DESPACHO – SUBDIRECCIÓN – DIRECCIÓN U OFICINA: **DIRECCION DE PROVISION DE SERVICIOS DE SALUD**	**CONTRATO No.** *8556859*	**PERIODO DEL CONTRATO:** Fecha de Inicio: *14/11/2025* Fecha de Terminación: *30/09/2026*
ENTIDAD CONTRATANTE: **FONDO FINANCIERO DISTRITAL DE SALUD**		**PLAZO DE EJECUCIÓN:** *Trecientos diecisiete días o (317) días* **PRÓRROGA:**
CONTRATISTA: **Leidy Marcela Chocontá Clavijo**		Fecha de Inicio (Prórroga): N/A Fecha de Terminación (Prórroga): N/A **SUSPENSIÓN:** N/A
SUPERVISOR (Nombre y cargo): **Jorge Mario Moya Herrera** Profesional universitario código 219 grado 14		Fecha de Inicio (Suspensión): N/A Nueva Fecha de Terminación (Suspensión): N/A **PERIODO DEL INFORME:** 1/05/2026 – 31/05/2026
OBJETO DEL CONTRATO: Prestar servicios profesionales en la Dirección de Provisión de Servicios de Salud de la secretaría Distrital de Salud para la planeación, implementación y seguimiento del modelo de salud de Bogotá DC.		

BALANCE FINANCIERO DEL CONTRATO	
VALOR INICIAL DEL CONTRATO:	$ 69.454.700,00
VALOR ADICIÓN (SI APLICA):	$ 00.000.000,00
VALOR INDEXACIÓN (SI APLICA):	$ 3.017.007,00
VALOR CEDIDO (SI APLICA)	$ 00.000.000,00
VALOR A LIBERAR (SI APLICA)	$ 00.000.000,00
VALOR PAGADO AL CONTRATISTA O CESIONARIO (SI APLICA):	$ 37.930.592,00
VALOR A PAGAR EN EL PRESENTE PERIODO DEL INFORME:	$ 6.908.223,00
SALDO POR EJECUTAR:	$ 25.632.892,00

ACTIVIDADES ESPECIFICAS, OBLIGACIONES DEL CONTRATISTA DESARROLLADAS DE ACUERDO CON EL OBJETO CONTRACTUAL		
OBLIGACIONES (Las estipuladas en la minuta del contrato)	**AVANCE ACTIVIDADES** (Desarrolladas en el periodo objeto del informe - referente a la obligación)	**EVIDENCIAS O SOPORTE** (Con respecto a la actividad desarrollada y donde reposan)
1. Formular, implementar, monitorear y evaluar procesos educativos y comunicativos en salud desde una perspectiva pedagógica dialógica, en concertación con las dependencias de la Secretaría Distrital de Salud, Entidades Promotoras de Salud y las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud para contribuir en la implementación del Modelo de Salud de Bogotá "MAS Bienestar".	Durante el mes de mayo se realiza el ajuste y construcción de contenidos pedagógicos y comunicativos. Se incluyen mejoras al módulo de salud infantil, la elaboración de textos para piezas de convocatoria y el ajuste de contenidos en salud mental y en materno perinatal. Se consolidan avances en la planeación metodológica y el diseño instruccional. Se destaca la presentación de una propuesta metodológica para la planeación, el envío de un diseño instruccional ajustado en oncología y la validación técnica del módulo de salud mental, evidenciando la incorporación de criterios pedagógicos y revisiones rigurosas para asegurar la calidad de los contenidos. Finalmente, las evidencias muestran la finalización de los módulos formativos en salud cardio cerebrovascular y metabólica, salud materno perinatal y salud infantil. Estas versiones finales integran los ajustes, revisiones y lineamientos metodológicos definidos, evidenciando un proceso estructurado orientado a garantizar la siguiente fase correspondiente a la implementación en el territorio.	04052026_Ajustes realizados Modulo salud infantil 05052026_Texto pieza de convocatoria 07052026_Contenido pedagógico ajustado salud mental 07052026_Contenido pieza webinar materno 12052026_solicitud ajuste pieza ACV 19052026_Presetación propuesta metodológica planeación FC 22052026_Envío Diseño instruccional modulo oncología ajustado 27052026_Envio módulo salud mental_concepto técnico Modulo 1_Salud cardio cerebrovascular y metabólico_versión final Modulo 2_Salud materno perinatal_versión final Modulo 3_Salud Infantil_versión final Obligación 1
2. Gestionar y proponer acciones para el fortalecimiento de los procesos de educación para la salud que permitan el desarrollo de capacidades	Las evidencias presentadas dan cuenta del trabajo colaborativo y de articulación del equipo en torno a la consolidación de la caja de herramientas. Se incluyen reuniones de equipo y el seguimiento a	05052026_Reunión de equipo caja de herramientas 07052026_ Equipo Caja de Herramientas – Compromisos

personales, sociales e institucionales según las necesidades en el marco de la gestión integral del Riesgo en Salud a nivel individual, familiar y comunitario, de acuerdo con las estrategias pedagógicas establecidas por la Subsecretaría de Servicios de Salud y Aseguramiento, en el marco Modelo de Salud de Bogotá "MAS Bienestar".	compromisos adquiridos. Asimismo, se resalta la revisión de la matriz de seguimiento como instrumento clave para el control y monitoreo de los avances en la desarrollo y producción de las herramientas. En el desarrollo de los contenidos y propuestas técnicas, se identifican procesos de revisión y ajuste orientados a fortalecer la calidad de los productos. Se destaca la revisión de la presentación de la propuesta de fortalecimiento dirigida a los equipos MAS Bienestar, así como la rediagramación de los flujogramas de atención en salud. Finalmente, se evidencia la revisión del diseño instruccional en oncología y el avance en el desarrollo de mesas de trabajo para el módulo de salud mental.	12052026_Revisión matriz de seguimiento 19052026_Revisión presentación propuesta de fortalecimiento a equipos MAS Bienestar 20052026_ Flujogramas CCVM_ Rotafolio 21052026_Revisión diseño instruccional oncología 27052026_ Diseño instruccional_ Ruta cáncer 28052026_Mesa detrabajo_modulo salud mental Obligación 2
3. Realizar los aportes y gestiones necesarias para la respuesta oportuna y de calidad a solicitudes internas o externas, peticiones ciudadanas, de entes de control o informes periódicos, dando cumplimiento al marco normativo, técnico y al Modelo de Salud de Bogotá “MAS Bienestar”.	Se llevaron espacio de espacios de seguimiento y control orientados al cumplimiento de tiempos y metas en el desarrollo de la caja de herramientas. Se incluye la reunión de seguimiento, en la cual se revisaron avances y se definieron acciones para garantizar el cumplimiento de objetivos, fortaleciendo la planificación y organización del equipo de trabajo. Asimismo, se desarrolla articulación entre entre el equipo de navegadores y el equipo de la caja de herramientas, lo que refleja un trabajo coordinado para integrar esfuerzos y potenciar el alcance	13052026_Reunión Seguimiento tiempos y metas caja de herramientas 19052026_Articulación navegadores y caja de herramientas. Obligación 3

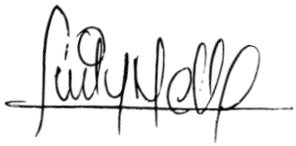
	de los contenidos para el módulo de oncología. De igual manera, el perfil participa de las reuniones convocadas de Miércoles de calidad en la que se socializó en avance de la capa extramural y por último, en el reunión de socialización reorganización interna de la DPSS, orientada a optimizar la estructura y el funcionamiento del equipo.	
4. Participar en la respuesta a requerimientos, así como asistir a las reuniones, espacios de participación (institucionales, sectoriales, intersectoriales o comunitarias) o actividades misionales de carácter especial de la Subsecretaría relacionados con el cumplimiento del objeto y obligaciones contractuales, apoyando además, cuando la necesidad del servicio lo requiera, en el desarrollo de actividades administrativas y/o técnicas contingentes derivadas de la Prestación de Servicios y Aseguramiento en el Distrito Capital, de acuerdo con las necesidades y prioridades definidas por la entidad; en el marco del modelo de salud de Bogotá "MAS Bienestar".	El perfil participo de espacios de socialización de equipos y estrategias de la Dirección, para el análisis de la oferta y demanda en redes, modelo predictivo y caja de herramientas en el marco del modelo MAS Bienestar Asimismo, se evidencia la planeación de estrategias para el fortalecimiento de capacidades en los EBEH.	06052026_Reunión grupos funcionales oferta y demanda_redes_MP_Caja 12022026_Planeación Fortalecimiento Capacidades_EMBH 13052026_Miercoles de calidad_avances capa extramural 20052026_planeacion fortalecimiento capacidades DPSS a EMB 27052026_Reunión Reorganización funcional DPSS Obligación 4

ESTADO TEMAS PENDIENTES DE TRÁMITE
Si es el último informe de ejecución, relacione el estado de los temas que le fueron asignados y que a la fecha se encuentren pendientes de trámite, indicando por qué no se han desarrollado: NO APLICA

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

INFORMACIÒN PAGOS SEGURIDAD SOCIAL					
APORTES EN SALUD		**APORTES EN PENSIÓN**		**APORTES RIESGOS LABORALES**	
Empresa:	Famisanar	Empresa:	Porvenir	Empresa:	Sura
				Nivel Riesgo:	1
Suma cancelada:	345.500	Suma cancelada:	442.200	Suma cancelada:	14.500
No Planilla:	1082236642	No Planilla:	1082236642	No Planilla:	1082236642
Mes(es) cancelado(s):	**Abril**	**Mes(es) cancelado(s):**	**Abril**	**Mes(es) cancelado(s):**	**Abril**

EN CASO DE INFORME FINAL DE EJECUCIÓN					
Relación de usuario y clave de acceso al equipo de cómputo:	NO APLICA	Relación de usuarios y clave de acceso a los sistemas de información (SICAF, AGILSALUD, SICAPITAL, SIIAS, SIRC, SIDBA, SIPROJ, ETC.), si aplica a sus actividades:	NO APLICA	Relación y entrega de archivos físicos y back up de información de archivos digitales, resultado de su gestión. (por favor indicar nombres, cantidades y ubicación):	NO APLICA

FIRMA DEL CONTRATISTA	
CONTRATISTA	**NOMBRES Y APELLIDOS:** Leidy Marcela Chocontá Clavijo
	FIRMA: 
	No. DOCUMENTO DE IDENTIDAD: 1020739382

INFORME SUPERVISOR DE CONTRATO – CERTIFICADO DE CUMPLIMIENTO

Que, de conformidad con el informe de actividades presentado para el periodo indicado en el mismo, el supervisor da cuenta del cumplimiento de las actividades específicas, obligaciones del contratista desarrolladas de acuerdo con el objeto contractual, las cuales fueron descritas en el informe, y según el periodo de ejecución reportado. Acreditando un cumplimiento hasta la fecha de reporte del ____62,15%___de ejecución del contrato.	**OTRAS OBSERVACIONES:** NO APLICA

INFORME SUPERVISOR DE CONTRATO – SEGUIMIENTO A LOS RIESGOS DEL CONTRATO

En la siguiente tabla se registra e informa el estado de los riesgos de la etapa contractual (ejecución), reportados en la matriz de riesgos de los estudios previos al corte de este informe:

Nº	***Descripción del Riesgo***	***¿Se materializo el riesgo? (Marque con una X)***		***Observaciones (Describa la(s) causa(s) por las cuales se materializo el riesgo)***
		SI	***NO***	
1	Cambio de régimen NO responsable de IVA a Común o viceversa a cargo del contratista		X	N/A
2	Inadecuado manejo de la información a la cual tiene acceso el contratista		X	N/A
3	Demoras por parte de la entidad contratante (Supervisor) en la aprobación de los productos y/o informes presentados por el contratista		X	N/A
4	Suspensión o cancelación de la tarjeta o matrícula profesional, para aquellas profesiones que así lo establecen		X	N/A

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

REVISÓ	**NOMBRE Y APELLIDO:** **Bibiana Marcela Quijano Rey**
	FIRMA:. 

NOTAS:

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

PAGOSIMPLE | AUTOLIQUIDACION CONSOLIDADA

Fecha creación reporte: 2026-05-22, 10:45:51 AM **Tipo Planilla:** I: PLANILLA INDEPENDIENTES **Numéro Planilla:** 1082236642

Periodo Cotización: abril de 2026 **Periodo Servicio:** abril de 2026

PAGADO 22/05/2026

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	LEIDY MARCELA CHOCONTA CLAVIJO		
Documento	CC1020739382	**Dirección**	CR 1 #5 A - 15 CASA 50
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	**Teléfono**	6923598
Tipo Persona	NATURAL	**Forma Presentación**	ÚNICO
Ciudad	MOSQUERA	**Departamento**	CUNDINAMARCA
Representante Legal		**Identificación**	
Total Afiliados	1	**ARP**	ARL SURA

II. DETALLE DEL APORTANTE

Datos del Afiliado				Novedades																				Pensiones			Salud			Riesgos			Cajas			Parafiscales					Total
Identificación	Apellidos y Nombres	Tipo Cotizante	Subtipo Cotizante	ING	RET	RET P	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	COR	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	Días APP	Días EPS	Días ARP	Días CCF	Administradora	IBC Pensión	Aporte Pensión	Administradora	IBC Salud	Aporte Salud	Tarifa	IBC Riesgos	Aporte Riesgos	Administradora	IBC Caja	Aporte Caja	Aporte SENA	Aporte ICBF	ESAP	Aporte Ministerio	Total
CC 1020739382	LEIDY MARCELA CHOCONTA CLAVIJO	59	00																	0	30	30	30	0	(230301) PORVENIR	$ 2.763.300	$ 442.200	(EPS017) FAMISANAR EPS	$ 2.763.300	$ 345.500	0,522	$ 2.763.300	$ 14.500	(NIN-CC) NINGUNA CCF	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 802.200

III.TOTALES

IBC Pensión	IBC Salud	IBC Riesgos	IBC Cajas	Aportes Pensión	Aportes Salud	Aportes Riesgos	Aportes Cajas	Aportes Sena	Aportes ICBF	Aportes ESAP	Aportes Min Educación	(Incapacidades, Licencias, Saldos a Favor) EPS	Incapacidades ARP	SUBTOTAL SIN INTERESES DE MORA	TOTAL INTERESES DE MORA	TOTAL FINAL
$ 2.763.300	$ 2.763.300	$ 2.763.300	$ 0	$ 442.200	$ 345.500	$ 14.500	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 802.200	$ 0	$ 802.200

Líneas de Servicio FonoSIMPLE: Bogotá 601 4446634 - Cali: 602 5540577 - Medellín: 604 5146669 - Bucaramanga: 607 6438000 - Cartagena: 605 6945444 - Pereira: 606 3402582 - Barranquilla: 605 3618850 - Resto del País: 018000 971 971 - ¡Más que Fácil, SIMPLE!

¡El Poder de lo SIMPLE!

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

FONDO FINANCIERO DISTRITAL DE SALUD

BOGOTÁ | SECRETARÍA DE SALUD

Vig Ppto: 2026

ORDEN DE PAGO

No: 609117

Usuario Dilig: ACBOTELLO
Fecha de Impresión: 01/06/2026
Estado: GIRADA

Entidad:	FONDO FINANCIERO DISTRITAL DE SALUD				
Código:	201	Unidad Eje:	01	Fecha Diligenciamiento:	07-MAY-26

1. DATOS DEL BENEFICIARIO

Nombre:	LEIDY MARCELA CHOCONTA CLAVIJO	Regimen:	No Responsable		
Dirección:	KR 38 A 25 46	Teléfono y Fax:			
C.C o NIT:	1020739382	Banco/Sucursal:	DAVIVIENDA	Cuenta No/Clase:	488418763956/A

2. DATOS DEL COMPROMISO

Compromiso a Pagar:	CT - CONTRATOS (CON / SIN LICITACIÓN	No:	8556859	Interventor o responsable del recibo a satisfacción del bien o servicio:	TOTAL
Acta de Recibo No:		Nombre del Interventor:			

Detalle

PLANILLA OGI_VIGENCIA-ABRIL 2026 INDEXACION CTO-INVF8556859-PERIODO DE:01-ene 30-abr-2026

Tipo de Orden de Pago: VIGENCIA

3. MOVIMIENTO PRESUPUESTAL

Fuente de financiación:

ID Rubro	Fuente	Detalle	Valor	
O2-3-01-17-019-06-20240187-223061000	01	12013	$828.198,00	
Tipo	**Com**	**Objeto**	**Ingreso**	**Banco**
O23	20202009	91122	O1-5-01-01-004-12	

IMPUTACIÓN PRESUPUESTAL

CDP	Código Rubro	Registro	Nombre	Valor Aplicación (Gasto)
765	O2-3-01-17-019-06-20240187-223061000	1422	PSS-001 Prestación de servicios al FFDS - SDS	$828.198,00

VR BRUTO	OCHOCIENTOS VEINTIOCHO MIL CIENTO NOVENTA Y OCHO PESOS	$828.198,00

4. MOVIMIENTO FINANCIERO Y CONTABLE

Descripción	% Descuento	Base de Retención	Código Contable	VALORES
Valor Bruto			5-1-11-79-0001	$828.198,00
ESTAMPILLA - EST_PROCULTURA 0,5%	.5	$828.198,00	2-4-36-90-0003	$4.141,00
RETEICA- SERVICIOS 0,766%	.766	$731.998,00	2-4-36-27-0001	$5.607,00
ESTAMPILLA ADULTO MAYOR 2%	2	$828.198,00	2-4-36-90-0007	$16.564,00

Valor amortización:

Id fuente	Detalle
01	Recursos Del Distrito
12013	APORTE ORDINARIO

TOTAL DESCUENTOS		$26.312,00
VALOR NETO A GIRAR	OCHOCIENTOS UN MIL OCHOCIENTOS OCHENTA Y SEIS PESOS	$801.886,00
		Código contable
		2-4-01-02-0003

MOVIMIENTO TESORERÍA

Endosado a:

Observaciones

Acreedor (Exclusivamente para transferencia de la administración)

Nombre _____

Cédula _____ Firma _____

ANGELICA CELINA BOTELLO QUINTANA
GESTION DE PAGOS

YOLANDA PATRICIA VALDERRAMA CORTES
Responsable del Presupuesto

Consulta Pagos

FONDO FINANCIERO DISTRITAL DE SALUD

BOGOTÁ | SECRETARÍA DE SALUD

Vig Ppto: 2026

ORDEN DE PAGO

No: 609336

Usuario Dilig: ACBOTELLO
Fecha de Impresión: 01/06/2026
Estado: GIRADA

Entidad:	FONDO FINANCIERO DISTRITAL DE SALUD				
Código:	201	Unidad Eje:	01	Fecha Diligenciamiento:	07-MAY-26

1. DATOS DEL BENEFICIARIO

Nombre:	LEIDY MARCELA CHOCONTA CLAVIJO	Regimen:	No Responsable		
Dirección:	KR 38 A 25 46	Teléfono y Fax:			
C.C o NIT:	1020739382	Banco/Sucursal:	DAVIVIENDA	Cuenta No/Clase:	488418763956/A

2. DATOS DEL COMPROMISO

Compromiso a Pagar:	CT - CONTRATOS (CON / SIN LICITACIÓN	No:	8556859	Interventor o responsable del recibo a satisfacción del bien o servicio:	TOTAL
Acta de Recibo No:		Nombre del Interventor:			

Detalle

PLANILLA OGI_VIGENCIA-ABRIL 2026 INDEXACION CTO-IN8556859-PERIODO DE:01-ene 30-abr-2026

Tipo de Orden de Pago: VIGENCIA

3. MOVIMIENTO PRESUPUESTAL

Fuente de financiación:

ID Rubro	Fuente	Detalle	Valor	
O2-3-01-17-019-06-20240187-223061051	01	12013	$512.694,00	
Tipo	Com	Objeto	Ingreso	Banco
O23	20202009	91122	O1-5-01-01-001	

IMPUTACIÓN PRESUPUESTAL

CDP	Código Rubro	Registro	Nombre	Valor Aplicación (Gasto)
2706	O2-3-01-17-019-06-20240187-223061051	3859	Contratación de Recurso Humano	$512.694,00

VR BRUTO	QUINIENTOS DOCE MIL SEISCIENTOS NOVENTA Y CUATRO PESOS	$512.694,00

4. MOVIMIENTO FINANCIERO Y CONTABLE

Descripción	% Descuento	Base de Retención	Código Contable	VALORES
Valor Bruto			5-1-11-79-0001	$512.694,00
ESTAMPILLA - EST_PROCULTURA 0,5%	.5	$512.694,00	2-4-36-90-0003	$2.563,00
RETEICA- SERVICIOS 0,766%	.766	$453.094,00	2-4-36-27-0001	$3.471,00
ESTAMPILLA ADULTO MAYOR 2%	2	$512.694,00	2-4-36-90-0007	$10.254,00

Valor amortización:

Id fuente	Detalle
01	Recursos Del Distrito
12013	APORTE ORDINARIO

TOTAL DESCUENTOS		$16.288,00
VALOR NETO A GIRAR	CUATROCIENTOS NOVENTA Y SEIS MIL CUATROCIENTOS SEIS PESOS	$496.406,00
		Código contable
		2-4-01-02-0003

MOVIMIENTO TESORERÍA

Endosado a:

Observaciones

Acreedor (Exclusivamente para transferencia de la administración)

Nombre _____

Cédula _____ Firma _____

ANGELICA CELINA BOTELLO QUINTANA
GESTION DE PAGOS

YOLANDA PATRICIA VALDERRAMA CORTES
Responsable del Presupuesto

Consulta Pagos

FONDO FINANCIERO DISTRITAL DE SALUD

BOGOTÁ | SECRETARÍA DE SALUD

Vig Ppto: 2026

ORDEN DE PAGO

No: 608446

Usuario Dilig: ACBOTELLO
Fecha de Impresión: 28/05/2026
Estado: GIRADA

Entidad:	FONDO FINANCIERO DISTRITAL DE SALUD				
Código:	201	Unidad Eje:	01	Fecha Diligenciamiento:	07-MAY-26

1. DATOS DEL BENEFICIARIO

Nombre:	LEIDY MARCELA CHOCONTA CLAVIJO	Regimen:	No Responsable		
Dirección:	KR 38 A 25 46	Teléfono y Fax:			
C.C o NIT:	1020739382	Banco/Sucursal:	DAVIVIENDA	Cuenta No/Clase:	488418763956/A

2. DATOS DEL COMPROMISO

Compromiso a Pagar:	CT - CONTRATOS (CON / SIN LICITACIÓN	No:	8556859	Interventor o responsable del recibo a satisfacción del bien o servicio:	TOTAL
Acta de Recibo No:		Nombre del Interventor:			

Detalle

PLANILLA OGI_VIGENCIA-ABRIL 2026 CTO-NO8162127-PERIODO DE:01-abr 30-abr-2026

Tipo de Orden de Pago: VIGENCIA

3. MOVIMIENTO PRESUPUESTAL

Fuente de financiación:

IMPUTACIÓN PRESUPUESTAL

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

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

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

4. MOVIMIENTO FINANCIERO Y CONTABLE

Descripción	% Descuento	Base de Retención	Código Contable	VALORES
Valor Bruto			5-1-11-79-0001	$6.573.000,00
ESTAMPILLA - EST_PROCULTURA 0,5%	.5	$6.573.000,00	2-4-36-90-0003	$32.865,00
RETEICA- SERVICIOS 0,766%	.766	$5.809.700,00	2-4-36-27-0001	$44.502,00
ESTAMPILLA ADULTO MAYOR 2%	2	$6.573.000,00	2-4-36-90-0007	$131.460,00

Valor amortización:

Id fuente	Detalle
01	Recursos Del Distrito
12013	APORTE ORDINARIO

TOTAL DESCUENTOS		$208.827,00
VALOR NETO A GIRAR	SEIS MILLONES TRESCIENTOS SESENTA Y CUATRO MIL CIENTO SETENTA Y TRES PESOS	$6.364.173,00
		Código contable
		2-4-01-02-0003

MOVIMIENTO TESORERÍA

Endosado a:

Observaciones

Acreedor (Exclusivamente para transferencia de la administración)

Nombre _____

Cédula _____ Firma _____

ANGELICA CELINA BOTELLO QUINTANA
GESTION DE PAGOS

YOLANDA PATRICIA VALDERRAMA CORTES
Responsable del Presupuesto

Consulta Pagos

ARL

Medellin, 28 de mayo de 2026

LA DIRECCIÓN DE ASEGURAMIENTO SEGUROS OBLIGATORIOS HACE CONSTAR:

Que **LEIDY MARCELA CHOCONTA CLAVIJO** con documento de identidad **C1020739382**, se encuentra afiliado(a) a la Administradora de Riesgos Laborales SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A. como trabajador(a) de **FONDO FINANCIERO DISTRITAL DE SALUD** con NIT **N800246953**.

A continuación, se relacionan las fechas de afiliación:

Información general de la afiliación

Fecha inicio	Fecha fin	Tipo cotizante	Centro de trabajo	Código C.T	Clase de riesgo	Tasa cotización	Estado cobertura
2025-11-13	2026-09-30	INDEPENDIENTE CON CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS SUPERIOR A UN MES	PRINCIPAL DC	0000000001	1	0.522	EN COBERTURA

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA