ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE SALUD

CERTIFICACIÓN DE SUPERVISOR

Código:	SDS-FIN-FT-038	Fecha:	16/03/2026	Versión:	8

EL (LOS) SUSCRITO(S) SUPERVISOR(ES)Y/O INTERVENTOR(ES) CERTIFICA(N):

INFORMACION GENERAL DEL CONTRATO/CONVENIO

Número y vigencia del contrato o convenio:	8382069-2025	Oficina, Dirección, Subdirección o Subsecretaría:	Dirección de Calidad de Servicios de Salud -Subdirección Inspección, Vigilancia y Control de Servicios de Salud			
Nombre / razón social del Contratista:	ANA MARIA LIZARAZO SALAZAR	Número de Nit o cédula:	52062915-9			
Fecha inicio del contrato o Convenio (Según acta de inicio):	9/10/2025	Fecha terminación Contrato o Convenio (incluidas las prorrogas).	30/09/2026	Pensionado	SI	NO X
				Porcentaje de cotización de la ARL		0,522%
Objeto contractual:	Prestar servicios técnicos en el apoyo administrativo de las actividades desarrolladas en el marco del proyecto de Fortalecimiento para el acceso a los servicios de salud con calidad en la población Bogotá D.C. en la Subdirección Inspección, Vigilancia y Control de Servicios de Salud					
FFDS VALOR INICIAL:	$41.878.167	Cofinanciación Inicial :	$0	Valor Total inicial	$	41.878.167
FFDS VALOR FINAL:	$41.524.267	Cofinanciación Final :	$0	Valor Total final	$	41.524.267

Número y valor de las adiciones o reducciones del contrato / convenio:	ADICIONES			REDUCCIONES		
	No. Consec.	Fecha Aprobac.	Valor	No. Consec.	Fecha Aprobac.	Valor
			$ -	1	3/12/2025	$ 353.900,00
			$ -			$ -
			$ -			$ -

Número y tiempo de las prórrogas o disminución de plazo del contrato / convenio :	PRÓRROGAS			DISMINUCIONES		
	No. Consec.	Fecha Aprobac.	Tiempo	No. Consec.	Fecha Aprobac.	Tiempo
				1	3/12/2025	3 días desde 6 de octubre al 8 de octubre de 2025

Otro tipo de modificaciones contractuales	No. Consec.	Fecha Aprobac.	Concepto	Descripción

INFORMACION GENERAL DEL PAGO SOLICITADO

Periodo Certificado (Fechas):	*01 al 31 de marzo de 2026*	Porcentaje del pago:	*8,52%*		
Valor a Cancelar (Letras):	Tres Millones Quinientos Treinta y Nueve Mil Pesos m/Cte		Valor a Cancelar (Números):	$	3.539.000,00
Valor ejecutado Acumulado	$20.290.267	Saldo por ejecutar:	$21.234.000	Porcentaje de ejecución:	*48,86%*
Número de Factura o cuenta de cobro:	AM14621		Número de pago:	SEXTO	

Número (s) de CDP y registro (s) presupuestal (es) que amparan este pago:	CDP	RP	AÑO	Valor	Fuente de Financiación:
	1474	2395	2026	$ 3.539.000,00	12- Aporte Ordinario-Otros del Distrito para compremeter en 2026
				$ -	
				$ -	
				$ -	

SI EL CONTRATO Y/O SUPERA LOS NUMEROS DE ESPACIO ESTABLECIDOS SE SOLCITA ENVIAR UN ANEXO CON LA INFORMACION REQUERIDA CON LA **NOTA - "VER ANEXO"**

CERTIFICACION DE CUMPLIMIENTO DE CONDICIONES PARA EL PAGO E INFORMACION ADICIONAL

*"En calidad de supervisión y/o interventoría, **certificamos que el desembolso solicitado** se encuentra amparado por la programación del PAC mensual, cumpliendo con la normativa vigente para el trámite de pagos. Asimismo, se hace constar que el contratista está al día con sus obligaciones de Seguridad Social Integral y que los soportes de facturación **cumplen con los requisitos legales** . Finalmente, se certifica que se recibieron a satisfacción las actividades, elementos y entregables conforme a los términos y la forma de pago pactados en el contrato o convenio, según el **Manual de Contratación institucional.** "*

¿Se requiere realizar **ENDOSO**?:	*Marcar con una equis (X)*	SI / NO X	Cuenta Bancaria	Davivienda	*Ahorros*	1217278889
Anexos:	FACTURA ELECTRONICA AM14621		Observaciones :	*RIESGO DE ARL 1 *La liberación presupuestal se realizó durante la ejecución del contrato		

La presente certificación se expide a los: 07/04/2026

Firmado digitalmente por Ronald Alexander Tovar sierra
Fecha: 2026.04.09 11:38:03 -05'00'

RONALD ALEXANDER TOVAR SIERRA
Cargo: Subdirector Tecnico Codigo 68 Grado 06 (E)

	Nombres completos	Firma	Teléfono o Ext.
Referente(s) Técnico(s):	Oscar Eduardo Ramos Zamora	Firmado digitalmente por Oscar Ramos	9464
Referente(s) Financiero(s):	Dario Alfonso Solano Guerrero	Dario S	9464

LIZARAZO SALAZAR ANA MARIA
NIT: 52062915-9
CRA 50 5B-57 BOGOTA
PBX:3115190994 / 32323488
repacarjavier@hotmail.com
Resolución DIAN N°18764105949609 válida desde 2026-02-16 hasta 2026-08-16
Rango de numeración aprobado desde AM 14429 hasta AM 15000

FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA
Número:AM14621

Señores: FONDO FINANCIERO DISTRITAL DE SALUD	Nit: 800246953-2	Dirección: CRA 32 N° 12-81, BOGOTA	Forma de Pago: Crédito
Teléfono: 3649090	Medio de Pago: Acuerdo mutuo	Email: CONTRATACIONESCALIDAD@SAULDCAPITAL.GOV.CO	Moneda: Pesos
Fecha y Hora de Generación: 2026-04-01 10:18:52	Fecha Vencimiento: 2026-04-01	Fecha y Hora de Validación: 2026-04-01 10:18:52	Orden de Compra:
Vendedor: SUAREZ BETANCOURTH JAVIER ORLANDO		Observaciones: SERVICIOS	

ITEM	CODIGO	DESCRIPCION	IVA%	CANTU/M	VR. UNIT	%DS	VR. TOTAL
1	01	REFERENCIA 044-022100_0137_8140 PRESTAR SERVICIOS TECNICOS EN EL APOYO ADMINISTRATIVO DE LAS ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL MARCO DEL PROYECTO DE FORTALECIMIENTO PARA EL ACCESO A LOS SERVICIOS DE SALUD CON CALIDAD EN LA POBLACION BOGOTA D.C. EN LA SUBDIRECCION INSPECCION, VIGILANCIA Y CONTROL DE SERVICIOS DE SALUD. CONTRATO No 8382069 de 2025. PAGO DEL 01 AL 31 DE MARZO DEL 2026	19	1 ZZ	2.973.950,00		**2.973.950,00**

Nro. Items1 **Valor en Letras:**TRES MILLONES QUINIENTOS TREINTA Y NUEVE MIL COP

IMPUESTO	BASE	TARIFA	IMPORT
IVA	2.973.950,00	19,00%	565.050,00

DESCUENTOS	0,00
SUBTOTAL	2.973.950,00
IVA 19%	$ 565.050,00
RETE ICA	0,00
RETE RENTA	0,00
TOTAL	3.539.000,00

CUFE:ae3e9b4220d5712f600abe89712243acb3463f59b19d848a3661cc997b666c4fbcded5e33e69596e743bc7e059932ab1

Firma Certificación: fpNOP1W5JvJfXqHL8+0Dap6jThxqt2qLi8PHN7j7vIwNZwJ4j3YL8abdFfzUh+GPOdUBrmkkHXGIn8C3YLrDjxDbNzOXwRidVJi631dgSxN5Jz9PQ+cc+Xw+POrFmwdYQPy8IjwTZhuBGAYVhhFf54pzb/HmJTl/0kc+3eBZ0I0ekUoqcE2dAxHlmfkEd46sCzkMIQJ1FnIfjbiesfCjBnr8w6tRfX6DB4dGihNGhMUKaz5ev30l5ZWldX63/Sed6Wo/r/9VYBy5metVMBwKvfmVqhiJ/nfFifEwz+j0Shfj25Y/SYyZBhvmntaZNQ6EbI9CdvVj4TvAc15apvtQgA==

Sistema de facturación de CENTSYS CS S.A.S. NIT 900648597-1
Tu Solución de Facturación Electrónica es Taxxa (NIT: 901.402.281-7)

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: **Subdirección Inspección Vigilancia y control de servicios de salud**	**CONTRATO No.** **8382069**	**PERIODO DEL CONTRATO:** Fecha de Inicio: 09/10/2025 Fecha de Terminación: 30/09/2026
ENTIDAD CONTRATANTE: **FONDO FINANCIERO DISTRITAL DE SALUD**		**PLAZO DE EJECUCIÓN:** Trescientos Cincuenta Y Dos Días (352) **PRÓRROGA:**
CONTRATISTA: **ANA MARIA LIZARAZO SALAZAR** ***CC 52062915***		Fecha de Inicio (Prórroga): Fecha de Terminación (Prórroga): **SUSPENSIÓN**
SUPERVISORA (Nombre y cargo): MARIANA BARROS CADENA Subdirección de Inspección Vigilancia Control de Servicios de Salud SUBDIRECTOR TECNICO 68 GRADO 6		Fecha de Inicio (Suspensión): Nueva Fecha de Terminación (Suspensión **PERIODO DEL INFORME:** ***01/03/2026 – 31/03/2026***
OBJETO DEL CONTRATO: Prestar servicios técnicos en el apoyo administrativo de las actividades desarrolladas en el marco del proyecto de Fortalecimiento para el acceso a los servicios de salud con calidad en la población Bogotá D.C. en la Subdirección Inspección, Vigilancia y Control de Servicios de Salud.		

BALANCE FINANCIERO DEL CONTRATO	
VALOR INICIAL DEL CONTRATO:	$ 41.524.267,00
VALOR ADICIÓN (SI APLICA):	$ 00.000.000,00
VALOR INDEXACIÓN (SI APLICA):	$ 00.000.000,00
VALOR CEDIDO (SI APLICA)	$ 00.000.000,00
VALOR A LIBERAR (SI APLICA)	$ 00.000.000,00
VALOR PAGADO AL CONTRATISTA O CESIONARIO (SI APLICA):	$16.751.267,00
VALOR A PAGAR EN EL PRESENTE PERIODO DEL INFORME:	$3.539.000,00
SALDO POR EJECUTAR:	$21.234.000,00

ACTIVIDADES ESPECIFICAS, OBLIGACIONES DEL CONTRATISTA DESARROLLADAS DE ACUERDO CON EL OBJETO CONTRACTUAL		
OBLIGACIONES (Las estipuladas en la minuta del contrato)	**AVANCE ACTIVIDADES** (Desarrolladas en el periodo objeto del informe - referente a la obligación)	**EVIDENCIAS O SOPORTE** (Con respecto a la actividad desarrollada y donde reposan)
1.Apoyar en los trámites del sistema de gestión,		Se apoyo en los tramites de gestión se **TRAMITARON, EN TOTAL: 599 tramites**

incluyendo la radicación en Agilsalud y el envío de actuaciones administrativas y correspondencia, dentro de los dos (2) días siguientes a su asignación, salvo situaciones que demanden atención inmediata	Se realiza apoyo técnico administrativo en la radicación aplicativo AGILSALUD *Etiquetas de AGILSALUD *Cargue de evidencias	**en AGILSALUD.DENTRO DE ELLOS 474 OFICIOS DE PRELIMINARES** de notificaciones y Actuaciones en AGILSALUD y de documentos Electronicos Carteleras y otros . 125 (CARGUE DE CERTIMAILS y DEMAS TOTAL TRAMITES SEGÚN REPORTE AGILSALUD 652) Para el anterior proceso se envían correos por el **Aplicativo 472 de correo certificado** se lleva un registro de los mismos para control y evidencias. Se tramitan las notificaciones en los tiempos establecidos. *Se realiza cargue de evidencias en la ruta: * 8382069_Ana Maria Lizarazo Salazar_EVIDENCIA2 - MARZO 2026 TRAMITADOS AGILSALUD.pdf * 8382069_Ana Maria Lizarazo Salazar_MARZO 2026 - EVIDENCIA3 BASE EXCEL DE OFICIOS TRAMITADOS.pdf * 8382069_Ana Maria Lizarazo Salazar_MARZO 2026 EVIDENCIA4 RADICADOS EN DOC. ELECTRONICOS AGILSALUD.pdf
2. Realizar la actualización del archivo en el respectivo expediente del certificado de envío por la oficina postal, en un plazo no mayor a dos (2) días tras el despacho de la información.	*Se Actualizan los expedientes con las actuaciones administrativas tramitadas anexando los oficios, actuaciones administrativas y certimail.	Se envían las comunicaciones por correo certificado 472, Se imprimieron soportes certi-mail de las actuaciones enviadas (474) y se anexan a los respectivos expedientes, foliando cada uno de ellos. Se imprimen oficios y certimail para las expedientes físicos y se descargan en pdf para los digitales se anexan a cada expediente. Se devolvieron Expedientes en los tiempos establecidos.

3. Ejecutar las actividades relacionadas con la gestión documental, mediante la radicación y actualización de la correspondencia interna y externa en el aplicativo o herramienta institucional dispuesta para tal fin, asegurando su registro dentro de un máximo de dos (2) días de acuerdo a las acciones requeridas en el Anexo Técnico y conforme a las prioridades y procedimientos definidos por la Subdirección de Inspección, Vigilancia y Control de Servicios de Salud .	Se revisaron, Descargaron, organizaron, clasificaron y anexaron los documentos enviados por las diferentes entidades, prestadoras de SS, por medio del Correo Electrónico, Plataforma AGILSALUD Se elabora control en Excel Se Actualiza Bases de Datos de las comunicaciones recibidas.	Se ENVIAN CORREOS, se lleva un registro de los mismos para control y evidencias, se descargan Certificados de envío, se imprimen todos los actos administrativos con correspondientes oficios y certimails, se anexan a preliminares físicas y a los Digitales se les carga dichos documentos, se anexan a expedientes físicos realizando foliación y registrando seguimiento en hoja de ruta, los digitales se suben oficios tramitados y certimail a la plataforma AGILSALUD Y SE ACTUALIZA BASE DE DATOS DE EXCEL. se descargó, imprimió de AGILSALUD Oficios con sus anexos para ser notificados a los diferentes prestadores. Se realiza la respectiva Actualización de la base de Datos General de Excel con los Expedientes tramitados además se registra en hoja de ruta de cada una los tramites realizados
4. Apoyar en el trámite de notificación de las actuaciones administrativas, conforme al cronograma definido por el área, registrando la evidencia correspondiente en la herramienta determinada por el supervisor del contrato.	Apoyó el trámite de notificación	*En este periodo no se presto servicio de notificación
5. Realizar seguimiento y actualización a los diferentes sistemas de información manejados en la dependencia, bases de datos y expedientes digitales, que se generen en el marco de la ejecución del contrato, en los plazos establecidos y cuando haya lugar a ello.	Se realizo seguimiento y actualización de los diferentes sistemas de información manejados en la dependencia en los plazos establecidos.	se descargan Certificados de envío, se anexan a expedientes físicos realizando foliación y registrando seguimiento en hoja de ruta, los digitales se suben oficios tramitados y certificados de Envío a la plataforma AGILSALUD Y SE ACTUALIZA BASE DE DATOS DE EXCEL.. SE REALIZA EL CARGUE DE INFORME EN AGILSALUD: RADICADO INFORME AGILSALUD MES DE ENERO : 2026-IE-Documento No. 380425
6-. Asistir a las reuniones, talleres ético-normativos y	En este periodo se asistió a Reuniones Programadas por la Subdirección De IVC	Se asistió a 3 reuniones :

otras actividades técnicas convocadas por el supervisor del contrato.	Se presto colaboración en otras actividades técnicas solicitadas por el supervisor EVIDENCIAS	1. El 02/03/2026 en el horario de 9 Am a 11 am con la Dra Mariana Barros Subdirectora IVC Y PERSONAL BPM 2. 11/03/2026 EN EL HORARIO DE 10 AM A 11 AM CON LA DRA MANQUILLO 3. 25/03/2026 en el horario de 19 AM am a 10:30 Am con el Dr OSCAR RAMOS. Se crearon en AGILSALUD 12 EXPEDIENTES 8382069_Ana Maria Lizarazo Salazar_ EVIDENCIA 1 expedientes creados MARZO 2026 AGILSALUD.pdf
7. Implementar los lineamientos del Manual de Servicio a la Ciudadanía de la SDS, durante la orientación y atención de trámites o solicitudes realizadas por la ciudadanía a través de los canales institucionales.	Se brinda información general sobre aspectos y tramites básicos de la dependencia a usuarios internos y externos.	Se prestó colaboración e información a mis compañeros que así lo requirieron. Se brindó Asesoria de tramites AGILSALUD A COMPAÑEROS QUE LO REQUIRIERON

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:	**SANITAS**	**Empresa:**	**COLPENSIONES**	**Empresa:**	**SURA**
				Nivel Riesgo:	1
Suma cancelada:	312.000	Suma cancelada:	400.000	Suma cancelada:	13.100
No Planilla:	1080876546	No Planilla:	1080876546	No Planilla:	1080876546
Mes(es) cancelado(s):	MARZO	Mes(es) cancelado(s):	MARZO	Mes(es) cancelado(s):	MARZO

EN CASO DE INFORME FINAL DE EJECUCION					
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: Ana Maria Lizarazo Salazar**
	FIRMA: ANAMARIALIZARAZO S
	No. DOCUMENTO DE IDENTIDAD: ***CC 52062915***

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 48,86 **%** de ejecución del contrato.	**OTRAS OBSERVACIONES:** **NO APLICA**

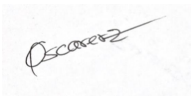
INFORME SUPERVISOR DE CONTRATO – SEGUIMIENTO A LOS RIESGOS DEL CONTRATO

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*	*NO APLICA*
2	Inadecuado manejo de la información a la cual tiene acceso el contratista		*X*	*NO APLICA*

SUPERVISOR	**NOMBRE Y APELLIDO: MARIANA BARROS CADENA** **Subdirectora de Inspección Vigilancia Control de Servicios de Salud**

	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	 Firmado digitalmente por Oscar Ramos **NOMBRE Y APELLIDO: OSCAR EDUARDO RAMOS ZAMORA** Profesional Especializado
	FIRMA: El presente informe es revisado por el apoyo a la supervisión de manera electrónica a través de la plataforma SECOP II módulo plan de pagos, de conformidad con las condiciones establecidas por la Agencia Nacional de Contratación Pública-Colombia Compra Eficiente en su calidad de administradora del Sistema Electrónico para la Contratación Pública SECOP.

NOTAS:
** El presente informe da cumplimiento a lo citado en la ISO 9001:2015, en relación con el numeral 8.4.1.*
** Anexo: Comprobantes de pago de aportes al sistema de seguridad social en salud y pensión, Certificado ARL y Orden de Pago.*
** Para el cálculo del % de ejecución del contrato se deben tener en cuenta las adiciones si aplica.*

PAGOSIMPLE | REPORTE INDIVIDUAL

Fecha creación reporte 2026-04-01, 10:41:05 AM **Tipo Planilla** I **Número Planilla** 1080876546

Periodo Cotización 202603 **Periodo Servicio** 202603

Cliente:

PAGADA 2026-04-01

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	ANA MARIA LIZARAZO SALAZAR				
Documento	CC 52062915	**Dirección**	CR 50 NORTE #5 B - 57 BOGOTA		
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	**Teléfono**	5639067		
Tipo Persona	NATURAL	**Forma Presentación**	ÚNICO	**Total Afiliados**	1
Ciudad	BOGOTA D.C.	**Departamento**	BOGOTA D.C.		
Representante Legal		**Identificación**			

II. DATOS DEL AFILIADO

Documento	CC 52062915		**Residente**		**Exonerado**	N	**Apellidos y Nombres**	**Código Ciudad - Departamento**	**Centro de Trabajo**	**Ubicación Laboral**
Tipo Cotizante	59	00					LIZARAZO SALAZAR ANA MARIA	11001000 - 11		BOGOTA D.C.

III. APORTE POR CADA UNA DE LAS ADMINISTRADORAS ASOCIADAS AL AFILIADO:

Novedades																							**Extranjero**	**Tipo salario**	**Salario**	**Pensión**							**Salud**						**Riesgos**					**Caja**				**Parafiscales**			
ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	COR	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	Días AFP	Días EPS	Días ARP	Días CCF							Código AFP	Código Tras. AFP	Tarifa AFP	IBC	Total Aporte AFP	Total Aporte FSP	Total Aporte FSPS	Código EPS	Código Tras. EPS	Tarifa EPS	IBC EPS	Aporte Salud	Aporte UPC	Código ARL	Clase Riesgo	Tarifa ARL	IBC ARL	Aporte Riesgos	Código CCF	Tarifa CCF	IBC CCF	Aporte Caja	Tarifa SENA	Aporte SENA	Tarifa ICBF	Aporte ICBF
															0	30	30	30	30					$ 2.500.000	25-14		16 %	$ 2.500.000	$ 400.000	$ 0	$ 0	EPS005		12,5 %	$ 2.500.000	$ 312.500	$ 0	14-11	1	0,522 %	$ 2.500.000	$ 13.100	CCF21	0,6 %	$ 2.500.000	$ 15.000	0 %	$ 0	0 %	$ 0

IV. TOTALES

Total Aportes Pensión	Total Aportes FSP	Total Aportes FSPS	Total Aportes Salud	Total Aportes Riesgos	Total Aportes Cajas	Total Aportes SENA	Total Aportes ICBF	Total Aportes ESAP	Total Aportes MEN	Total Final
COLPENSIONES	FSP SOLIDARIDAD	FSP SUBSISTENCIA	EPS SANITAS	ARL SURA	CAFAM	SENA	ICBF	ESAP	MEN	
$ 400.000	$ 0	$ 0	$ 312.500	$ 13.100	$ 15.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 740.600

Líneas de Servicio FonoSIMPLE: Bogotá 601 4446634 - Cali: 602 5540577 - Medellín: 604 5146669 - Bucaramanga: 607 6438000 - Cartagena: 605 6945444 - Pereira: 606 3402582 - Barranquilla: 605 3618850 - Resto del País: 018000 971 971 - ¡Más que Fácil, SIMPLE!

¡El Poder de lo SIMPLE!

Medellin, 1 de abril de 2026

LA DIRECCIÓN DE ASEGURAMIENTO SEGUROS OBLIGATORIOS HACE CONSTAR:

Que **ANA MARIA LIZARAZO SALAZAR** con documento de identidad **C52062915**, se encuentra afiliado(a) a la Administradora de Riesgos Laborales SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A. como trabajador(a) de **FONDO FINANCIERO DISTRITAL DE SALUD** con NIT **N800246953**.

A continuación, se relacionan las fechas de afiliación:

Información general de la afiliación

Fecha inicio	Fecha fin	Tipo cotizante	Centro de trabajo	Código C.T	Clase de riesgo	Tasa cotización	Estado cobertura
2025-10-03	2026-09-30	INDEPENDIENTE CON CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS SUPERIOR A UN MES	PRINCIPAL DC	0000000001	1	0.522	EN COBERTURA

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

FONDO FINANCIERO DISTRITAL DE SALUD

BOGOTÁ | SECRETARÍA DE SALUD

Vig Ppto: 2026 **ORDEN DE PAGO** No: 604110

Usuario Dilig: LECAMPOS
Fecha de Impresión: 31/03/2026
Estado: GIRADA

Entidad:	FONDO FINANCIERO DISTRITAL DE SALUD				
Código:	201	Unidad Eje:	01	Fecha Diligenciamiento:	13-MAR-26

1. DATOS DEL BENEFICIARIO

Nombre:	ANA MARIA LIZARAZO SALAZAR	Regimen:	Responsable		
Dirección:	AK 50 5 B 57 CA 1 PISO	Teléfono y Fax:	5639067		
C.C o NIT:	52062915	Banco/Sucursal:	DAVIVIENDA	Cuenta No/Clase:	001217278889/A

2. DATOS DEL COMPROMISO

Compromiso a Pagar:	CT - CONTRATOS (CON / SIN LICITACIÓN	No:	8382069	Interventor o responsable del recibo a satisfacción del bien o servicio:	TOTAL
Acta de Recibo No:		Nombre del Interventor:			

Detalle

REEMPLAZO DE CDP Y RP PARA LA VF 2026 A PRECIOS CORRIENTES VF2026014M,359-022100_0137_8140 PRESTAR SERVICIOS TÉCNICOS EN EL APOYOADMINISTRATIVO DE LAS ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL MARCO DEL PROYECTODE FORTALECIMIENTO PARA EL ACCESO A LOS SERVICIOS DE SALUD CON CALIDADEN LA POBLACIÓN BOGOTÁ D.C. EN LA SUBDIRECCIÓN INSPECCIÓN, VIGILANCIA YCONTROL DE SERVICIOS DE SALUD PERIODO FEBRERO 2026. FACTURA AM 14505. PAGO 5.

Tipo de Orden de Pago:	VIGENCIA

3. MOVIMIENTO PRESUPUESTAL

Fuente de financiación:

IMPUTACIÓN PRESUPUESTAL

CDP	Código Rubro	Registro	Nombre	Valor Aplicación (Gasto)
1474	O2-3-01-17-019-03-20240137-233175000	2395	IVC-Prestación de servicios al FFDS - SDS	$3.539.000,00

VR BRUTO	TRES MILLONES QUINIENTOS TREINTA Y NUEVE MIL PESOS	$3.539.000,00

ID Rubro	Fuente	Detalle	Valor	
O2-3-01-17-019-03-20240137-233175000	01	12013	$3.539.000,00	
Tipo	**Com**	**Objeto**	**Ingreso**	**Banco**
O23	20202009	91122	O1-5-01-01-004-11	

4. MOVIMIENTO FINANCIERO Y CONTABLE

Descripción	% Descuento	Base de Retención	Código Contable	VALORES
Valor Bruto			5-1-11-79-0001	$3.539.000,00
RETEIVA - IVA RETENIDO RESP REGIMEN COMUN	15	$565.050,00	2-4-36-25-0001	$84.758,00
ESTAMPILLA ADULTO MAYOR 2%	2	$2.973.950,00	2-4-36-90-0007	$59.479,00
RETEICA- SERVICIOS 0,766%	.766	$2.465.650,00	2-4-36-27-0001	$18.887,00
ESTAMPILLA - EST_PROCULTURA 0,5%	.5	$2.973.950,00	2-4-36-90-0003	$14.870,00

Valor amortización:		TOTAL DESCUENTOS	$177.994,00
Id fuente	Detalle	VALOR NETO A GIRAR: TRES MILLONES TRESCIENTOS SESENTA Y UN MIL SEIS PESOS	$3.361.006,00
01	Recursos Del Distrito		Código contable
12013	APORTE ORDINARIO		2-4-01-02-0001

MOVIMIENTO TESORERÍA

Endosado a:

Observaciones	Acreedor (Exclusivamente para transferencia de la administración)
	Nombre _____ Cédula _____ Firma _____

LUIS EDUARDO CAMPOS BERNAL GESTION DE PAGOS	YOLANDA PATRICIA VALDERRAMA CORTES Responsable del Presupuesto

Consulta Pagos