

 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:	

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

DESPACHO – SUBDIRECCIÓN – DIRECCIÓN U OFICINA: DIRECCION DE PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD	CONTRATO No. 8585074	PERIODO DEL CONTRATO:
		Fecha de Inicio: 19/11/2025 Fecha de Terminación: 30/09/2026
ENTIDAD CONTRATANTE: FONDO FINANCIERO DISTRITAL DE SALUD		PLAZO DE EJECUCIÓN 312 días PRÓRROGA: No aplica
CONTRATISTA: LEIDY JOHANNA CASTAÑEDA CAMPOS		Fecha de Inicio (Prórroga) Fecha de Terminación (Prórroga):
SUPERVISOR: KATHERINE SÁNCHEZ PRIETO Dirección de Provisión de Servicios de Salud Profesional Especializado Código 222 – Grado 27		SUSPENSIÓN: No aplica Fecha de Inicio (Suspensión): No aplica Nueva Fecha de Terminación (Suspensión): No aplica
		PERIODO DEL INFORME: 1/05/2026 –31/05/2026
OBJETO DEL CONTRATO: Prestar servicios profesionales especializados en la Dirección de Provisión de Servicios de Salud, en la construcción y orientación para la implementación, ajuste y seguimiento del modelo de salud de Bogotá, D.C., en el componente de prestación de servicios de salud.		

BALANCE FINANCIERO DEL CONTRATO	
VALOR INICIAL DEL CONTRATO:	\$ 79.861.600
VALOR ADICIÓN (SI APLICA):	\$00.000.000
VALOR INDEXACIÓN (SI APLICA):	\$3.524.661
VALOR CEDIDO (SI APLICA)	\$00.000.000
VALOR A LIBERAR (SI APLICA)	\$00.000.000
VALOR PAGADO AL CONTRATISTA O CESIONARIO (SI APLICA):	\$ 43.033.116
VALOR A PAGAR EN EL PRESENTE PERIODO DEL INFORME:	\$ 8.070.629
SALDO POR EJECUTAR:	\$ 32.282.516

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 la construcción, ajuste, puesta en operación y seguimiento del modelo de salud +MAS Bienestar, desde el componente de prestación de servicios de salud, en el marco de la estrategia de atención primaria social y de la normatividad vigente, de acuerdo con	Realicé: 1.1 Desarrollo de segunda sesión de Mentoría la cual busca fortalecer la conformación de la RED de ACV	Realicé: 1.1 8_05_2026_Acta_Mentoria

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

el proceso asignado	1.2 Reunión socialización componente CCVM al equipo EVA del área de Calidad 1.3 Revisión de la nota técnica servicios complementarios 1.4 Informe de resultados visita SER Diana Turbay 1.5 Propuesta de comunicaciones CCVM y factores de riesgo 1.6 Ajuste Decálogo Línea estratégica ACV-IAM 1.7 Propuesta de alianza Soluciones Novartis	1.2 20.05.2026 Acta Reunión EVA - Provisión Servicios de Salud ACV 1.3 Acta_revisión_NotaTecnica_complementaria 1.4 Informe de Visita SER Diana Turbay y Lista de chequeo de verificación. 1.5 Documento con propuesta 1.6 Documento del Decálogo definido 1.7 Documento con la propuesta de solución
2. Brindar orientación técnica a las Empresas Administradoras de Planes de Beneficios (EAPB) autorizadas para operar en el D.C., y a su red de prestadores de servicios de salud frente al modelo de salud +MAS-Bienestar, su pilar de gestión integral del riesgo y demás procesos asignados desde el componente de prestación de servicios de salud, en el marco de la estrategia de atención primaria social y de la normatividad vigente.	Realicé: 2.1 Se realizo Orientación técnica SISS Norte para la formulación del plan de gestión 2.2 Se realizo Orientación técnica SISS CO para la formulación del plan de gestión 2.3 Participación en la Ruta Integral de Atención para la Promoción y Mantenimiento de la Salud, orientada al fortalecimiento de las acciones de identificación, valoración y gestión del riesgo cardiovascular y metabólico en la población.	Realicé: 2.1. 06_05_2026_AT_Norte 2.2. 6_05_2026_AT_CO 2.3 28.05.2026 AT MENSUAL RPMS - EAPB-IPS
3. Apoyar en las acciones de articulación sectoriales e intersectoriales para la implementación y evaluación del modelo de salud +MAS-Bienestar para la población de Bogotá, D.C.	Realicé: 3.1 Se realizó la articulación técnica entre las rutas de Enfermedad Respiratoria Crónica, Riesgo Cardiovascular y Promoción y Mantenimiento de la Salud, con el propósito Realizar la preparación técnica y operativa de la asistencia técnica, en el marco de la implementación de la política de ruralidad. 3.2 Mesa para avanzar en la propuesta de pluripatología en la fase de caracterización 3.3 Desarrollo de mesa de trabajo para reconocer avances de caracterización de pluripatología y definición de costeo 3.4 Mesa de trabajo con la	Realicé: 3.1 05_05_2026 ART CCIONES PP RURALIDAD 3.2 7_05_2026_Acta_pluripatologia 3.3 21_05_2026_Acta_pluripatologia 3.4 Acta OPS Validación Instrumento

	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:	

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

	Organización Panamericana de la Salud (OPS) para la validación de un instrumento internacional de evaluación orientado al fortalecimiento y mejoramiento de la atención de las Enfermedades No Transmisibles (ENT).	
4. Participar de reuniones u otros espacios convocados desde la Dirección de Provisión de Servicios de Salud y a nivel intra e intersectorial en relación con temas y procesos a cargo, en el marco de las obligaciones contractuales y desde las competencias de la Dirección de Provisión de Servicios de Salud	Realicé: 4.1 Participación en reunión socialización de la línea estratégica ACV-IMA	Realicé: 4.1_11-05-2026 Seguimientos Línea estratégica ACV-IMA
5. Apoyar las respuestas a requerimientos internos o externos, oficios, derechos de petición, solicitudes de organismos de control y demás autoridades, así como los temas relacionados con calidad institucional, consolidación, análisis y generación de informes, construcción y actualización de documentos técnicos, infografías y demás material de apoyo técnico necesario relacionado con los procesos a cargo en el Marco del modelo +MAS-Bienestar y las competencias de la Dirección de Provisión de Servicios de Salud.	Realicé: 5.1 Participación en mesa de trabajo para planeación fortalecimiento de capacidades 5.2 Aporte a respuesta 2026ER34030// PETICIÓN// CONGRESO DE LA REPÚBLICA// REPRESENTANTE JUAN CARLOS LOZADA VARGAS// FENOMENO DEL NIÑO 5.3 Aportes a respuesta 026ER33989// PROYECTO DE ACUERDO 433 DE 2026// SECRETARÍA DE GOBIERNO// ATENCIÓN INTEGRAL PACIENTES CRÓNICOS EN ESTADO DE VULNERABILIDAD	Realicé: 5.1_20052026_planeacion fortalecimiento capacidades. 5.2 Documento de respuesta 2026ER34030 5.3 Documento de respuesta 026ER33989
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
Empresa:	Compensar EPS	Empresa: Colpensiones
Suma cancelada:	384.000	Suma cancelada: 491.500
		APORTES RIESGOS LABORALES
Empresa:		Empresa: SURA S. A
		Nivel Riesgo: I
Suma cancelada:		Suma cancelada: 74.900

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

No Planilla:	79979207	No Planilla:	79979207	No Planilla:	79979207
Mes(es) cancelado(s):	Abril 2026	Mes(es) cancelado(s):	Abril 2026	Mes(es) cancelado(s):	Abril 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: Leidy Johanna Castañeda Campos.				
	FIRMA: 				
	No. DOCUMENTO DE IDENTIDAD: 53073099				

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 <u>61.54</u> % 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: KATHERINE SÁNCHEZ PRIETO			

	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:	

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

	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: MONICA MARCELA TORRES ROJAS
	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.

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	53073099	LEIDY JOHANNA CASTAÑEDA CAMPOS		CL22 # 41 36SUR	3105736265	leidyjohanna.h36@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
		79979207	19/05/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-04	2026-04	I	\$3,071,600	\$1.011.900	

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	384.000	0		0		0	0	0	0	384.000	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	491.500	0	0	0	0	0	0		491.500	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	74.900				74.900	0	0	74.900			749	74.900	1

TOTALES CAJAS									
Código CCF	Nombre					NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte
CCF24	Compensar Caja					860066942-7	61.500	0	0
									Total a Pagar
									61.500
									No. Afiliados
									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	384.000	384.000
Pensión	1	491.500	491.500
Riesgos Laborales	1	74.900	74.900
CCF	1	61.500	61.500
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	4	1.011.900	1.011.900

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	53073099	LEIDY JOHANNA CASTAÑEDA CAMPOS		CL22 # 41 36SUR	3105736265	leidyjohanna.h36@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
		79979207	19/05/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-04	2026-04	I	\$3,071,600	\$1.011.900	

DETALLE POR COTIZANTE																																																		
INFORMACIÓN COTIZANTE								INFORMACIÓN NOVEDADES								PENSIÓN						SALUD				RIESGOS LABORALES				CCF				PARAFISCALES																
No.	Tipo y Número de Identificación	Apellidos y Nombres			Cotizante	Salud	Extranjero	Colom. exterior	Exonente	INS	RET	TDE	TAE	TAP	UPP	VST	SEN	RSE	LKA	ANC	ANC	UCT	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 53073099	CASTAÑEDA CAMPOS LEIDY JOHANNA			59	0		N																	25-14	3.071.600	30	491.500	0	0	0	0	EPS008	3.071.600	30	384.000	14-11	3.071.600	30	3	74.900	CCF24	3.071.600	30	61.500	0	0	0	0	0

Medellín, 01 de junio de 2026

CERTIFICADO DE AFILIACIÓN – ARL SURA

La Administradora de Riesgos Laborales, SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A.NIT 890.903.790 - 5, certifica:

Que LEIDY JOHANNA CASTAÑEDA CAMPOS identificado(a) con C53073099 se encuentra afiliado(a) a Riesgos Laborales y está en estado activo.

Si desea validar que este certificado haya sido realmente emitido por ARL Sura y la información aquí contenida sea real, visite www.arsura.com.co / validar certificados e ingrese el siguiente código único de generación válido por un mes: C530730992615238989

BOGOTÁ SECRETARÍA DE SALUD FONDO FINANCIERO DISTRITAL DE SALUD ORDEN DE PAGO Vig Ppto: 2026 No: 607942 Usuario Dilig: ACBOTELLO Fecha de Impresión: 30/05/2026 Estado: GIRADA													
Entidad:		FONDO FINANCIERO DISTRITAL DE SALUD											
Código:		201		Unidad Eje:		01		Fecha Diligenciamiento:		07-MAY-26			
1. DATOS DEL BENEFICIARIO													
Nombre:		LEIDY JOHANNA CASTAÑEDA CAMPOS			Regimen:		No Responsable						
Dirección:		CL 22 41 36 SUR AP 302			Teléfono y Fax:								
C.C o NIT:		53073099			Banco/Sucursal:		DAVIVIENDA		Cuenta No/Clase:		007590394362/A		
2. DATOS DEL COMPROMISO													
Compromiso a Pagar:		CT - CONTRATOS (CON / SIN LICITACIÓN)			No:		8585074		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-NO9091168-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)	
				771		02-3-01-17-019-06-20240187-223061000		1435		PSS-001 Prestación de servicios al FFDS - SDS		\$7.679.000,00	
				VR BRUTO		SIETE MILLONES SEISCIENTOS SETENTA Y NUEVE MIL PESOS						\$7.679.000,00	
ID Rubro		Fuente		Detalle		Valor							
02-3-01-17-019-06-20240187-223061000		01		12013		\$7.679.000,00							
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		\$7.679.000,00					
ESTAMPILLA - EST. PROCULTURA 0,5%		.5		\$7.679.000,00		2-4-36-90-0003		\$38.395,00					
ESTAMPILLA ADULTO MAYOR 2%		2		\$7.679.000,00		2-4-36-90-0007		\$153.580,00					
RETEFUENTE-L.1607/12-ART 383 - PERS.NATURAL (PLA)		0		\$6.787.300,00		2-4-36-15-0001		\$390.124,00					
RETEICA- SERVICIOS 0,766%		.766		\$6.787.300,00		2-4-36-27-0001		\$51.991,00					
Valor amortización:				TOTAL DESCUENTOS				\$634.090,00					
Id fuente		Detalle		VALOR NETO A GIRAR		SIETE MILLONES CUARENTA Y CUATRO MIL NOVECIENTOS DIEZ PESOS		\$7.044.910,00					
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							
													

BOGOTÁ

SECRETARÍA DE SALUD

Vig Ppto: 2026

ORDEN DE PAGO

No: 609209

Usuario Dilig: ACBOTELLO

Fecha de Impresión: 30/05/2026

Estado: GIRADA

Entidad: FONDO FINANCIERO DISTRITAL DE SALUD

Código: 201

Unidad Eje: 01

Fecha Diligenciamiento: 07-MAY-26

1. DATOS DEL BENEFICIARIO

Nombre: LEIDY JOHANNA CASTAÑEDA CAMPOS

Regimen: No Responsable

Dirección: CL 22 41 36 SUR AP 302

Teléfono y Fax:

C.C o NIT: 53073099

Banco/Sucursal: DAVIVIENDA

Cuenta No/Clase: 007590394362/A

2. DATOS DEL COMPROMISO

Compromiso a Pagar: CT - CONTRATOS (CON / SIN LICITACIÓN)

No: 8585074

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-IN8585074-PERIDO DE:01-ene 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)
2706	02-3-01-17-019-06-20240187-223061051	3864	Contratación de Recurso Humano	\$598.962,00
VR BRUTO	QUINIENTOS NOVENTA Y OCHO MIL NOVECIENTOS SESENTA Y DOS PESOS			\$598.962,00

ID Rubro	Fuente	Detalle	Valor	
02-3-01-17-019-06-20240187-223061051	01	12013	\$598.962,00	
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	\$598.962,00
RETEICA- SERVICIOS 0,766%	.766	\$529.362,00	2-4-36-27-0001	\$4.055,00
ESTAMPILLA ADULTO MAYOR 2%	2	\$598.962,00	2-4-36-90-0007	\$11.979,00
RETEFUENTE-L.1607/12-ART 383 - PERS.NATURAL (PLA)	0	\$529.362,00	2-4-36-15-0001	\$30.430,00
ESTAMPILLA - EST_PROCLUTURA 0,5%	.5	\$598.962,00	2-4-36-90-0003	\$2.995,00
TOTAL DESCUENTOS			\$49.459,00	
VALOR NETO A GIRAR	QUINIENTOS CUARENTA Y NUEVE MIL QUINIENTOS TRES PESOS		\$549.503,00	
			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

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

icontec

ISO 9001

CO-SC-CER155793

ICNet

CO-SC-CER155793

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.

BOGOTÁ SECRETARÍA DE SALUD Vig Ppto: 2026 FONDO FINANCIERO DISTRITAL DE SALUD ORDEN DE PAGO No: 609472 Usuario Dilig: ACBOTELLO Fecha de Impresión: 30/05/2026 Estado: GIRADA													
Entidad:		FONDO FINANCIERO DISTRITAL DE SALUD											
Código:		201		Unidad Eje:		01		Fecha Diligenciamiento:		07-MAY-26			
1. DATOS DEL BENEFICIARIO													
Nombre:		LEIDY JOHANNA CASTAÑEDA CAMPOS			Regimen:		No Responsable						
Dirección:		CL 22 41 36 SUR AP 302			Teléfono y Fax:								
C.C o NIT:		53073099			Banco/Sucursal:		DAVIVIENDA		Cuenta No/Clase:		007590394362/A		
2. DATOS DEL COMPROMISO													
Compromiso a Pagar:		CT - CONTRATOS (CON / SIN LICITACIÓN)			No:		8585074		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-INV8585074-PERIDO DE:01-ene 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)	
				771		02-3-01-17-019-06-20240187-223061000		1434		PSS-001 Prestación de servicios al FFDS - SDS		\$967.554,00	
				VR BRUTO		NOVECIENTOS SESENTA Y SIETE MIL QUINIENTOS CINCUENTA Y CUATRO PESOS						\$967.554,00	
ID Rubro		Fuente		Detalle		Valor							
02-3-01-17-019-06-20240187-223061000		01		12013		\$967.554,00							
Tipo		Com		Objeto		Ingreso		Banco					
023		20202009		91122		01-5-01-01-004-12							
4. MOVIMIENTO FINANCIERO Y CONTABLE													
Descripción				% Descuento		Base de Retención		Código Contable		VALORES			
Valor Bruto								5-1-11-79-0001		\$967.554,00			
RETEFUENTE-L.1607/12-ART 383 - PERS.NATURAL (PLA)				0		\$855.154,00		2-4-36-15-0001		\$49.156,00			
ESTAMPILLA ADULTO MAYOR 2%				2		\$967.554,00		2-4-36-90-0007		\$19.351,00			
ESTAMPILLA - EST_PROCLTURA 0,5%				.5		\$967.554,00		2-4-36-90-0003		\$4.838,00			
RETEICA- SERVICIOS 0,766%				.766		\$855.154,00		2-4-36-27-0001		\$6.550,00			
TOTAL DESCUENTOS										\$79.895,00			
VALOR NETO A GIRAR										\$887.659,00			
								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							