5-01-01-004-11	

VR BRUTO	OCHO MILLONES SEISCIENTOS DIEZ MIL PESOS	\$8.610.000,00
-----------------	--	----------------

4. MOVIMIENTO FINANCIERO Y CONTABLE

Descripción	% Descuento	Base de Retención	Código Contable	VALORES
Valor Bruto			5-1-11-79-0001	\$8.610.000,00
RETEFUENTE - HONORARIOS CONTRATISTAS- 11% DECRETO 2231-2023	11	\$8.610.000,00	2-4-36-03-0003	\$947.100,00
RETEICA- SERVICIOS 0,766%	.766	\$7.610.300,00	2-4-36-27-0001	\$58.295,00
ESTAMPILLA - EST PROCULTURA 0,5%	.5	\$8.610.000,00	2-4-36-90-0003	\$43.050,00
ESTAMPILLA ADULTO MAYOR 2%	2	\$8.610.000,00	2-4-36-90-0007	\$172.200,00

Valor amortización:	
Id fuente	Detalle
01	Recursos Del Distrito
12013	APORTE ORDINARIO

TOTAL DESCUENTOS	\$1.220.645,00
VALOR NETO A GIRAR	SIETE MILLONES TRESCIENTOS OCHENTA Y NUEVE MIL TRESCIENTOS CINCUENTA Y CINCO PESOS
	\$7.389.355,00
	Código contable
	2-4-01-02-0003

MOVIMIENTO TESORERÍA

Endosado a:

Observaciones	Acreedor (Exclusivamente para transferencia de la administración)
	Nombre _____
	Cédula _____ Firma _____

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





LA GERENCIA DE AFILIACIONES Y NOVEDADES

CERTIFICA QUE:

JHON ARBEY GUTIERREZ GARCIA identificado con CC. 80745848 registra la siguiente información en el ramo de Riesgos Laborales:

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

INFORMACIÓN RELACIÓN LABORAL			
Fecha de inicio de cobertura	2025/10/03	Fecha inicio contrato	2025/10/03
Tipo de vinculación	Independiente con Contrato	Fecha de fin contrato	2026/09/30
Riesgo	1	Código actividad económica	1841201 - Actividades ejecutivas de la administración pública, incluye el desempeño de las funciones
Estado afiliación	Activa	Estado del contrato	Activa
Fecha retiro	-		

Esta certificación se expide a los 4 días del mes de mayo del 2026.

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

Para verificar la autenticidad de este certificado, escanea el código QR incluido o visita nuestra página web. Selecciona la opción "Validar certificados de afiliación" e ingresa el siguiente código: **CC04052026N80745848A17683512**. Este código es válido por un mes.

Cordialmente,

Gerencia de afiliaciones y novedades ARL
POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S. A.

Positiva Compañía de Seguros S.A.:
 Nit. 860.011.153-6 | Línea Gratuita Nacional: (+57) 01-8000-111-170 - Teléfono: +57 (601) 330 7000

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

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

LA ASEGURADORA
 DE TODOS LOS
 COLOMBIANOS