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: | $43.148.668 | Cofinanciación Final : | $0 | Valor Total final | $ | 43.148.668 |

| Número y valor de las adiciones o reducciones del contrato / convenio: | *ADICIONES* | | | *REDUCCIONES* | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | *No. Consec.* | *Fecha Aprobac.* | *Valor* | *No. Consec.* | *Fecha Aprobac.* | *Valor* |
| | 23194914 | 18/06/2026 | $ 1.624.401,00 | 20882517 | 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* |
| | | | | 20882517 | 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 |
|---|---|---|---|---|
| | 23194914 | 18/06/2024 | Indexación | Incremento del 5,10% por ajuste de honorarios de la vigencia 2026 |
| | | | | |
| | | | | |

## INFORMACION GENERAL DEL PAGO SOLICITADO

| | | | |
|---|---|---|---|
| Periodo Certificado (Fechas): | *01 al 30 de Junio de 2026* | Porcentaje del pago: | *10,71%* |
| Valor a Cancelar (Letras): | Cuatro Millones Seiscientos Veintiún Mil Novecientos Treinta y Cuatro Pesos m/Cte | Valor a Cancelar (Números): | $ 4.621.934,00 |
| Valor ejecutado Acumulado | $31.990.201 | Saldo por ejecutar: | $11.158.467 |
| Porcentaje de ejecución: | 74,14% | | |
| Número de Factura o cuenta de cobro: | AM15187 | Número de pago: | NOVENO |

| 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 | VF APORTE ORDINARIO 2025 |
| | 2931 | 4397 | 2026 | $ 637.020,00 | INDX. VF APORTE ORDINARIO 2025 |
| | 2926 | 4335 | 2026 | $ 445.914,00 | 12- SSF 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 AM15187 | | Observaciones : | *RIESGO DE ARL 1<br>*La liberación presupuestal se realizó durante la ejecución del contrato *<br>Reconocimiento de indexación de enero a junio de 2026 por valor de $ 1.082.934 y pago de honorarios del mes de junio de $ 3.539.000 | | |

La presente certificación se expide a los: 14/07/2026

Firmado digitalmente por Mariana Barros Cadena
Fecha: 2026.07.15 11:02:53 -05'00'

**MARIANA BARROS CADENA**
Cargo: Subdirector Tecnico Codigo 68 Grado 06

| | Nombres completos | Firma | Teléfono o Ext. |
|---|---|---|---|
| Referente(s) Técnico(s): | Omar Jackson Ortega | Firmado digitalmente por Omar Jackson Ortega Fecha: 2026.07.14 09:48:32 -05'00' | 9464 |
| Referente(s) Financiero(s): | Dario Alfonso Solano Guerrero | DARIO ALFONSO SOLANO GUERRERO Firmado digitalmente por DARIO ALFONSO SOLANO GUERRERO | 9464 |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD | GESTIÓN CONTRACTUAL<br>SUBDIRECCIÓN DE CONTRATACIÓN<br>SISTEMA DE GESTIÓN<br>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:**<br><br>**Subdirección Inspección Vigilancia y control de servicios de salud** | **CONTRATO No.**<br><br>**8382069** | **PERIODO DEL CONTRATO:**<br>Fecha de Inicio: 09/10/2025<br>Fecha de Terminación: 30/09/2026 |
| **ENTIDAD CONTRATANTE:**<br>**FONDO FINANCIERO DISTRITAL DE SALUD** | | **PLAZO DE EJECUCIÓN:**<br>Trescientos Cincuenta Y Dos Días (352)<br>**PRÓRROGA:** |
| **CONTRATISTA:**<br>**ANA MARIA LIZARAZO SALAZAR**<br>***CC 52062915*** | | Fecha de Inicio (Prórroga):<br>Fecha de Terminación (Prórroga):<br>**SUSPENSIÓN** |
| **SUPERVISORA (Nombre y cargo):**<br>**MARIANA BARROS CADENA**<br>Subdirección de Inspección Vigilancia Control de Servicios de Salud<br>SUBDIRECTORA TECNICO 68 GRADO 6 | | Fecha de Inicio (Suspensión):<br>Nueva Fecha de Terminación (Suspensión<br>**PERIODO DEL INFORME:**<br>***01/06/2026 – 30/06/2026*** |
| **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):** | $ 1.624.401,00 |
| **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):** | $27.368.267,00 |
| **VALOR A PAGAR EN EL PRESENTE PERIODO DEL INFORME:** | $3.539.000,00 |
| **SALDO POR EJECUTAR:** | $10.617.000,00 |

| **ACTIVIDADES ESPECIFICAS, OBLIGACIONES DEL CONTRATISTA DESARROLLADAS DE ACUERDO CON EL OBJETO CONTRACTUAL** | | |
|---|---|---|
| **OBLIGACIONES**<br>(Las estipuladas en la minuta del contrato) | **AVANCE ACTIVIDADES**<br>(Desarrolladas en el periodo objeto del informe - referente a la obligación) | **EVIDENCIAS O SOPORTE**<br>(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: 583 tramites** |

| | | |
|---|---|---|
| incluyendo la radicación en Agilsalud y el envío de actuaciones administrativas y correspondencia, dentro de los dos (2) días siguientes a su asignación,<br>salvo situaciones que demanden atención inmediata | Se realiza apoyo técnico administrativo en la radicación aplicativo AGILSALUD *Etiquetas de AGILSALUD<br><br>*Cargue de evidencias | **en AGILSALUD.DENTRO DE ELLOS 468 OFICIOS DE PRELIMINARES** de notificaciones y Actuaciones en AGILSALUD y de documentos Electronicos Carteleras . **115 Y 78 ACTOS ADMINISTRATIVOS** (CARGUE DE CERTIMAILS Y ACTUALIZACION DE BASES )<br>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.<br><br>*Se realiza cargue de evidencias en la ruta:<br><br>* 8382069_Ana Maria Lizarazo Salazar_EVIDENCIA1 -JUNIO 2026 TRAMITADOS AGILSALUD.pdf<br><br>* 8382069_Ana Maria Lizarazo Salazar_JUNIO 2026 EVIDENCIA 3 COMUNICACIONES NOTIFICADAS 472 RESP. TRASLADOS REQUERIM.pdf<br><br>* 8382069_Ana Maria Lizarazo Salazar_JUNIO 2026 EVIDENCIA2 RADICADOS EN DOC. ELECTRONICOS AGILSALUD.pdf<br><br>* 8382069_Ana Maria Lizarazo Salazar_JUNIO 2026 EVIDENCIA4 ACTOS ADMINISTRATIVOS NOTIFICADOS 472.pdf |
| **2.** Realizar la actualización del archivo en el respectivo expediente del certificado de envío por la oficina<br>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 (468) 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<br><br>. | Se revisaron, Descargaron, organizaron, clasificaron y anexaron los documentos enviados por las diferentes entidades, prestadoras de SS, por medio del Correo Electrónico, Plataforma AGILSALUD<br><br>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.<br><br>se descargó, imprimió de AGILSALUD Oficios con sus anexos para ser notificados a los diferentes prestadores.<br><br>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..<br>SE REALIZA EL CARGUE DE INFORME EN AGILSALUD: RADICADO INFORME AGILSALUD MES DE MAYO: 2026IE Documento No. 449499 |

| | | |
|---|---|---|
| 6-. Asistir a las reuniones, talleres ético-normativos y<br><br>otras actividades técnicas convocadas por el supervisor del contrato. | En este periodo se asistió a Reuniones Programadas por la Subdirección De IVC<br><br>Se presto colaboración en otras actividades técnicas solicitadas por el supervisor | Se asistió a 1 reunion :<br><br>1. Con el Dr omar Jackson Ortega Tema: ACUEROS DEL AREA ;presentación, Avances Tramites Pendientes, el dia 01/06/2026 en el horario de 9:00Am A 10 Am |
| 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 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: | 1083190150 | No Planilla: | 1083190150 | No Planilla: | 1083190150 |
| Mes(es) cancelado(s): | JUNIO | Mes(es) cancelado(s): | JUNIO | Mes(es) cancelado(s): | JUNIO |

**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: Ana Maria Lizarazo Salazar** |
| | **FIRMA:** ANAMARIALIZARAZOS |
| | **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 73,80**%** de ejecución del contrato. | **OTRAS OBSERVACIONES:**<br><br>**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**<br>**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** | **NOMBRE Y APELLIDO: OMAR JACKSON ORTEGA**<br>Profesional Especializado | Firmado digitalmente por Omar Jackson Ortega<br>Fecha: 2026.07.06 17:42:40 -05'00' |
| | **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** 2026-07-02, 12:58:45 PM **Tipo Planilla** I **Número Planilla** 1083190150

**Periodo Cotización** 202606 **Periodo Servicio** 202606

**Cliente:**

## PAGADA 2026-07-02

### 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!

ARL

Medellin, 6 de julio 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: 617497

Usuario Dilig: LECAMPOS
Fecha de Impresión: 03/09/2026
Estado: GIRADA

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| Entidad: | FONDO FINANCIERO DISTRITAL DE SALUD | | | | |
| Código: | 201 | Unidad Eje: | 01 | Fecha Diligenciamiento: | 17-JUL-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 JUNIO 2026. FACTURA AM 15187. PAGO 9

| | |
|---|---|
| Tipo de Orden de Pago: | VIGENCIA |

### 3. MOVIMIENTO PRESUPUESTAL

Fuente de financiación:

| 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 | |

**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 |

### 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 | $737.956,00 | 2-4-36-25-0001 | $110.693,00 |
| ESTAMPILLA - EST_PROCULTURA 0,5% | .5 | $3.883.978,00 | 2-4-36-90-0003 | $19.420,00 |
| RETEICA- SERVICIOS 0,766% | .766 | $3.681.578,00 | 2-4-36-27-0001 | $28.201,00 |
| ESTAMPILLA ADULTO MAYOR 2% | 2 | $3.883.978,00 | 2-4-36-90-0007 | $77.680,00 |

Valor amortización:

| Id fuente | Detalle |
|---|---|
| 01 | Recursos Del Distrito |
| 12013 | APORTE ORDINARIO |

| | | | |
|---|---|---|---|
| TOTAL DESCUENTOS | | | $235.994,00 |
| VALOR NETO A GIRAR | TRES MILLONES TRESCIENTOS TRES MIL SEIS PESOS | | $3.303.006,00 |
| | | Código contable | |
| | | 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

DIEGO ISMAEL OSMA YEPES
Responsable del Presupuesto

Consulta Pagos

# FONDO FINANCIERO DISTRITAL DE SALUD

BOGOTÁ SECRETARÍA DE SALUD

Vig Ppto: 2026

## ORDEN DE PAGO

No: 617498

Usuario Dilig: LECAMPOS
Fecha de Impresión: 03/09/2026
Estado: GIRADA

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| Entidad: | FONDO FINANCIERO DISTRITAL DE SALUD | | | | |
| Código: | 201 | Unidad Eje: | 01 | Fecha Diligenciamiento: | 17-JUL-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 INDEXACION PARA LA VF 2026 A PRECIOS CORRIENTES VF2026014M, 359-022100_0137_8140 PRESTAR SERVICIOS TÃ‰CNICOS 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 POBLACIÃ“N BOGOT¿¿ DC EN LA SUBDIRECCIÃ“N INSPECCIÃ“N, VIGILANCIA Y CONTROL DE SERVICIOS DE SALUD PERIODO JUNIO 2026. FACTURA AM 15187. PAGO 9

| | |
|---|---|
| Tipo de Orden de Pago: | VIGENCIA |

### 3. MOVIMIENTO PRESUPUESTAL

Fuente de financiación:

| ID Rubro | Fuente | Detalle | Valor | |
|---|---|---|---|---|
| O2-3-01-17-019-03-20240137-233175000 | 01 | 12013 | $637.020,00 | |
| Tipo | Com | Objeto | Ingreso | Banco |
| O23 | 20202009 | 91122 | O1-5-01-01-004-12 | |

IMPUTACIÓN PRESUPUESTAL

| CDP | Código Rubro | Registro | Nombre | Valor Aplicación (Gasto) |
|---|---|---|---|---|
| 2931 | O2-3-01-17-019-03-20240137-233175000 | 4397 | IVC-Prestación de servicios al FFDS - SDS | $637.020,00 |

| | | |
|---|---|---|
| VR BRUTO | SEISCIENTOS TREINTA Y SIETE MIL VEINTE PESOS | $637.020,00 |

### 4. MOVIMIENTO FINANCIERO Y CONTABLE

| Descripción | % Descuento | Base de Retención | Código Contable | VALORES |
|---|---|---|---|---|
| Valor Bruto | | | 5-1-11-79-0001 | $637.020,00 |

Valor amortización:

| Id fuente | Detalle |
|---|---|
| 01 | Recursos Del Distrito |
| 12013 | APORTE ORDINARIO |

| | | |
|---|---|---|
| TOTAL DESCUENTOS | | $0,00 |
| VALOR NETO A GIRAR | SEISCIENTOS TREINTA Y SIETE MIL VEINTE PESOS | $637.020,00 |
| | | Código contable |
| | | 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

DIEGO ISMAEL OSMA YEPES
Responsable del Presupuesto

Consulta Pagos

# FONDO FINANCIERO DISTRITAL DE SALUD

BOGOTÁ | SECRETARÍA DE SALUD

Vig Ppto: 2026

## ORDEN DE PAGO

No: 617499

Usuario Dilig: LECAMPOS
Fecha de Impresión: 03/09/2026
Estado: GIRADA

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| Entidad: | FONDO FINANCIERO DISTRITAL DE SALUD | | | | |
| Código: | 201 | Unidad Eje: | 01 | Fecha Diligenciamiento: | 17-JUL-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: | CONTRATACION DIRECTA | No: | 8382069 | Interventor o responsable del recibo a satisfacción del bien o servicio: | TOTAL |
| Acta de Recibo No: | | Nombre del Interventor: | | | |

Detalle

307-022100_0137_8140 (VF2026014)INDEXACION EXCEDENTE RECURSOS DE LA VIGENCIA PERIODO JUNIO 2026. FACTURA AM 15187. PAGO 9

Tipo de Orden de Pago: VIGENCIA

**3. MOVIMIENTO PRESUPUESTAL**

Fuente de financiación:

| ID Rubro | Fuente | Detalle | Valor |
|---|---|---|---|
| O2-3-01-17-019-03-20240137-233175051 | 01 | 12013 | $445.914,00 |

| Tipo | Com | Objeto | Ingreso | Banco |
|---|---|---|---|---|
| O23 | 20202009 | 91122 | O1-5-01-01-001 | |

IMPUTACIÓN PRESUPUESTAL

| CDP | Código Rubro | Registro | Nombre | Valor Aplicación (Gasto) |
|---|---|---|---|---|
| 2926 | O2-3-01-17-019-03-20240137-233175051 | 4335 | Contratación de Recurso Humano | $445.914,00 |

| | | |
|---|---|---|
| VR BRUTO | CUATROCIENTOS CUARENTA Y CINCO MIL NOVECIENTOS CATORCE PESOS | $445.914,00 |

**4. MOVIMIENTO FINANCIERO Y CONTABLE**

| Descripción | % Descuento | Base de Retención | Código Contable | VALORES |
|---|---|---|---|---|
| Valor Bruto | | | 5-1-11-79-0001 | $445.914,00 |

Valor amortización:

| Id fuente | Detalle |
|---|---|
| 01 | Recursos Del Distrito |
| 12013 | APORTE ORDINARIO |

| | | | |
|---|---|---|---|
| TOTAL DESCUENTOS | | $0,00 | |
| VALOR NETO A GIRAR | CUATROCIENTOS CUARENTA Y CINCO MIL NOVECIENTOS CATORCE PESOS | $445.914,00 | Código contable 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

DIEGO ISMAEL OSMA YEPES
Responsable del Presupuesto

Consulta Pagos