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				

DESPACHO – SUBDIRECCIÓN – DIRECCIÓN U OFICINA: **DIRECCIÓN DE SERVICIO A LA CIUDADANIA**	**CONTRATO No. 8904207**	**PERIODO DEL CONTRATO:** Fecha de Inicio: 19/01/2026 Fecha de Terminación: 31/12/2026
ENTIDAD CONTRATANTE: Fondo Financiero Distrital de Salud Secretaría Distrital de Salud / Fondo Financiero Distrital de Salud		**PLAZO DE EJECUCIÓN:** TRECIENTOS CUARENTA Y SEIS (346) DIAS **PRÓRROGA:** NA
CONTRATISTA: Alba Nayibe Amaya Romero		Fecha de Inicio (Prórroga): NA Fecha de Terminación (Prórroga): NA **SUSPENSIÓN:** NA
SUPERVISOR (Nombre y cargo): EUGENIA DEL SOCORRO ARBOLEDA BALBIN Director operativo código 9 grado 7		Fecha de Inicio (Suspensión): NA Nueva Fecha de Terminación (Suspensión):NA **PERIODO DEL INFORME:** 01/02/2026 -01/02/2026
OBJETO DEL CONTRATO: Prestar servicios profesionales a la Dirección de Servicio a la Ciudadanía apoyando las actividades de orientación e información en salud, empleando la lengua de señas colombianas a través de los canales dispuestos, en el marco de la implementación del Modelo de Relacionamiento Integral con la Ciudadanía.		

BALANCE FINANCIERO DEL CONTRATO	
VALOR INICIAL DEL CONTRATO:	$ 53.748.560
VALOR ADICIÓN (SI APLICA):	$ 00.000.000,00
VALOR INDEXACIÓN (SI APLICA):	$ 00.000.000,00
VALOR A LIBERAR (SI APLICA)	$ 00.000.000,00
VALOR PAGADO AL CONTRATISTA O CESIONARIO (SI APLICA):	$ 00.000.000,00
VALOR A PAGAR EN EL PRESENTE PERIODO DEL INFORME:	$ 157.160
SALDO POR EJECUTAR:	$ 51.705.486

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, mediante el uso de la Lengua de Señas Colombiana (LSC), las actividades de registro, orientación e información en salud, en el marco de las solicitudes atendidas a través del canal presencial y demás mecanismos de atención definidos por la Secretaría Distrital de Salud, garantizando el adecuado ejercicio de los procesos de atención y medición de las solicitudes ciudadanas.	Brindar orientación e información en salud a personas sordas, a través de la interpretación en Lengua de Señas Colombiana (LSC), mediante la atención virtual realizada por videollamadas y WhatsApp, facilitando el acceso a los servicios y trámites en salud de la población sorda	Las evidencias reposan en el 03_EVIDENCIAS_FEBRERO_2026 designado por el supervisor y posterior a la aprobación en el aplicativo SECOP II Amaya Romero Alba Nayibe de la dirección de servicios a la ciudadanía. **Anexo 1.1.** Evidencia fotográfica feb 2026
2.Orientar y brindar información a la población sorda que lo requiera, utilizando la Lengua de Señas Colombiana (LSC), asegurando su registro conforme a las directrices establecidas en el Manual de Servicio a la Ciudadanía y demás lineamientos institucionales vigentes.	Brindar orientación e información en salud a personas sordas, a través de la interpretación en Lengua de Señas Colombiana (LSC), mediante la atención virtual realizada por videollamadas y WhatsApp, facilitando el acceso a los servicios y trámites en salud de la población sorda. Asimismo, se brindó acompañamiento y orientación a los usuarios a través de estos canales de comunicación.	Las evidencias reposan en el 03_EVIDENCIAS_FEBRERO_2026 designado por el supervisor y posterior a la aprobación en el aplicativo SECOP II Amaya Romero Alba Nayibe de la dirección de servicios a la ciudadanía. **Anexo 2.1.** Evidencia fotográfica feb 2026
3.Apoyar las actividades de interpretación en Lengua de Señas Colombiana (LSC) en los eventos, jornadas, capacitaciones y demás espacios convocados por el Sistema Distrital de Salud, en el marco del Modelo Integral de Relacionamiento con la Ciudadanía.	Durante el período reportado no se programaron ni desarrollaron actividades de interpretación en Lengua de Señas Colombiana (LSC) en eventos, jornadas, capacitaciones o espacios convocados por el Sistema Distrital de Salud.	No aplica durante el período reportado.
4.Participar en reuniones, comités y demás eventos institucionales relacionados con el objeto contractual, a los cuales sea convocado o designado por el supervisor del contrato.	Durante el período reportado no se realizaron reuniones, comités o eventos institucionales relacionados con el objeto contractual que requirieran la participación del contratista.	No aplica durante el período reportado.
5. Brindar apoyo en la prestación de trámites y servicios a la ciudadanía a través de los canales institucionales dispuestos, conforme al objeto contractual y a los criterios definidos por la Dirección de Servicio a la Ciudadanía.	Se brindó apoyo a la ciudadanía mediante la atención a usuario sordo a través del servicio de videollamada, garantizando la accesibilidad en la prestación de trámites y servicios	Las evidencias reposan en el 03_EVIDENCIAS_FEBRERO_2026 designado por el supervisor y posterior a la aprobación en el aplicativo SECOP II Amaya Romero Alba Nayibe de la dirección de servicios a la ciudadanía

		Anexo 5.1. Evidencia fotográfica feb 2026

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:	Compensar	Empresa:	Colfondos	Empresa:	Positiva
				Nivel Riesgo:	1
Suma cancelada:	224.300	Suma cancelada:	287.200	Suma cancelada:	9.400
No Planilla:	4358461	No Planilla:	4358461	No Planilla:	4358461
Mes(es) cancelado(s):	Enero 2026	Mes(es) cancelado(s):	Enero 2026	Mes(es) cancelado(s):	Enero 2026

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:** Alba Nayibe Amaya Romero
	FIRMA: Nayibe Amaya
	No. DOCUMENTO DE IDENTIDAD: 1022369056

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 3.80% de ejecución del contrato.	**OTRAS OBSERVACIONES:**

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	
2	Inadecuado manejo de la información a la cual tiene acceso el contratista		x	
3	Suspensión o cancelación de la tarjeta o matrícula profesional, para aquellas profesiones que así lo establecen		x	

SUPERVISOR	**NOMBRE Y APELLIDO:** EUGENIA DEL SOCORRO ARBOLEDA BALBIN Director operativo código 9 grado 7
	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:** **JULIAN EDUARDO TAUTIVA PEREZ** **COMPONENTE TECNICO Y FINANCIERO**
	FIRMA: Firmado digitalmente por Julian Eduardo Tautiva Perez

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.

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	1022369056	ALBA NAYIBE AMAYA ROMERO	CRA 51A No 38B-22 SUR	7959692	nayibe.amaya.romero@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente		BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		NO

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
		44358461	02/02/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-01	2026-01	I	$1,794,400	$556.800	

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	224.300	0		0		0	0	0	0	224.300	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	287.200	0	0	0	0	0	0		287.200	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										
14-23	Positiva Seguros	860011153-6	9.400				9.400	0	0	9.400			94	9.400	1

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF22	Colsubsidio	860007336-1	35.900	0	0	35.900	1

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	224.300	224.300
Pensión	1	287.200	287.200
Riesgos Laborales	1	9.400	9.400
CCF	1	35.900	35.900
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	4	556.800	556.800

PAGADA

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	1022369056	ALBA NAYIBE AMAYA ROMERO	CRA 51A No 38B-22 SUR	7959692	nayibe.amaya.romero@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente		BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		NO

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
		44358461	02/02/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-01	2026-01	I	$1,794,400	$556.800	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE								INFORMACIÓN NOVEDADES																PENSIÓN								SALUD				RIESGOS LABORALES					CCF				PARAFISCALES				
No.	Tipo y Número de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Colom. exterior	Excarcelado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	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 1022369056	AMAYA ROMERO ALBA NAYIBE	59	0			N																	231001	1.794.400	30	287.200	0	0	0	0	EPS008	1.794.400	30	224.300	14-23	1.794.400	30	1	9.400	CCF22	1.794.400	30	35.900	0	0	0	0	0

PAGADA

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

CER_AFI_2026028513874

LA GERENCIA DE AFILIACIONES Y NOVEDADES

CERTIFICA QUE:

ALBA NAYIBE AMAYA ROMERO identificado con CC. 1022369056 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	2026/01/17	**Fecha inicio contrato**	2026/01/19
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 desempeno de las funciones
Estado afiliación	Activa		
Fecha retiro	-	**Estado del contrato**	Activa

Esta certificación se expide a los 23 días del mes de junio 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: **CC23062026A1022369056A19208569.** Este código es válido por un mes.

Cordialmente,

Gerencia de afiliaciones y novedades ARL

POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S. A.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA
APO_13_2_2_FR01 V_08
MIS_4_1_3_FR15 v_010

FONDO FINANCIERO DISTRITAL DE SALUD

BOGOTÁ | SECRETARÍA DE SALUD

Vig Ppto: 2026

ORDEN DE PAGO

No: 600560

Usuario Dilig: N1LANCHEROS
Fecha de Impresión: 23/06/2026
Estado: GIRADA

Entidad:	FONDO FINANCIERO DISTRITAL DE SALUD				
Código:	201	Unidad Eje:	01	Fecha Diligenciamiento:	10-FEB-26

1. DATOS DEL BENEFICIARIO

Nombre:	ALBA NAYIBE AMAYA ROMERO	Regimen:	No Responsable		
Dirección:	KR 68 F 36 A 23 SUR	Teléfono y Fax:			
C.C o NIT:	1022369056	Banco/Sucursal:	DAVIVIENDA	Cuenta No/Clase:	008400771443/A

2. DATOS DEL COMPROMISO

Compromiso a Pagar:	CONTRATACION DIRECTA	No:	8904207	Interventor o responsable del recibo a satisfacción del bien o servicio:	TOTAL
Acta de Recibo No:		Nombre del Interventor:			

Detalle

CTO-NO8904207-PLANILLA OGI_VIGENCIA-ENERO 2026-PERIODO DE:19-ene 30-ene-2026

Tipo de Orden de Pago: VIGENCIA

3. MOVIMIENTO PRESUPUESTAL

Fuente de financiación:

ID Rubro	Fuente	Detalle	Valor	
O2-3-01-17-019-06-20240167-249159051	01	12013	$1.885.914,00	
Tipo	Com	Objeto	Ingreso	Banco
O23	20202009	91122	O1-5-01-01-001	

IMPUTACIÓN PRESUPUESTAL

CDP	Código Rubro	Registro	Nombre	Valor Aplicación (Gasto)
1575	O2-3-01-17-019-06-20240167-249159051	2499	Contratacion del Recurso Humano	$1.885.914,00

VR BRUTO	UN MILLON OCHOCIENTOS OCHENTA Y CINCO MIL NOVECIENTOS CATORCE PESOS	$1.885.914,00

4. MOVIMIENTO FINANCIERO Y CONTABLE

Descripción	% Descuento	Base de Retención	Código Contable	VALORES
Valor Bruto			5-1-11-79-0001	$1.885.914,00
ESTAMPILLA ADULTO MAYOR 2%	2	$1.885.914,00	2-4-36-90-0007	$37.718,00
ESTAMPILLA - EST_PROCULTURA 0,5%	.5	$1.885.914,00	2-4-36-90-0003	$9.430,00
RETEICA- SERVICIOS 0,766%	.766	$1.666.914,00	2-4-36-27-0001	$12.769,00

Valor amortización:

Id fuente	Detalle
01	Recursos Del Distrito
12013	APORTE ORDINARIO

TOTAL DESCUENTOS		$59.917,00
VALOR NETO A GIRAR	UN MILLON OCHOCIENTOS VEINTICINCO MIL NOVECIENTOS NOVENTA Y SIETE PESOS	$1.825.997,00
		Código contable
		2-4-01-02-0003

MOVIMIENTO TESORERÍA

Endosado a:

Observaciones

Acreedor (Exclusivamente para transferencia de la administración)

Nombre _____

Cédula _____ Firma _____

NANCY LANCHEROS LANCHEROS
GESTION DE PAGOS

SANDRA MILENA MONROY RAMIREZ
Responsable del Presupuesto

Consulta Pagos

1 Información general
2 Condiciones
3 Bienes y servicios
4 Documentos del Proveedor
5 Documentos del contrato
6 Información presupuestal
7 Ejecución del Contrato
8 Modificaciones del Contrato
9 Incumplimientos

Cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal >

VER CONTRATO

Ejecución del Contrato

Porcentaje Recepción de artículos

Plan de Pagos

¿Se requieren emisiones de códigos de autorización? Sí No

Id de pago	Número de factura	Fecha de emisión	Fecha de recepción	Valor total de la factura	Estado	
Pago 001	Pago 001	1/02/2026 9:19:00 AM *((UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)*	-	1.885.914 COP	Enviado a la Entidad Estatal	Detalle

Crear

Documentos de ejecución del contrato

	Descripción	Nombre del archivo	Cargado por		
☐	ACTA DE INICIO ALBA NAYIBE AMAYA.pdf	ACTA DE INICIO ALBA NAYIBE AMAYA.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐	ARL_1022369056_ALBA NAYIBE AMAYA.pdf	ARL_1022369056_ALBA NAYIBE AMAYA.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐	CRP CTO 8904207.pdf	CRP CTO 8904207.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐	Legalización Contrato de No. 8904207.pdf	Legalización Contrato de No. 8904207.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐	Designacion supervision Tito.pdf	Designacion supervision Tito.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐	SISCO - Legalización MODIFICACION 1_SUSPENSIÓN 1 CTO No. 8904207.pdf	SISCO - Legalización MODIFICACION 1_SUSPENSIÓN 1 CTO No. 8904207.pdf	Comprador	Descargar	Detalle