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

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

<b>DESPACHO – SUBDIRECCIÓN – DIRECCIÓN U OFICINA:</b>  DIRECCIÓN DE PROVISIÓN DE SERVICIOS	<b>CONTRATO No.</b>  8554773	<b>PERIODO DEL CONTRATO:</b>
		Fecha de Inicio: 11/11/2025 Fecha de Terminación: 30/09/2026
<b>ENTIDAD CONTRATANTE:</b> SECRETARIA DISTRITAL DE SALUD / FONDO FINANCIERO DISTRITAL DE SALUD		<b>PLAZO DE EJECUCIÓN:</b> 10 meses 19 días
<b>CONTRATISTA:</b> MARTHA LILIANA TUNJO LOPEZ		<b>PRÓRROGA:</b> Fecha de Inicio (Prórroga): Fecha de Terminación (Prórroga):
<b>SUPERVISOR (Nombre y cargo):</b>  <b>JOHANNA ANDREA TORRES RUIZ</b> Asesora de Despacho Código 105, Grado 07		<b>SUSPENSIÓN</b> Fecha de Inicio (Suspensión): Nueva Fecha de Terminación (Suspensión):
		<b>PERIODO DEL INFORME:</b> 01 /04/2026- 31/04/2026
<b>OBJETO DEL CONTRATO:</b> Prestar servicios profesionales especializados en la Dirección de Provisión de Servicios de Salud de la secretaria Distrital de Salud para la planeación, implementación y seguimiento del modelo de salud de Bogotá D.C.		

BALANCE FINANCIERO DEL CONTRATO	
<b>VALOR INICIAL DEL CONTRATO:</b>	\$ 100.346.767.00
<b>VALOR ADICIÓN (SI APLICA):</b>	\$ 0
<b>VALOR INDEXACIÓN (SI APLICA):</b>	\$ 0
<b>VALOR CEDIDO (SI APLICA)</b>	\$ 0
<b>VALOR A LIBERAR (SI APLICA)</b>	\$ 0
<b>VALOR PAGADO AL CONTRATISTA O CESIONARIO (SI APLICA):</b>	\$ 43.724.767
<b>VALOR A PAGAR EN EL PRESENTE PERIODO DEL INFORME:</b>	\$ 9.437.000
<b>SALDO POR EJECUTAR:</b>	\$ 47.185.000

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 elaboración, socialización, implementación y evaluación de los documentos técnicos y operativos requeridos para la ejecución de las acciones de los Equipos Extramurales en el marco del Modelo en Salud MAS Bienestar.	1. se realiza el 16 de abril El 16 de abril se realiza elaboración para la propuesta de abordaje de la cohorte de discapacidad a fin de reasignar orientaciones para su implementación.  2. El 6 de abril en el marco del desarrollo de producto de política pública de la etnia raizal se realiza fortalecimiento al equipo más bienestar raizal determinantes sociales en salud para avanzar en la identificación y entrega a los equipos más bienestar en tu hogar de casos reptiles de abordaje	1.20250416_Propuesta Abordaje Cohorte Discapacidad  2.20260406_ Acta fortalecimiento MAS Bienestar Raizal 2.20260406_Generalidades EMBH_Raizal



ALCALDÍA MAYOR  
DE BOGOTÁ D.C.  
SECRETARÍA DE SALUD

GESTIÓN CONTRACTUAL  
SUBDIRECCIÓN DE CONTRATACIÓN  
SISTEMA DE GESTIÓN  
CONTROL DOCUMENTAL



INFORME PARCIAL Y/O FINAL DE ACTIVIDADES ESPECÍFICAS,  
OBLIGACIONES DEL CONTRATISTA SERVICIOS PROFESIONALES Y APOYO  
A LA GESTIÓN SDS – FFDS

Código: SDS-CON-FT-014 Versión: 7

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

	<p>3. El 23 de abril se realiza presentación asociada a la gestión territorial en el marco del comité ampliado de las redes integradas de servicios de salud</p> <p>4. El 24 de junio se realizará envío al equipo de ingenieros de los elementos a tener en cuenta en la elaboración del módulo de derivación para ser cargados por parte del trabajador social posterior a la validación</p> <p>5. El 30 de abril se realiza asistencia técnica al equipo de trabajo de las casas más bienestar de operación distrital en este se realiza socialización del módulo del aplicativo y revisión de los cronogramas para el mes de mayo</p>	<p>3.20260423_PPT_Comité Ampliado_Gestión Territorial</p> <p>4.20260424_Insumos TS_Modulo derivacion_GTAPS</p> <p>5.20260430_Asistencia Tecnica Casas MAS Bienestar</p> <p>Las evidencias reposan en el SharePoint designado por el supervisor y posterior a la aprobación en el aplicativo SECOP</p>
<p>2. Participar en la planeación, implementación y ejecución de acciones con enfoque poblacional diferencial desarrolladas por los Equipos Extramurales y participar en las instancias de diálogo y seguimiento a los resultados de los mismos en instancias de articulación intersectorial que faciliten la intervención distrital y local</p>	<p>1. El 15 de abril se realiza la presentación del avance de producto de política pública para el seguimiento en consultivo raizal</p>	<p>1.20260415_Envio PPT Espacio de Seguimiento Raizal</p> <p>1.20260415_PRESENTACIÓN COSNULTIVO_RAIZAL_EMBH_2026</p> <p>Las evidencias reposan en el SharePoint designado por el supervisor y posterior a la aprobación en el aplicativo SECOP II.</p>
<p>3.Consolidar, analizar y reportar información de ejecución de las acciones desarrolladas por los Equipos Extramurales, elaborando informes o documentos que se requieran, así como los solicitados como apoyo a la supervisión.</p>	<p>1. El día 16 de abril se realizó elaboración de bullets sobre la estrategia de rehabilitación basada en comunidad del entorno hogar para la articulación que realiza el secretario de salud con La Secretaría de educación en el marco del abordaje a jóvenes con discapacidad.</p> <p>2. El 23 de abril se realiza la elaboración de la imagen del proceso de prescripción social de los equipos más bienestar en tu hogar a fin de ser incluido dentro de la presentación a control interno</p> <p>3. Hoy el día 23 de abril se realiza respuesta a la solicitud de la subred centro oriente de la activación del módulo de signos de auxiliar de releo la cual no es viable teniendo en cuenta las características del proceso.</p>	<p>1.20260416_Bullets RBC_Hogar_Educación_Secretario</p> <p>2.20260423_imagen prescripción EBEH</p> <p>3.20260423_Rta Solicitud Activación Modulo Signos Aux Rel</p>



ALCALDÍA MAYOR  
DE BOGOTÁ D.C.  
SECRETARÍA DE SALUD

GESTIÓN CONTRACTUAL  
SUBDIRECCIÓN DE CONTRATACIÓN  
SISTEMA DE GESTIÓN  
CONTROL DOCUMENTAL





INFORME PARCIAL Y/O FINAL DE ACTIVIDADES ESPECÍFICAS,  
OBLIGACIONES DEL CONTRATISTA SERVICIOS PROFESIONALES Y APOYO  
A LA GESTIÓN SDS – FFDS

Código: SDS-CON-FT-014 Versión: 7

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

	<p>4. El 24 de abril se realiza presentación de las casas más bienestar para el secretario de salud en el marco de la articulación que realiza con la Secretaría de integración social.</p> <p>5. Entre el 27 y 29 de abril se realiza seguimiento a las gestantes tiene aseguramiento para evidenciar la afiliación responsable del perfil de trabajo social.</p> <p>6. Hoy el día 28 de abril se realiza consolidación y envío de la información de las actividades realizadas por el equipo más bienestar Rrom- Gitano a la dirección de análisis y políticas en salud</p>	<p>4.20260424_PPT_CAsa más Bienestar_Secretario</p> <p>5.20260427_29_Seguimiento Gestantes sin aseguramiento</p> <p>6.20260428_Información Rrom Gitana_marzo</p> <p>Las evidencias reposan en el SharePoint designado por el supervisor y posterior a la aprobación en el aplicativo SECOP II.</p>
<p>4. Apoyar a la Dirección de Provisión de Servicios de Salud en la revisión y trámite de documentos e información para dar respuesta a las solicitudes realizadas por los diferentes organismos de control y demás autoridades que lo requieran.</p>	<p>1. El 24 de abril se realiza aporte a la presentación de la solicitud de súper salud en la cual se incluyen acciones de la gestión territorial donde participan los equipos más bienestar.</p> <p>2. El 30 de abril se realiza la elaboración del informe que contiene los elementos asociados a la participación de los equipos más bienestar en tu hogar en el proceso de fortalecimiento realizado por la Universidad Nacional de Colombia en temas específicos a reanimación cardiopulmonar.</p>	<p>1.20260424_Aporte Rta Supersalud</p> <p>2.20260430_Informe participacion EBEH Curso UNAL</p> <p>Las evidencias reposan en el SharePoint designado por el supervisor y posterior a la aprobación en el aplicativo SECOP II.</p>
<p>5. Asistir a las reuniones programadas por la Dirección de Provisión de Servicios de Salud y las que le sean asignadas en nombre de la entidad relacionadas con el objeto contractual.</p>	<p>1. En el marco de la articulación realizada desde el sistema distrital del cuidado y el modelo de asistencia personal se realizan dos actividades la primera la mesa de articulación y el 8 de abril</p> <p>2. y la segunda la mesa de asistencia personal el 26 de abril</p> <p>3. Se participa en las mesas distritales de bienestar en las cuales los equipos más bienestar en tu hogar tienen un papel fundamental teniendo en cuenta su proceso en la gestión local zonal y distrital mencionadas actividades se desarrollaron el 16, el 23 y 30 de octubre</p> <p>4. EL 14 de abril, se participa en la reunión mensual de Etnias, en el cual que se cuenta con un plan de trabajo, en el que los Equipos MAS Bienestar en Tu hogar realizan aportes.</p>	<p>1.20250408_Acta mesa de Articulación del Modelo de Asistencia Personal del Sistema Distrital del Cuidado (SIDICU)</p> <p>2.20260426_Acta Mesa Asistencia Personal</p> <p>3.20260416_ Acta Mesa Distrital de Bienestar</p> <p>3.20260423_Acta Mesa Distrital de Bienestar</p> <p>3.20260430_Acta Mesa Distrital de Bienestar</p> <p>4 .20260414_Acta equipo funcional de etnias</p>

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

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

	Desde la Guía operativa de MAS Bienestar con Enfoque Diferencial.	Las evidencias reposan en el SharePoint designado por el supervisor y posterior a la aprobación en el aplicativo SECOP II.
6. Apoyar la supervisión de los convenios y/o contratos relacionados con los procesos de los Equipos Extramurales que sean suscritos en el marco del Modelo MAS Bienestar.	2. El 20 de marzo se realiza el aporte al informe SEGPLAN de la gestión Familiar de los EMBH	1.20260423_Reporte SEGPLAN 1.20260428_Reporte SEGLAN_Envio  Las evidencias reposan en el SharePoint designado por el supervisor y posterior a la aprobación en el aplicativo SECOP II.

**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:

**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:	Salud Total	Empresa:	Colpensiones	Empresa:	Positiva
Suma cancelada:	\$ 471.900	Suma cancelada:	\$604.000	Nivel Riesgo:	1
No Planilla:	72564307	No Planilla:	72564307	Suma cancelada:	\$19.800
Mes(es) cancelado(s):	Marzo	No Planilla:	72564307	No Planilla:	72564307
		Mes(es) cancelado(s):	Marzo	Mes(es) cancelado(s):	Marzo



**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**

<b>CONTRATISTA</b>	<b>NOMBRES Y APELLIDOS:</b> MARTHA LILIANA TUNJO LOPEZ Profesional Especializado
	<b>FIRMA:</b> 
	<b>No. DOCUMENTO DE IDENTIDAD:</b> 1012324065

**INFORME SUPERVISOR DE CONTRATO – CERTIFICADO DE CUMPLIMIENTO**

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

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

<p>Que, de conformidad con el informe de actividades presentado para el periodo indicado en el mismo, el supervisor da cuenta del cumplimiento de las actividades específicas, obligaciones del contratista desarrolladas de acuerdo con el objeto contractual, las cuales fueron descritas en el informe, y según el periodo de ejecución reportado. Acreditando un cumplimiento hasta la fecha de reporte del <u>52.98 %</u> de ejecución del contrato.</p>	<p><b>OTRAS OBSERVACIONES:</b> 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:

Nº	Descripción del Riesgo	¿Se materializó el riesgo? (Marque con una X)		Observaciones (Describe la(s) causa(s) por las cuales se materializó el riesgo)
		SI	NO	
8.	Cambio de régimen NO responsable de IVA a Común o viceversa a cargo del contratista.		X	
9.	Inadecuado manejo de la información a la cual tiene acceso el contratista.		X	
11.	Suspensión o cancelación de la tarjeta o matrícula profesional, para aquellas profesiones que así lo establecen.		X	

<b>SUPERVISOR</b>	<p><b>NOMBRE Y APELLIDO:</b> <b>JOHANNA ANDREA TORRES RUIZ</b> Asesora de Despacho Código 105, Grado 07</p>
	<p><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.</p>
<b>REVISÓ</b>	<p><b>NOMBRE Y APELLIDO:</b> <b>JOHANNA ANDREA TORRES RUIZ</b> Asesora de Despacho Código 105, Grado 07</p>
	<p><b>FIRMA:</b></p>

**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	1012324065	MARTHA LILIANA TUNJO LOPEZ		CL 88 SUR 87N 18	3107687429	totunjolilliana@gmail.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
		72564307	13/04/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-03	2026-03	I	\$0	\$1.095.700	

## 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					
EPS002	Salud Total EPS	800130907-4	471.900	0		0		0	0	0	0	471.900	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	
25-14	Colpensiones	900336004-7	604.000	0	0	0	0	0	0		604.000	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	19.800				19.800	0	0	19.800			198	19.800	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	471.900	471.900
Pensión	1	604.000	604.000
Riesgos Laborales	1	19.800	19.800
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
<b>TOTALES</b>	<b>3</b>	<b>1.095.700</b>	<b>1.095.700</b>

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	1012324065	MARTHA LILIANA TUNJO LOPEZ		CL 88 SUR 87N 18	3107687429	totunjolilliana@gmail.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
		72564307	13/04/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-03	2026-03	I	\$0	\$1.095.700	

DETALLE POR COTIZANTE																																																				
INFORMACIÓN COTIZANTE					INFORMACIÓN NOVEDADES										PENSIÓN					SALUD				RIESGOS LABORALES				CCF				PARAFISCALES																				
No.	Tipo y Número de Identificación	Apellidos y Nombres			Cotizante	Subleigo	Extranjero	Colom. anterior	Exonerado	ING	RET	TDE	TDE	TDP	TAP	USP	SAJ	ISE	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 1012324065	TUNJO LOPEZ MARTHA LILIANA			59	0			N															25-14	3.775.000	30	604.000	0	0	0	0	EPS002	3.775.000	30	471.900	14-23	3.775.000	30	1	19.800		0	0	0	0	0	0	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:	MARTHA LILIANA TUNJO LOPEZ	Regimen:	No Responsable
Dirección:	CL 88 SUR 87N 18	Teléfono y Fax:	
C.C o NIT:	1012324065	Banco/Sucursal:	BANCOLOMBIA
Cuenta No/Clase:			62459995132/A

**2. DATOS DEL COMPROMISO**

Compromiso a Pagar:	CT - CONTRATOS (CON / SIN LICITACIÓN)	No:	8554773	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-NO8554773-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)	
786	02-3-01-17-019-06-20240187-225249000	1465	PSS-001 Prestación de servicios al FFDS - SDS	\$9.437.000,00	
<b>VR BRUTO</b>	<b>NUEVE MILLONES CUATROCIENTOS TREINTA Y SIETE MIL PESOS</b>			<b>\$9.437.000,00</b>	

ID Rubro	Fuente	Detalle	Valor	
02-3-01-17-019-06-20240187-225249000	01	12013	\$9.437.000,00	
Tipo	Com	Objeto	Ingreso	Banco
O23	20202009	91122	01-5-01-01-004-11	

**4. MOVIMIENTO FINANCIERO Y CONTABLE**

Descripción	% Descuento	Base de Retención	Código Contable	VALORES
Valor Bruto			5-1-11-79-0001	\$9.437.000,00
RETEICA- SERVICIOS 0,766%	.766	\$8.341.300,00	2-4-36-27-0001	\$63.894,00
RETEFUENTE-L.1607/12-ART 383 - PERS.NATURAL (PLA)	0	\$8.341.300,00	2-4-36-15-0001	\$659.596,00
ESTAMPILLA - EST_PROCLTURA 0,5%	.5	\$9.437.000,00	2-4-36-90-0003	\$47.185,00
ESTAMPILLA ADULTO MAYOR 2%	2	\$9.437.000,00	2-4-36-90-0007	\$188.740,00

Valor amortización:	<b>TOTAL DESCUENTOS</b>		\$959.415,00
<b>Id fuente</b>	<b>Detalle</b>	<b>VALOR NETO A GIRAR</b>	<b>\$8.477.585,00</b>
01	Recursos Del Distrito	SETEENTA Y SIETE MIL QUINIENTOS OCHENTA Y CINCO PESOS	<b>Código contable</b>
12013	APORTE ORDINARIO		2-4-01-02-0003

**MOVIMIENTO TESORERÍA**

Endosado a:	
-------------	--

Observaciones	Acreeedor (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:

MARTHA LILIANA TUNJO LOPEZ identificado con CC. 1012324065 registra la siguiente información en el ramo de Riesgos Laborales:

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

INFORMACIÓN RELACIÓN LABORAL			
<b>Fecha de inicio de cobertura</b>	2025/08/22	<b>Fecha inicio contrato</b>	2025/11/12
<b>Tipo de vinculación</b>	Independiente con Contrato	<b>Fecha de fin contrato</b>	2026/09/30
<b>Riesgo</b>	1	<b>Código actividad económica</b>	1841201 - Actividades ejecutivas de la administración pública, incluye el desempeño de las funciones
<b>Estado afiliación</b>	Activa	<b>Estado del contrato</b>	Activa
<b>Fecha retiro</b>	-		

Esta certificación se expide a los 22 días del mes de abril del 2026.

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

Para verificar la autenticidad de este certificado, escanea el código QR incluido o visita nuestra página web. Selecciona la opción "Validar certificados de afiliación" e ingresa el siguiente código: **CC22042026N1012324065A17388889**. 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](mailto:defensordelcliente@positiva.gov.co) | Carrera 10 #97A - 13, Oficina 502. Bogotá | +57 (601) 610 8164 | Lunes a Viernes 8:00 a. m. – 6:00 p. m. | El Defensor, resolverá las quejas o reclamos, actuará como Conciliador ante Positiva.

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

LA ASEGURADORA  
 DE TODOS LOS  
 COLOMBIANOS