

← Responder ↩ Responder a todos → Reenviar

2026-IE-20138

011200

Bogotá D.C., 8 de mayo de 2026

MEMORANDO

De: **MARCELA MARTINEZ CONTRERAS**
Subdirectora de Acciones Colectivas

Para: **KATTY JHOANA RODRIGUEZ LOZANO**
Subdirectora De Contratación

Asunto: **SOLICITUD DE AJUSTE Y ACTUALIZACIÓN DE VALORES POR INDEXACIÓN – PLATAFORMA SECOP II - CTO. No. 8249518 - DAYANA MARCELA MARÍN CADENA**

Cordial saludo,

De conformidad con lo establecido en la Cláusula 30 de las condiciones contractuales y los lineamientos generales del contrato de prestación de servicios profesionales y de apoyo a la gestión, la cual faculta el reajuste de honorarios al inicio de la vigencia según incremento autorizado mediante Resolución No. 001 de fecha 02 de enero de 2026, modificada por la Resolución No. 0306 de fecha 09 de enero de 2026 y teniendo en cuenta la información remitida por la Dirección Financiera y previa revisión por parte de la Supervisión de los contratos respecto a la indexación correspondiente, se solicita formalmente realizar el ajuste de los valores en la plataforma SECOP II, conforme al siguiente detalle:

Número de contrato	Nombre del contratista	Proyecto de Inversión No.	CDP s (indicando % de cada uno)		CRP s (indicando % de cada uno)		Diferencia de valores entre los CDPs 3% y CRPs 3% y el valor de la indexación (cuando aplique)	Valor actual del contrato	Valor Indexación	Nuevo Valor total del Contrato
8249518	Dayana Marcela Marín Cadena	8141	3%	956	3%	1804	\$ 40.638	\$ 81.587.325	\$ 3.256.398	\$ 84.843.723
			2,10%	2998	2,10%	4595				

Se adjuntan los CDPs y RPs descritos en el cuadro anterior, para que hagan parte de la presente solicitud y sean cargados en el SECOP II.

Atentamente,

Carrera 32 No. 12 - 81
Teléfono: 3649090
www.saludcapital.gov.co



CO-SC-CER155793





MARCELA MARTINEZ CONTRERAS
Subdirectora de Acciones Colectivas

Anexo: (1) folio; CDP (2) y RP (2)

Sandra Constanza Yara / Contratista/ Subsecretaría de Salud Pública

ACTA DE CESIÓN No. 01 AL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES Y DE APOYO A LA GESTIÓN No. CO1.PCCNTR.8249518 de 2025, SUSCRITO ENTRE EL FONDO FINANCIERO DISTRITAL DE SALUD Y JOHANNA LUCILA BALAGUERA ROJAS CEDIDO A DAYANA MARCELA MARIN CADENA

Que en el marco del contrato de prestación de servicios profesionales y de apoyo a la gestión **No. CO1.PCCNTR.8249518 de 2025**, suscrito entre el **FONDO FINANCIERO DISTRITAL DE SALUD** y **JOHANNA LUCILA BALAGUERA ROJAS** cedido a **DAYANA MARCELA MARIN CADENA**, se realiza la presente acta de cesión al citado contrato de prestación de servicios profesionales y de apoyo a la gestión, teniendo en cuenta las siguientes:

CONSIDERACIONES

1. Que el día 3 de septiembre de 2025, se suscribió el contrato de servicios profesionales y de apoyo a la gestión No. **CO1.PCCNTR.8249518**, por medio del Sistema Electrónico de Contratación Pública - SECOP II, cuyo objeto consiste en:

“Prestar servicios profesionales especializados para apoyar el seguimiento que realiza la Secretaría Distrital de Salud a los convenios interadministrativos relacionados con la implementación de intervenciones, procedimientos, actividades colectivas e individuales de alta externalidad y la gestión de insumos del Plan de Salud Pública de Intervenciones Colectivas (PSPIC) y la Gestión de la Salud Pública (GSP).”

2. Que el plazo inicial del Contrato se pactó hasta el 30 de septiembre de 2026, contados a partir de la suscripción del acta de inicio, previo cumplimiento de los requisitos de perfeccionamiento y ejecución, lo cual ocurrió el día 16 de octubre de 2025.
3. Que el valor inicial del Contrato es hasta por la suma de **OCHENTA Y UN MILLONES QUINIENTOS OCHENTA Y SIETE MIL TRESCIENTOS VEINTICINCO (\$81,587,325.00) PESOS M/CTE.**
4. Que la señora **JOHANNA LUCILA BALAGUERA ROJAS**, en calidad de **CONTRATISTA**, solicitó la cesión del Contrato mediante comunicación remitida a la **SUPERVISORA DEL CONTRATO** con radicado No. 2026-ER-07804 de fecha 10 de febrero de 2026, por los motivos expuestos en su escrito.
5. Que la **SUBDIRECTORA DE ACCIONES COLECTIVAS** solicitó la cesión del Contrato, de **JOHANNA LUCILA BALAGUERA ROJAS** en calidad de cedente y **DAYANA MARCELA MARIN CADENA** en calidad de cesionaria, mediante radicado No. 2026-IE-08025 de fecha 23 de febrero de 2026, para lo cual remitió los documentos necesarios para soportar el trámite, anexando la Solicitud de Modificación Contractual de la misma fecha, la cual suscribió en calidad de **SUPERVISORA DEL CONTRATO**.
6. Que la Cláusula 23 de las Cláusulas contractuales y lineamientos generales del Contrato de prestación de servicios profesionales y/o de apoyo a la gestión del contrato en mención, establece: *“El contratista no podrá ceder el presente contrato a persona alguna, o subcontratar total o parcialmente el objeto de este, sin la autorización previa, expresa y escrita del FONDO FINANCIERO DISTRITAL DE SALUD O LA SECRETARIA DISTRITAL DE SALUD, a excepción del caso previsto en el artículo 9 de la Ley 80 de 1993, modificado por el artículo 6 de la Ley 2014 de 2019.”*

ACTA DE CESIÓN No. 01 AL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES Y DE APOYO A LA GESTIÓN No. CO1.PCCNTR.8249518 de 2025, SUSCRITO ENTRE EL FONDO FINANCIERO DISTRITAL DE SALUD Y JOHANNA LUCILA BALAGUERA ROJAS CEDIDO A DAYANA MARCELA MARIN CADENA

7. Que, de conformidad con lo dispuesto en el contrato No. **CO1.PCCNTR.8249518**, en la normatividad vigente y en la solicitud de modificación contractual, es viable realizar el presente acto de cesión. En virtud de lo anterior, las partes acuerdan las siguientes:

CLÁUSULAS

PRIMERA. La **CEDENTE** transfiere a la **CESIONARIA** los derechos y obligaciones contraídas mediante el contrato de prestación de servicios profesionales y de apoyo a la gestión No. **CO1.PCCNTR.8249518** a partir del día 27 de febrero de 2026, es decir, la contratista cedente prestará sus servicios hasta el día 26 de febrero de 2026.

SEGUNDA. La **CESIONARIA** acepta la cesión a que se refiere la Cláusula Primera del presente documento en el estado en que se encuentra sin asumir responsabilidad de actos u omisiones realizados con anterioridad a esta fecha y manifiesta que se compromete a dar cumplimiento al objeto y a las obligaciones pactadas en el mencionado Contrato.

TERCERA. La **CESIONARIA** se compromete a presentar su constancia de afiliación a la ARL; la cual debe tener inicio de cobertura a partir de la fecha a que hace referencia la primera clausula; documento que deberá ser enviado por correo electrónico a la Subdirección de Contratación de la Secretaría Distrital de Salud.

CUARTA. El presente acto requiere para su aprobación de la aceptación de la cesionaria y del ordenador del gasto en el Sistema Electrónico de Contratación Pública - SECOP II. Para efectos de publicación, esta se entenderá surtida, una vez sea aplicada en la mencionada plataforma.

QUINTA. La presente cesión no genera erogación adicional alguna para la SECRETARIA DISTRITAL DE SALUD - FONDO FINANCIERO DISTRITAL DE SALUD, ni ocasionan reajuste de precios o desequilibrio contractual de ninguna índole.

SEXTA. Los demás términos y condiciones del contrato se mantienen sin modificación alguna y con la misma obligatoriedad para las partes.

SEPTIMA. Las partes manifiestan libremente que han procedido a la lectura total y cuidadosa del presente documento, por lo que en consecuencia se obligan en todas sus manifestaciones.

Proyectó: Jefry Steven Blanco Montes – Contratista Subdirección de Contratación

DATOS DEL APORTANTE							
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	52087937	JOHANNA LUCILA BALAGUERA ROJAS		TRANSV 59 B N 128 A - 21 APTO 402	4700574	yeka087@hotmail.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)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				1	0
				TOTAL A PAGAR		
2026-01	2026-01	I	19/01/2026	27794054	\$840.900	

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	354.800	0		0		0	0	0	0	354.800	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	454.100	0	0	0	0	0	0		454.100	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										
14-11	ARL SURA	890903790-5	14.900				14.900	0	0	14.900			149	14.900	1

TOTALES CAJAS							
Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF22	Colsubsidio	860007336-1	17.100	0	0	17.100	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	354.800	354.800
Pensión	1	454.100	454.100
Riesgos Laborales	1	14.900	14.900
CCF	1	17.100	17.100
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	4	840.900	840.900

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	52087937	JOHANNA LUCILA BALAGUERA ROJAS		TRANSV 59 B N 128 A - 21 APTO 402	4700574	yeka087@hotmail.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)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD
					EMPLEADOS
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				UPC
2026-01	2026-01	I	19/01/2026	27794054	\$840.900
					TOTAL A PAGAR

DETALLE POR COTIZANTE																																																
INFORMACIÓN COTIZANTE										INFORMACIÓN NOVEDADES										PENSIÓN								SALUD			RIESGOS LABORALES			CCF			PARAFISCALES											
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Sueldo	Exonerado	Columna exonerada	Exonerado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VBP	VBT	SILN	IOE	MA	MA	MA	MA	MA	MA	MA	MA	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntari o Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
1	CC	52087937	BALAGUERA ROJAS JOHANNA LUCILA	59	0		N																				25-14	2.837.820	454.100	0	0	0	0	EPS008	2.837.820	354.800	14-11	2.837.820	1	14.900	CCF22	2.837.820	17.100	0	0	0	0	0

PAGADA

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	52087937	JOHANNA LUCILA BALAGUERA ROJAS		TRANSV 59 B N 128 A - 21 APTO 402	4700574	yeka087@hotmail.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
27794054	19/01/2026	87194075	29/05/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-01	2026-01	N	\$2,983,000	\$46.100	

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	18.100	0		0		0	108	1.400	0	19.500	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	23.200	0	0	0	0	108	1.700	0	24.900	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										
14-11	ARL SURA	890903790-5	700				700	108	100	800			7	800	1

TOTALES CAJAS							
Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF22	Colsubsidio	860007336-1	800	108	100	900	1

TOTALES PARAFISCALES				
Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	108	0	0	0
ICBF				
0	108	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	18.100	19.500
PenSIón	1	23.200	24.900
Riesgos Laborales	1	700	800
CCF	1	800	900
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	4	42.800	46.100

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIAMES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DIAMES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
27794054	19/01/2026	87194075	29/05/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-01	2026-01	N	\$2,983,000	\$46.100	

INFORMACIÓN COTIZANTE			INFORMACIÓN NOVEDADES										PENSIÓN					SALUD				RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES																					
No.	Tipo y Número de Identificación	Apellidos y Nombres	Contante	Saludo	Enfermedad	Conten. menor	Enfermedad	IAS	IE	IEE	IAE	IAF	IPF	VSP	VST	SLN	ISE	LMA	VAC	AVP	VST	VCT	IRL	CORRECCION	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 52087937	BALAGUERA ROJAS JOHANNA LUCILA	59	0		N								X											25-14	2.983.000	30	477.300	0	0	0	0	EPS008	2.983.000	30	372.900	14-11	2.983.000	30	1	15.600	CCF22	2.983.000	30	17.900	0	0	0	0	0

DATOS DEL APORTANTE							
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	52087937	JOHANNA LUCILA BALAGUERA ROJAS		TRANSV 59 B N 128 A - 21 APTO 402	4700574	yeka087@hotmail.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)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2026-02	2026-02	I	13/02/2026	51036339	\$840.900	

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	354.800	0		0		0	0	0	0	354.800	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	454.100	0	0	0	0	0	0		454.100	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										
14-11	ARL SURA	890903790-5	14.900				14.900	0	0	14.900			149	14.900	1

TOTALES CAJAS							
Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF22	Colsubsidio	860007336-1	17.100	0	0	17.100	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	354.800	354.800
Pensión	1	454.100	454.100
Riesgos Laborales	1	14.900	14.900
CCF	1	17.100	17.100
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	4	840.900	840.900

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	52087937	JOHANNA LUCILA BALAGUERA ROJAS		TRANSV 59 B N 128 A - 21 APTO 402	4700574	yeka087@hotmail.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)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD
					EMPLEADOS
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				UPC
2026-02	2026-02	I	13/02/2026	51036339	\$840.900
					TOTAL A PAGAR

DETALLE POR COTIZANTE																																															
INFORMACIÓN COTIZANTE										INFORMACIÓN NOVEDADES										PENSIÓN								SALUD			RIESGOS LABORALES			CCF			PARAFISCALES										
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Sueldo	Exonerado	Columna exonerada	Exonerado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VBP	VBT	SILN	IOE	IVA	IVA	IVA	IVA	IVA	IVA	IVA	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntari o Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
1	CC	52087937	BALAGUERA ROJAS JOHANNA LUCILA	59	0		N																			25-14	2.837.820	454.100	0	0	0	0	EPS008	2.837.820	354.800	14-11	2.837.820	1	14.900	CCF22	2.837.820	17.100	0	0	0	0	0

PAGADA

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	52087937	JOHANNA LUCILA BALAGUERA ROJAS		TRANSV 59 B N 128 A - 21 APTO 402	4700574	yeka087@hotmail.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
63021983	04/03/2026	87194358	29/05/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-02	2026-02	N	\$2,983,000	\$45.300	

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	18.100	0		0		0	80	1.000	0	19.100	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	23.200	0	0	0	0	80	1.300	0	24.500	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										
14-11	ARL SURA	890903790-5	700				700	80	100	800			7	800	1

TOTALES CAJAS							
Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF22	Colsubsidio	860007336-1	800	80	100	900	1

TOTALES PARAFISCALES				
Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	80	0	0	0
ICBF				
0	80	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	18.100	19.100
PenSIón	1	23.200	24.500
Riesgos Laborales	1	700	800
CCF	1	800	900
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	4	42.800	45.300

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DÍAS/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DÍAS/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
63021983	04/03/2026	87194358	29/05/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-02	2026-02	N	\$2,983,000	\$45.300	

INFORMACIÓN COTIZANTE						INFORMACIÓN NOVEDADES							PENSIÓN					SALUD				RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES																		
No.	Tipo y Número de Identificación	Apellidos y Nombres	Contante	Saludo	Estrategia	Cóten menor	Encuentro	HAS	IDE	TAE	TOP	TAP	VSP	SAN	ISE	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 52087937	BALAQUERA ROJAS JOHANNA LUCILA	59	0	N	X																25-14	2.983.000	30	477.300	0	0	0	0	EPS008	2.983.000	30	372.900	14-11	2.983.000	30	1	15.600	CCF22	2.983.000	30	17.900	0	0	0	0	0

BOGOTÁ SECRETARÍA DE SALUD FONDO FINANCIERO DISTRITAL DE SALUD ORDEN DE PAGO Vig Ppto: 2026 No: 611588 Usuario Dilig: ACBOTELLO Fecha de Impresión: 26/06/2026 Estado: GIRADA													
Entidad:		FONDO FINANCIERO DISTRITAL DE SALUD											
Código:		201		Unidad Eje:		01		Fecha Diligenciamiento:		05-JUN-26			
1. DATOS DEL BENEFICIARIO													
Nombre:		JOHANNA LUCILA BALAGUERA ROJAS			Regimen:		No Responsable						
Dirección:		TV 59B 128A 21 AP 402			Teléfono y Fax:		8141842						
C.C o NIT:		52087937			Banco/Sucursal:		DAVIVIENDA		Cuenta No/Clase:		457570058695/A		
2. DATOS DEL COMPROMISO													
Compromiso a Pagar:		CT - CONTRATOS (CON / SIN LICITACIÓN)			No:		8249518		Interventor o responsable del recibo a satisfacción del bien o servicio:		TOTAL		
Acta de Recibo No:					Nombre del Interventor:								
Detalle													
PLANILLA SP VIGENCIA MAYO 2026CTO-INV8249518--PERIODO DE:01-ene 26-feb-2026													
Tipo de Orden de Pago:		VIGENCIA											
3. MOVIMIENTO PRESUPUESTAL													
Fuente de financiación:				IMPUTACIÓN PRESUPUESTAL									
				CDP		Código Rubro		Registro		Nombre		Valor Aplicación (Gasto)	
				956		02-3-01-17-019-05-20240242-209102000		1804		SP.0325 Prestación de servicios al FFDS - SDS para la gestión d ela salud pública (GSP)		\$397.295,00	
ID Rubro		Fuente		Detalle		Valor							
02-3-01-17-019-05-20240242-209102000		01		12013		\$397.295,00							
Tipo		Com		Objeto		Ingreso		Banco					
023		20202009		91122		01-5-01-01-004-12							
				VR BRUTO		TRESCIENTOS NOVENTA Y SIETE MIL DOSCIENTOS NOVENTA Y CINCO PESOS					\$397.295,00		
4. MOVIMIENTO FINANCIERO Y CONTABLE													
Descripción		% Descuento		Base de Retención		Código Contable		VALORES					
Valor Bruto						5-1-11-79-0001		\$397.295,00					
RETEICA- SERVICIOS 0,766%		.766		\$351.095,00		2-4-36-27-0001		\$2.689,00					
ESTAMPILLA - EST_PROCULTURA 0,5%		.5		\$397.295,00		2-4-36-90-0003		\$1.986,00					
ESTAMPILLA ADULTO MAYOR 2%		2		\$397.295,00		2-4-36-90-0007		\$7.946,00					
Valor amortización:				TOTAL DESCUENTOS				\$12.621,00					
Id fuente		Detalle		VALOR NETO A GIRAR		TRESCIENTOS OCHENTA Y CUATRO MIL SEISCIENTOS SETENTA Y CUATRO PESOS		\$384.674,00					
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						SANDRA MILENA MONROY RAMIREZ Responsable del Presupuesto							
													

BOGOTÁ SECRETARÍA DE SALUD FONDO FINANCIERO DISTRITAL DE SALUD ORDEN DE PAGO Vig Ppto: 2026 No: 611738 Usuario Dilig: ACBOTELLO Fecha de Impresión: 26/06/2026 Estado: GIRADA													
Entidad:		FONDO FINANCIERO DISTRITAL DE SALUD											
Código:		201		Unidad Eje:		01		Fecha Diligenciamiento:		05-JUN-26			
1. DATOS DEL BENEFICIARIO													
Nombre:		JOHANNA LUCILA BALAGUERA ROJAS			Regimen:		No Responsable						
Dirección:		TV 59B 128A 21 AP 402			Teléfono y Fax:		8141842						
C.C o NIT:		52087937			Banco/Sucursal:		DAVIVIENDA		Cuenta No/Clase:		457570058695/A		
2. DATOS DEL COMPROMISO													
Compromiso a Pagar:		CT - CONTRATOS (CON / SIN LICITACIÓN)			No:		8249518		Interventor o responsable del recibo a satisfacción del bien o servicio:		TOTAL		
Acta de Recibo No:					Nombre del Interventor:								
Detalle													
PLANILLA SP VIGENCIA MAYO 2026CTO-IN8249518--PERIODO DE:01-ene 26-feb-2026													
Tipo de Orden de Pago:		VIGENCIA											
3. MOVIMIENTO PRESUPUESTAL													
Fuente de financiación:				IMPUTACIÓN PRESUPUESTAL									
				CDP		Código Rubro		Registro		Nombre		Valor Aplicación (Gasto)	
				2998		02-3-01-17-019-05-20240242-209102051		4595		Contratación de Recurso Humano		\$278.106,00	
				VR BRUTO		DOSCIENTOS SETENTA Y OCHO MIL CIENTO SEIS PESOS					\$278.106,00		
ID Rubro				Fuente		Detalle		Valor					
02-3-01-17-019-05-20240242-209102051				01		12013		\$278.106,00					
Tipo				Com		Objeto		Ingreso		Banco			
023				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		\$278.106,00			
ESTAMPILLA - EST. PROCULTURA 0,5%				.5		\$278.106,00		2-4-36-90-0003		\$1.391,00			
RETEICA- SERVICIOS 0,766%				.766		\$245.806,00		2-4-36-27-0001		\$1.883,00			
ESTAMPILLA ADULTO MAYOR 2%				2		\$278.106,00		2-4-36-90-0007		\$5.562,00			
Valor amortización:				TOTAL DESCUENTOS				\$8.836,00					
Id fuente				Detalle				VALOR NETO A GIRAR		\$269.270,00			
01				Recursos Del Distrito				DOSCIENTOS SESENTA Y NUEVE MIL DOSCIENTOS SETENTA PESOS		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						SANDRA MILENA MONROY RAMIREZ Responsable del Presupuesto							
													