

	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 Financiera-Cobro Coactivo	CONTRATO No. 9189310	PERIODO DEL CONTRATO:
		Fecha de Inicio: 03/02/2026
		Fecha de Terminación: 31/12/2026
ENTIDAD CONTRATANTE: Secretaria Distrital de Salud		PLAZO DE EJECUCIÓN: Trescientos Veintiocho (328) días
		PRÓRROGA: No aplica
CONTRATISTA: Lorena Charry Acosta		Fecha de Inicio (Prórroga): No aplica
		Fecha de Terminación (Prórroga): No aplica
		SUSPENSIÓN: No aplica
SUPERVISOR (Nombre y cargo): ADRIANO LOZANO ESCOBAR PROFESIONAL ESPECIALIZADO 222-32		Fecha de Inicio (Suspensión): No aplica
		Nueva Fecha de Terminación (Suspensión): No aplica
		PERIODO DEL INFORME: 01/05/2026 - 31/05/2026
OBJETO DEL CONTRATO: Prestar servicios de apoyo a la gestión como técnico, en las actividades administrativas orientadas al fortalecimiento de los procesos de cobro persuasivo y coactivo del Fondo Financiero Distrital de Salud- FFDS de la Dirección Financiera		

BALANCE FINANCIERO DEL CONTRATO	
VALOR INICIAL DEL CONTRATO:	\$ 38.054.527
VALOR ADICIÓN (SI APLICA):	\$ 00
VALOR INDEXACIÓN (SI APLICA):	\$ 00
VALOR CEDIDO (SI APLICA)	\$ 00
VALOR A LIBERAR (SI APLICA)	\$ 00
VALOR PAGADO AL CONTRATISTA O CESIONARIO (SI APLICA):	\$ 10.209.751
VALOR A PAGAR EN EL PRESENTE PERIODO DEL INFORME:	\$ 3,480,597
SALDO POR EJECUTAR:	\$ 24.364.179

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 las actividades administrativas asociadas a la gestión de documentos que se tramitan dentro del proceso administrativo de cobro en las etapas persuasivo y coactivo, tales como radicación, digitalización, cargue y archivo de los documentos en sus respectivos expedientes.	1.1 Cargue (1063) archivos en SIAS, incluyendo certificados 4-72, actos administrativos, notificaciones, indagaciones y requerimientos de pago. 1.2 Realice entrada a archivo de los expedientes asignados para digitalización. 1.3 Se descargo la documentación de la plataforma SIAS y posterior unificación del expediente 4144-2013 en atención a requerimiento.	https://saludcapitalgovco.sharepoint.com/:f:/r/sites/053000/Documentos%20comp/artidos/CONTRA/INF/COB/2025-2026/9189310_LCA/05_MAY/2026_EVIDENCIAS_MAY/OBL_1?csf=1&web=1&e=4rpmb1
2.Apoyar la actualización de las bases de datos o herramientas informáticas relacionadas con el	1. Se realizó la verificación bienes embargables en la plataforma VUR y posterior cargue de soporte de la indagación a la	https://saludcapitalgovco.sharepoint.com/:f:/r/sites/053000/Documentos%20comp/artidos/CONTRA/INF/COB/2025-2026/9189310_LCA/05_MAY/2026_EVI

	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

proceso administrativo de cobro coactivo.	plataforma SIIAS de 346 expedientes correspondientes a sancionados.	DENCIAS_MAYO/OBL_2?csf=1&web=1&e=eWEBPy
3.Realizar alertas tempranas relacionadas con los procesos asignados, de acuerdo con las indicaciones de la Supervisión e informar de manera oportuna cualquier eventualidad o situación relevante que pueda afectar el desarrollo normal de los objetivos definidos por la Dirección Financiera	Durante el presente informe no se programaron actividades ligadas a la obligación.	NO APLICA
4.Asistir a todas las reuniones que sean requeridas en desarrollo del objeto contractual y sea convocado por quien ejerza la supervisión del contrato.	1.4 Asistí a turnos asignado por el supervisor en la ventanilla 17 en las siguientes fechas: El día 19 de mayo de 2026	https://saludcapitalgovco.sharepoint.com/:f/r/sites/053000/Documentos%20comp/artidos/CONTRA/INF/COB/2025-2026/9189310_LCA/05_MAY/2026_EVI_DENCIAS_MAYO/OBL_4?csf=1&web=1&e=Qab6kk

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.

INFORMACIÓN PAGOS SEGURIDAD SOCIAL

APORTES EN SALUD		APORTES EN PENSIÓN		APORTES RIESGOS LABORALES	
Empresa:	Compensar	Empresa:	Porvenir	Empresa:	Positiva
				Nivel Riesgo:	1
Suma cancelada:	220.200	Suma cancelada:	281.900	Suma cancelada:	9.300
No Planilla:	78199540	No Planilla:	78199540	No Planilla:	78199540
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: LORENA CHARRY ACOSTA				
	FIRMA:  Firmado digitalmente por Lorena Charry Acosta Fecha: 2026.06.01 19:07:54 -05'00'				
	No. DOCUMENTO DE IDENTIDAD: 1.010.113.938				

	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

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 35,98 % 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:

N.º	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	
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	
10	Demoras por parte de la entidad contratante (Supervisor) en la aprobación de los productos y/o informes presentados por el contratista		X	

SUPERVISOR	NOMBRE Y APELLIDO: ADRIANO LOZANO ESCOBAR PROFESIONAL ESPECIALIZADO 222 32
	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: LUISA FERNANDA RIVILLAS VELOZA
	FIRMA: 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.

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	1010113938	LORENA CHARRY ACOSTA		CALLE 51 3-52 APTO 410	3222199080	lorenacharryacosta@gmail.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
		78199540	20/05/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-04	2026-04	I	\$0	\$511.400	

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	8	1.300	0	220.200	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
230301	Porvenir	800224808-8	280.200	0	0	0	0	8	1.700	0	281.900	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	9.200				9.200	8	100	9.300			92	9.300	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	8	0	0	0
ICBF				
0	8	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	220.200
Pensión	1	280.200	281.900
Riesgos Laborales	1	9.200	9.300
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	508.300	511.400

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	1010113938	LORENA CHARRY ACOSTA		CALLE 51 3-52 APTO 410	3222199080	lorenacharryacosta@gmail.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
		78199540	20/05/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-04	2026-04	I	\$0	\$511.400	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE							INFORMACIÓN NOVEDADES										PENSIÓN							SALUD				RIESGOS LABORALES				CCF				PARAFISCALES															
No.	Tipo y Número de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Salud po	Extranjero	Colom. exterior	Exonente	INS	RET	TUE	TAF	TAP	UPP	VGP	VST	SEN	ICE	LVA	VAC	AVP	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 1010113938	CHARRY ACOSTA LORENA	59	0			N																	230301	1.750.905	30	280.200	0	0	0	0	EPS008	1.750.905	30	218.900	14-23	1.750.905	30	1	9.200		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0



LA GERENCIA DE AFILIACIONES Y NOVEDADES

CERTIFICA QUE:

LORENA CHARRY ACOSTA identificado con CC. 1010113938 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	2026/01/29	Fecha inicio contrato	2026/01/29
Tipo de vinculación	Independiente con Contrato	Fecha de fin contrato	2026/12/31
Riesgo	1	Código actividad económica	1841201 - Actividades ejecutivas de la administracion publica, incluye el desempeño de las funciones
Estado afiliación	Activa		
Fecha retiro	-	Estado del contrato	Activa

Esta certificación se expide a los 26 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: **CC26052026N1010113938A18423297**. 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



FONDO FINANCIERO DISTRITAL DE SALUD																											
		Vig Ppto: 2026		ORDEN DE PAGO		No: 607963		Usuario Dilig: ACBOTELLO Fecha de Impresión: 27/05/2026 Estado: GIRADA																			
Entidad:		FONDO FINANCIERO DISTRITAL DE SALUD																									
Código:		201		Unidad Eje:		01		Fecha Diligenciamiento: 07-MAY-26																			
1. DATOS DEL BENEFICIARIO																											
Nombre:		LORENA CHARRY ACOSTA		Regimen:		No Responsable																					
Dirección:		CL 51 3 52		Teléfono y Fax:																							
C.C o NIT:		1010113938		Banco/Sucursal:		BANCO DE BOGOTÁ		Cuenta No/Clase: 034758904/A																			
2. DATOS DEL COMPROMISO																											
Compromiso a Pagar:		CT - CONTRATOS (CON / SIN LICITACIÓN)		No:		9189310		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-NO8582693-PERIDO 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)																			
				1547	O2-3-01-17-019-06-20240141-247180051	3194	Contratacion del Recurso Humano	\$3.480.597,00																			
				VR BRUTO		TRES MILLONES CUATROCIENTOS OCHENTA MIL QUINIENTOS NOVENTA Y SIETE PESOS			\$3.480.597,00																		
<table border="1"> <thead> <tr> <th>ID Rubro</th> <th>Fuente</th> <th>Detalle</th> <th>Valor</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>O2-3-01-17-019-06-20240141-247180051</td> <td>01</td> <td>12013</td> <td>\$3.480.597,00</td> </tr> <tr> <td>Tipo</td> <td>Com</td> <td>Objeto</td> <td>Ingreso</td> <td>Banco</td> </tr> <tr> <td>O23</td> <td>20202009</td> <td>91122</td> <td>01-5-01-01-001</td> <td></td> </tr> </tbody> </table>				ID Rubro	Fuente	Detalle	Valor	O2-3-01-17-019-06-20240141-247180051	01	12013	\$3.480.597,00	Tipo	Com	Objeto	Ingreso	Banco	O23	20202009	91122	01-5-01-01-001							
ID Rubro	Fuente	Detalle	Valor																								
O2-3-01-17-019-06-20240141-247180051	01	12013	\$3.480.597,00																								
Tipo	Com	Objeto	Ingreso	Banco																							
O23	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	\$3.480.597,00																						
RETEICA- SERVICIOS 0,966%		.966	\$2.972.297,00	2-4-36-27-0001	\$28.712,00																						
ESTAMPILLA ADULTO MAYOR 2%		2	\$3.480.597,00	2-4-36-90-0007	\$69.612,00																						
ESTAMPILLA - EST_PROCLTURA 0,5%		.5	\$3.480.597,00	2-4-36-90-0003	\$17.403,00																						
Valor amortización:				TOTAL DESCUENTOS			\$115.727,00																				
Id fuente		Detalle		VALOR NETO A GIRAR		TRES MILLONES TRESCIENTOS SESENTA Y CUATRO MIL OCHOCIENTOS SETENTA PESOS		\$3.364.870,00																			
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 GESTION DE PAGOS				YOLANDA PATRICIA VALDERRAMA CORTES Responsable del Presupuesto																							
																											