

	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:		PLAZO DE EJECUCIÓN
FONDO FINANCIERO DISTRITAL DE SALUD		312 días
		PRÓRROGA: No aplica
CONTRATISTA: LEIDY JOHANNA CASTAÑEDA CAMPOS		Fecha de Inicio (Prórroga)
		Fecha de Terminación (Prórroga):
		SUSPENSIÓN:
		No aplica
SUPERVISOR:		Fecha de Inicio (Suspensión): No aplica
KATHERINE SÁNCHEZ PRIETO Dirección de Provisión de Servicios de Salud Profesional Especializado Grado 222 – Código 27		Nueva Fecha de Terminación (Suspensión): No aplica
		PERIODO DEL INFORME: 1/06/2026 –30/06/2026
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:	\$ 81.397.400
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):	\$ 51.103.745
VALOR A PAGAR EN EL PRESENTE PERIODO DEL INFORME:	\$ 8.070.629
SALDO POR EJECUTAR:	\$ 24.211.887

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 Socialización de los documentos técnicos de ACV-IAM_CCVM a IPS públicas y privadas para su adopción.	Realicé: 1.1 Oficios de radicación.



	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 Acompañamiento en la construcción de las sesiones de fortalecimiento para el desarrollo de metodología en el marco de séptupla meta. 1.3 Desarrolle información Frecuencias de uso por Servicios SER 1.4 Mesa de apoyo técnico-académico para la revisión de modelo de servicios para Infarto Agudo de Miocardio (IAM) y Ataque Cerebro Vascular ACV	1.2 Informe de reunión séptuple meta 1.3 Matriz Notas técnicas y Matriz Notas técnicas - Flujogramas 09062026_Complementario 1.4 Acta_Servicios_IAM
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 Orientación técnica EAPB Ruralidad 2.2 Orientación técnica para el reporte de los indicadores correspondientes a Nueva EPS 2.3 Orientación técnica para el reporte de los indicadores correspondientes a FOMAG 2.4 Orientación técnica para el reporte de los indicadores correspondientes a Unisalud y Ecopetrol	Realicé: 2.1 AT_16 DE JUNIO 2026 ruralidad preliminar. 2.2 Acta_AT_Indicadores_02_06_2026 2.3. Acta_OT_Indicadores_Preliminar_FOMAG 2.4. Acta_OT_Indicadores_Preliminar_UNI Eco
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 Acompañamiento de visita Fundación Novartis. 3.2 Reunión de articulación para revisión de lista de chequeo ACV e IAM Componente Cardiocerebrovascular y metabólico.	Realicé: 3.1 Formato_reunión_Fundación Novartis 3.2 Acta de reunión
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 Revisión de los avances en el ajuste del instrumento de seguimiento de ruralidad de las RIAS PMS, CCVM y ERC. 4.2 Participe en reunión para definir Plan de choque indicadores Subredes 4.3 Participe en reunión plan de	Realicé: 4.1_Acta de Reunión Ruralidad 4.2 Acta_Plan de Choque_Indicadores_Subredes 4.3 Informe de reunión

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			

	choque indicadores en salud.	4.3.1_Informe de reunio ñ Plan_choque_subredes
	4.4 Participe en la reunión coordinación de eventos académicos y con comunidad	4.4_Acta de reunión_preliminar_Eventos
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 Observaciones al proyecto de Resolución Telesalud- Telemedicina. 5.2 Respuesta 2026ER43534// PROPOSICIÓN 580 DE 2026// CONCEJO DE BOGOTÁ// BANCADA PARTIDO ECOLOGISTA// CONTRATACIÓN SERVICIOS DE CARDIOLOGIA	Realicé: 5.1 Revisión_de_proy_telemedicina 5.1.1_Revisio ñ de proy. Telemedicina_LC 5.2 Respuesta a la pregunta No 3
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:
Suma cancelada:	403.600	Colpensiones
No Planilla:	92839044	Suma cancelada:
Mes(es) cancelado(s):	Mayo 2026	516.600
		Suma cancelada:
		78.700
		No Planilla:
		92839044
		Mes(es) cancelado(s):
		Mayo 2026
		Mes(es) cancelado(s):
		Mayo 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.				

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			

	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>71.15%</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
	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	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
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.	

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DÍAS/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DÍAS/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
		92839044	22/06/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-05	2026-05	I	\$3,228,252	\$1.063.500	

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	403.600	0		0		0	0	0	0	403.600	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	516.600	0	0	0	0	0	0		516.600	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	78.700				78.700	0	0	78.700			787	78.700	1

TOTALES CAJAS									
Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados		
CCF24	Compensar Caja	860066942-7	64.600	0	0	64.600	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	403.600	403.600
Pensión	1	516.600	516.600
Riesgos Laborales	1	78.700	78.700
CCF	1	64.600	64.600
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	4	1.063.500	1.063.500

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
		92839044	22/06/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-05	2026-05	I	\$3,228,252	\$1.063.500	

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	Económico	ING	RET	TDE	TAF	TAP	UPP	VST	SEN	RSE	LAA	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	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	3.228.252	30	516.600	0	0	0	0	EPS008	3.228.252	30	403.600	14-11	3.228.252	30	3	78.700	CCF24	3.228.252	30	64.600	0	0	0	0	0

SECRETARÍA DE SALUD FONDO FINANCIERO DISTRITAL DE SALUD ORDEN DE PAGO Vig Ppto: 2026 No: 612062 Usuario Dilig: ACBOTELLO Fecha de Impresión: 29/06/2026 Estado: GIRADA													
Entidad:		FONDO FINANCIERO DISTRITAL DE SALUD											
Código:		201		Unidad Eje:		01		Fecha Diligenciamiento:		05-JUN-26			
1. DATOS DEL BENEFICIARIO													
Nombre:		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-MAYO 2026 INDEXACION CTO-IN8585074-PERIDO DE:01-may 30-may-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		\$149.740,00	
				VR BRUTO		CIENTO CUARENTA Y NUEVE MIL SETECIENTOS CUARENTA PESOS						\$149.740,00	
ID Rubro		Fuente		Detalle		Valor							
02-3-01-17-019-06-20240187-223061051		01		12013		\$149.740,00							
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		\$149.740,00			
ESTAMPILLA - EST. PROCULTURA 0,5%				.5		\$149.740,00		2-4-36-90-0003		\$749,00			
RETEICA- SERVICIOS 0,766%				.766		\$132.340,00		2-4-36-27-0001		\$1.014,00			
ESTAMPILLA ADULTO MAYOR 2%				2		\$149.740,00		2-4-36-90-0007		\$2.995,00			
RETEFUENTE-L.1607/12-ART 383 - PERS.NATURAL (PLA)				0		\$132.353,00		2-4-36-15-0001		\$7.607,00			
Valor amortización:				TOTAL DESCUENTOS				\$12.365,00					
Id fuente		Detalle											
01		Recursos Del Distrito											
12013		APORTE ORDINARIO											
VALOR NETO A GIRAR				CIENTO TREINTA Y SIETE MIL TRESCIENTOS SETENTA Y CINCO PESOS				\$137.375,00					
								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						SANDRA MILENA MONROY RAMIREZ Responsable del Presupuesto							

FONDO FINANCIERO DISTRITAL DE SALUD																									
		Vig Ppto: 2026		ORDEN DE PAGO		No: 611334		Usuario Dilig: ACBOTELLO Fecha de Impresión: 29/06/2026 Estado: GIRADA																	
Entidad:		FONDO FINANCIERO DISTRITAL DE SALUD																							
Código:		201		Unidad Eje:		01		Fecha Diligenciamiento: 05-JUN-26																	
1. DATOS DEL BENEFICIARIO																									
Nombre:		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-MAYO 2026 CTO-NO8585074-PERIDO DE:01-may 30-may-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																
<table border="1"> <thead> <tr> <th>ID Rubro</th> <th>Fuente</th> <th>Detalle</th> <th>Valor</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>02-3-01-17-019-06-20240187-223061000</td> <td>01</td> <td>12013</td> <td>\$7.679.000,00</td> </tr> <tr> <td>Tipo</td> <td>Com</td> <td>Objeto</td> <td>Ingreso</td> </tr> <tr> <td>023</td> <td>20202009</td> <td>91122</td> <td>01-5-01-01-004-11</td> </tr> </tbody> </table>				ID Rubro	Fuente	Detalle	Valor	02-3-01-17-019-06-20240187-223061000	01	12013	\$7.679.000,00	Tipo	Com	Objeto	Ingreso	023	20202009	91122	01-5-01-01-004-11						
ID Rubro	Fuente	Detalle	Valor																						
02-3-01-17-019-06-20240187-223061000	01	12013	\$7.679.000,00																						
Tipo	Com	Objeto	Ingreso																						
023	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 ADULTO MAYOR 2%	2	\$7.679.000,00	2-4-36-90-0007	\$153.580,00																	
				RETEICA- SERVICIOS 0,766%	.766	\$6.787.300,00	2-4-36-27-0001	\$51.991,00																	
				ESTAMPILLA - EST_PROCLTURA 0,5%	.5	\$7.679.000,00	2-4-36-90-0003	\$38.395,00																	
				RETEFUENTE-L.1607/12-ART 383 - PERS.NATURAL (PLA)	0	\$6.787.373,00	2-4-36-15-0001	\$390.124,00																	
Valor amortización:				TOTAL DESCUENTOS			\$634.090,00																		
<table border="1"> <thead> <tr> <th>Id fuente</th> <th>Detalle</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>01</td> <td>Recursos Del Distrito</td> </tr> <tr> <td>12013</td> <td>APORTE ORDINARIO</td> </tr> </tbody> </table>				Id fuente	Detalle	01	Recursos Del Distrito	12013	APORTE ORDINARIO	VALOR NETO A GIRAR			SIETE MILLONES CUARENTA Y CUATRO MIL NOVECIENTOS DIEZ PESOS Código contable 2-4-01-02-0003												
Id fuente	Detalle																								
01	Recursos Del Distrito																								
12013	APORTE ORDINARIO																								
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: 611957 Usuario Dilig: ACBOTELLO Fecha de Impresión: 29/06/2026 Estado: GIRADA													
Entidad:		FONDO FINANCIERO DISTRITAL DE SALUD											
Código:		201		Unidad Eje:		01		Fecha Diligenciamiento:		05-JUN-26			
1. DATOS DEL BENEFICIARIO													
Nombre:		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-MAYO 2026 INDEXACION CTO-INV8585074-PERIDO DE:01-may 30-may-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		\$241.889,00	
				VR BRUTO		DOSCIENTOS CUARENTA Y UN MIL OCHOCIENTOS OCHENTA Y NUEVE PESOS						\$241.889,00	
ID Rubro		Fuente		Detalle		Valor							
02-3-01-17-019-06-20240187-223061000		01		12013		\$241.889,00							
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		\$241.889,00			
ESTAMPILLA ADULTO MAYOR 2%				2		\$241.889,00		2-4-36-90-0007		\$4.838,00			
RETEFUENTE-L.1607/12-ART 383 - PERS.NATURAL (PLA)				0		\$213.803,00		2-4-36-15-0001		\$12.289,00			
RETEICA- SERVICIOS 0,766%				.766		\$213.789,00		2-4-36-27-0001		\$1.638,00			
ESTAMPILLA - EST_PROCLTURA 0,5%				.5		\$241.889,00		2-4-36-90-0003		\$1.209,00			
Valor amortización:				TOTAL DESCUENTOS				\$19.974,00					
Id fuente		Detalle		VALOR NETO A GIRAR		DOSCIENTOS VEINTIUN MIL NOVECIENTOS QUINCE PESOS				\$221.915,00			
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							

Medellín, 29 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: C530730992618070357