DESPACHO – SUBDIRECCIÓN – DIRECCIÓN U OFICINA: DIRECCIÓN DE PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD	**CONTRATO No. CO1.PCCNTR.** 4153716	**PERIODO DEL CONTRATO:**
		Fecha de Inicio: 01/11/2022
		Fecha de Terminación: 31/10/2023
ENTIDAD CONTRATANTE: **FONDO FINANCIERO DISTRITAL DE SALUD**		**PLAZO DE EJECUCIÓN:** 363 DIA
		PRÓRROGA:
CONTRATISTA: **CAROL PAOLA CIFUENTES DAZA**		Fecha de Inicio:
		Fecha de Terminación:
		SUSPENSIÓN:
SUPERVISOR (Nombre y cargo): **BEATRIZ HELENA GUERRERO AFRICANI** **Profesional especializado código 222 Grado 30**		Fecha de Inicio:
		Fecha de Terminación:
		PERIODO DEL INFORME: 1 al 30 DE NOVIEMBRE DE 2022
OBJETO DEL CONTRATO: 4153716 Prestar servicios profesionales especializados en la Dirección de Provisión de Servicios de Salud, para gestión del proceso de certificación y registro de discapacidad		

BALANCE FINANCIERO DEL CONTRATO	
VALOR INICIAL DEL CONTRATO:	$ 82.703.500,00
VALOR ADICIÓN:	$ 0
VALOR PAGADO AL CONTRATISTA:	$ 0
VALOR A PAGAR EN EL PRESENTE PERIODO DEL INFORME:	$ 6.835.000
SALDO POR EJECUTAR:	$ 75.868.500,00

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. Participar en la planeación, implementación y seguimiento de las acciones encaminadas a fortalecer el proceso de certificación de discapacidad en la Secretaría Distrital de Salud en sus fases de alistamiento, gestión de peticiones, registro y consolidación de información	01/11/2022: Inducción, presentación proceso de discapacidad, lectura de obligaciones contractuales y acciones a desarrollar, inducción manejo aplicativo Agilinea y validación de documentación de solicitudes Agilinea 02/11/2022 inducción plataforma SISPRO autorización de valoraciones, realizar autorizaciones de usuarios para valoración de certificación de discapacidad 11/11/2022 Asistí a la reunión mensual de las IPS certificadoras de discapacidad para revisar los compromisos relacionados con el	**Obligación 1** **1.** Soporte de gestión presentación en power point. **CARPETA N1** **2.** Soporte de gestión instructivos actualizados. **CARPETA N 1.**

	procedimiento de Certificación de Discapacidad, socialización a la oportunidad en las valoraciones y cargué del certificado en la plataforma SISPRO y elaboración del acta	**3.** Soporte de gestión correo electrónico. **CARPETA N 1**
2. Participar en la planeación e implementación de actividades de acompañamiento y asistencia técnica en campo a las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS) certificadoras en la ciudad, elaborar informes y hacer recomendaciones de mejora.	04/11/2022. Participación en la elaboración del cronograma de visitas a IPS certificadoras de discapacidad. 08/11/2022 Participación en la elaboración del formato de visitas a IPS certificadoras de discapacidad. 11/11/2022: Realicé la notificación de visita a las IPS certificadoras Caja De Compensación Familiar CAFAM, Subred Integrada De Servicios De Salud Sur E.S.E.Unidad De Servicios De Salud El Carmen - Materno Infantil, Zonamedica MR SAS Zonamedica Sede Norte. 15/11/2022: Realice la visita a la IPS Caja De Compensación Familiar CAFAM Centro De Atención En Salud Cafam Kennedy para verificar la gestión del procedimiento de certificación de discapacidad. 16/11/2022: Realice la visita a la IPS Subred Integrada De Servicios De Salud Sur E.S.E. Unidad De Servicios De Salud El Carmen - Materno Infantil para verificar la gestión del procedimiento de certificación de discapacidad. 17/11/2022: Elaboración y envío de propuesta de oficio para enviar a las IPS con el informe de la visita. 18/11/2022: Realice la visita a la IPS Zonamedica MR SAS Zonamedica Sede Norte para verificar la gestión del procedimiento de certificación de discapacidad. 18/112022 Realicé la notificación de visita a las IPS certificadoras Zonamedica Sede Soledad, Subred Integrada De Servicios De Salud Sur	**Obligación 2** 1. Soporte de gestión cronograma de visitas en **CARPETA N 2** 2. Soporte de gestión formato de visitas en **CARPETA N 2** 3. Soporte de gestión notificación de visita en **CARPETA N 2** 4. Soporte de gestión notificación de visita en **CARPETA N 2** 5. Soporte de gestión notificación de visita en **CARPETA N 2** 6. Soporte de gestión acta de reunión en **CARPETA N 2** 7. Soporte de gestión acta de reunión en **CARPETA N 2** 8. Soporte de gestión correo electrónico en **CARPETA N 2** 9. Soporte de gestión acta de reunión en **CARPETA N 2** 10. Soporte de gestión notificación de visita en **CARPETA N 2** 11. Soporte de gestión notificación de visita en **CARPETA N 2** 12. Soporte de gestión notificación de visita en **CARPETA N 2**

	Occidente Unidad De Servicios De Salud El Porvenir y Proyectar Salud S.A.S IPS Sanangel para verificar la gestión del procedimiento de certificación de discapacidad.	
3. Participar en la definición y seguimiento periódico de indicadores de calidad del procedimiento de certificación de discapacidad en las IPS y en la Secretaría Distrital de Salud.	Consolidación y presentación de resultados de propuesta de indicadores para envío y reporte de información relacionada con la oportunidad en la asignación de cita y realización de valoración multidisciplinaria ´por parte de las IPS certificadoras.	**Obligación 3** 1. Soporte archivo presentación en power point en **CARPETA N 3** 2. Soporte bases Bases de datos de novedades en **CARPETA N 3**
4. Apoyar de manera integral la gestión administrativa y técnica del procedimiento de certificación de discapacidad.	01/11/2022 se realiza validación de solicitudes Agilinea 02/11/2022 aprobación de valoraciones aplicativo SISPRO 04/11/2022 aprobación de valoraciones aplicativo SISPRO	**Obligación 4** 1. Soporte de gestión aplicativos
5. Participar en reuniones del grupo funcional de discapacidad y otras programadas por la dependencia.	17/11/2022: participación en la reunión mensual del grupo de discapacidad para realizar el seguimiento a las actividades internas.	**Obligación 5** 1. Soporte de gestión, acta de reunión en CARPETA N 5

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:

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		APORTES RIESGOS LABORALES	
Empresa:	SALUD TOTAL	Empresa:	PORVENIR	Empresa:	SURA
Suma cancelada:	$148,800	Suma cancelada:	$190,400	Suma cancelada:	$29,000
No Planilla:	9442399584	No Planilla:	9442399584	No Planilla:	9442399584
Mes(es) cancelado(s):	OCTUBRE	Mes(es) cancelado(s):	OCTUBRE	Mes(es) cancelado(s):	OCTUBRE

EN CASO DE INFORME FINAL DE EJECUCIÓN					
Relación de usuario y clave de acceso al equipo de cómputo:		Relación de usuarios y clave de acceso a los sistemas de información (SICAF, CORDIS, SICAPITAL, SIIAS, SIRC, SIDBA, SIPROJ, ETC.), si aplica a sus actividades:		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):	

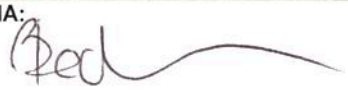
CONTRATISTA	**NOMBRES Y APELLIDOS:** **CAROL PAOLA CIFUENTES DAZA** **Profesional Especializado**
	FIRMA: 
	No. DOCUMENTO DE IDENTIDAD: **52485992**

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 8,3% de ejecución del contrato.	**OTRAS OBSERVACIONES:**

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:

N.º	*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	Evento Natural adverso (terremoto, inundación, entre otros)		X	N/A

SUPERVISOR	**SUPERVISOR (Nombre y cargo):** Beatriz Guerrero Africani. Profesional especializado código 222 Grado 30
	FIRMA: 
REVISÓ	**NOMBRE Y APELLIDO:** **N/A**
	FIRMA:

❖ *El presente informe da cumplimiento a lo citado en la ISO 9001:2015, en relación con el numeral 8.4.*

Anexo: Comprobantes de pago de aportes al Sistema de Seguridad Social en Salud y Pensión.

** Para el cálculo del % de ejecución del contrato se deben tener en cuenta las adiciones.*

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE								
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 52485992		CIFUENTES DAZA CAROL PAOLA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CARRERA 83 NO 23 A 40	BOGOTA-BOGOTA D.E.	4101555	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2022-10	2022-10	1738651282	9442399584	I	2022/11/23	2022/11/03	BANCO DAVIVIENDA	0	$392,000

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO					PENSION		SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES		
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)					**$1,190,000**	**$190,400**			**$1,190,000**	**$148,800**			**$1,190,000**	**$23,800**			**$1,190,000**	**$29,000**		**$0**	**$0**
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$1,190,000	$190,400			$1,190,000	$148,800			$1,190,000	$23,800			$1,190,000	$29,000		$0	$0
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)					$1,190,000	$190,400			$1,190,000	$148,800			$1,190,000	$23,800			$1,190,000	$29,000		$0	$0
1	CC 52485992	CIFUENTES CAROL	230301	30	$1,190,000	$190,400	EPS002	30	$1,190,000	$148,800	CCF24	30	$1,190,000	$23,800	14-11	30	$1,190,000	$29,000	30	$0	$0
Total Afiliados(1)					$1,190,000	$190,400			$1,190,000	$148,800			$1,190,000	$23,800			$1,190,000	$29,000		$0	$0

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificacion	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Telefono	Exonerado SENA e ICBF
CC 52485992		CIFUENTES DAZA CAROL PAOLA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CARRERA 83 NO 23 A 40	BOGOTA-BOGOTA D.E.	4101555	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pension	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2022-10	2022-10	1738651282	9442399584	I	2022/11/23	2022/11/03	BANCO DAVIVIENDA	0	$392.000

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$190,400	$0	$0	$190,400
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	$190,400	$0	$0	$190,400
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$29,000	$0	$0	$29,000
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	1	$29,000	$0	$0	$29,000
CCF (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$23,800	$0	$0	$23,800
COMPENSAR	CCF24	860,066,942	7	1	$23,800	$0	$0	$23,800
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$148,800	$0	$0	$148,800
SALUD TOTAL	EPS002	800,130,907	4	1	$148,800	$0	$0	$148,800
TOTAL				**1**	**$392,000**	**$0**	**$0**	**$392,000**