ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD	SUBDIRECCIÓN DE CONTRATACIÓN SISTEMA INTEGRADO 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 V.5	Elaborado por: Luis Eduardo Zamora Sánchez Revisado por: Ingrid Natalia Escobar Aprobado por: Francisco José Guerrero Loaiza	

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 Días
CONTRATISTA: **CAROL PAOLA CIFUENTES DAZA**		**PRÓRROGA:** Fecha de Inicio: Fecha de Terminación:
SUPERVISOR (Nombre y cargo): **BEATRIZ HELENA GUERRERO AFRICANI** **Profesional especializado código 222 Grado 30**		**SUSPENSIÓN:** Fecha de Inicio: Fecha de Terminación: **PERIODO DEL INFORME:** 1 al 31 DE ENERO DE 2023
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:	$ 13.670.000
VALOR A PAGAR EN EL PRESENTE PERIODO DEL INFORME:	$ 6.835.000
SALDO POR EJECUTAR:	$ 62.198.500

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)
Obligación 1 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	**Obligación 1** 03/01/2022 Se realizó los oficios de notificación a las IPS del plan de mejora de 13 IPS 04/01/2023 Participé y elaboración del Plan de acción año 2023 06/01/2023 Elaboración procedimiento visita técnica de acompañamiento y seguimiento. 06, 16/01/2023 Elaboración documento Compromisos Equipo de Trabajo.	**Obligación 1** 1. Soporte oficios radicados. **CARPETA N1** 2. Soporte documento en Excel Plan de Acción. **CARPETA N1.** 3. Soporte formato de procedimiento y envió por correo electrónico. **CARPETA N1** 4. Documento elaborado y aprobado. **CARPETA N1**

	10/01/2023 Participación reunión de acuerdos de ejecución con la IPS Compensar 12/01/2023. Realizar cronograma de visitas de seguimiento verificación plan de mejora. 13/01/2023 Realice el instructivo del formato de visita técnica de acompañamiento y seguimiento. 18/01/2023 Participación reunión de acuerdos de con las IPS Subred Sur Occidente y CRAC y ejecución y elaboración del acta 19/01/2023 Participación reunión de acuerdos de ejecución con la IPS Comerbas.y ejecución y elaboración del acta.	**5.** Acta de partición. **CARPETA N1.** **6.** Soporte cronograma. CARPETA N1 **7.** Formato con instructivo y soporte de envío correo electrónico. **8.** Acta de partición. **CARPETA N1.** **9.** Acta de partición. **CARPETA N1.**
Obligación 2 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.	**Obligación 2** 16/12/2022: Realice visita a la IPS Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E Unidad de servicios de Salud Usaquén para verificar la gestión del procedimiento de certificación de discapacidad. 19/12/2022: Realice visita a la IPS Caja De Compensación Familiar Compensar Unidad De Servicios Calle 42 para verificar la gestión del procedimiento de certificación de discapacidad. 20/12/2022: Realice visita a la IPS Caja De Compensación Familiar Compensar Unidad De Servicios Calle 26 para verificar la gestión del procedimiento de certificación de discapacidad. 21/12/2022: Realice visita a la IPS Comercializadora de Servicios Básicos SAS Comerbas Sede Venecia para	**Obligación 2** 1. Soporte de gestión notificación de visita en **CARPETA N 2** 2. Soporte de gestión acta de reunión en **CARPETA N 2** 3. Soporte de gestión notificación de visita en **CARPETA N 2** 4. Soporte de gestión acta de reunión 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 formato de vista técnica diligenciado y enviado a las IPS. **CARPETA N 2**

	verificar la gestión del procedimiento de certificación de discapacidad. 02/01/2023. Realice informe de visita de seguimiento para el plan mejora de las IPS CRAC, Compensar y Arcangeles. 04/01/2023: Se realizó informe de visita de seguimiento para el plan mejora de las IPS Compensar calle 42, Comerbas Venecia, Subred Sur Betania, Subred Norte y ASSO. 05/01/2023: Se realizó informe de visita de seguimiento para el plan mejora de las IPS Prerersalud, Terapéutica integral, MEDT y Soluciones y Asistencia.	8. Soporte de gestión formato de vista técnica diligenciado y enviado a las IPS. **CARPETA N 2.** 9. Soporte de gestión formato de vista técnica diligenciado y enviado a las IPS. **CARPETA N 2.**
Obligación 3 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.	**Obligación 3** 12/01/2023: Se realizó la revisión del plan de trabajo enviado por la IPS Arcángeles y se diligencio el formato de seguimiento plan de mejora. 13/01/2023: Se realizó la revisión del plan de trabajo enviado por la IPS Zonamedica y se diligencio el formato de seguimiento plan de mejora. 16/01/2023: Se realizó la revisión del plan de trabajo enviado por la IPS Proyectar y se diligencio el formato de seguimiento plan de mejora. 17/01/2023: Se realizó la revisión del plan de trabajo enviado por la IPS Subred Sur Occidente y Subred Sur y se diligencio el formato de seguimiento plan de mejora. 18/01/2023: Se realizó la revisión del plan de trabajo enviado por la IPS Comerbas y se diligencio el formato de seguimiento plan de mejora.	**Obligación 3** 1. Soporte de gestión formato de seguimiento. **CARPETA N 2.** 2. Soporte de gestión formato de seguimiento. **CARPETA N 2.** 3. Soporte de gestión formato de seguimiento. **CARPETA N 2.** 4. Soporte de gestión formato de seguimiento. **CARPETA N 2.** 5. Soporte de gestión formato de seguimiento. **CARPETA N 2.**
Obligación 4 4. Apoyar de manera integral la gestión administrativa y técnica del procedimiento de certificación de discapacidad.	**Obligación 4** 11,12/01/2023 autorizaciones para el proceso de certificación de discapacidad.	**Obligación 4** 1. Soporte de gestión formatos en PDF y base de registro de autorizaciones. **CARPETA N°4**

Obligación 5	Obligación 5	Obligación 5
5. Participar en reuniones del grupo funcional de discapacidad y otras programadas por la dependencia.	03/01/2023: participación en la reunión mensual del grupo de discapacidad para priorizar actividades internas. 10/01/2023 participación en la reunión mensual de equipo discapacidad	1. Soporte de gestión, acta de reunión en **CARPETA N 5.** 2. 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:	$341,900	Suma cancelada:	$437,600	Suma cancelada:	$66,700
No Planilla:	9444532895	No Planilla:	9444532895	No Planilla:	9444532895
Mes(es) cancelado(s):	ENERO	Mes(es) cancelado(s):	ENERO	Mes(es) cancelado(s):	ENERO

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 24,8% 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
2022-12	2022-12	1829944235	9444532895	I	2023/01/23	2022/12/26	BANCO DAVIVIENDA	0	$900,900

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO					PENSION		SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES		
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$2,735,000	$437,600			$2,735,000	$341,900			$2,735,000	$54,700			$2,735,000	$66,700		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$2,735,000	$437,600			$2,735,000	$341,900			$2,735,000	$54,700			$2,735,000	$66,700		$0	$0
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)					$2,735,000	$437,600			$2,735,000	$341,900			$2,735,000	$54,700			$2,735,000	$66,700		$0	$0
1	CC	52485992	CIFUENTES CAROL	25-14	30	$2,735,000	$437,600	EPS002	30	$2,735,000	$341,900	CCF24	30	$2,735,000	$54,700	14-11	30	$2,735,000	$66,700	30	$0	$0
Total Afiliados(1)						$2,735,000	$437,600			$2,735,000	$341,900			$2,735,000	$54,700			$2,735,000	$66,700		$0	$0

2022/12/23 06:43 PM

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
2022-12	2022-12	1829944235	9444532895	I	2023/01/23	2022/12/26	BANCO DAVIVIENDA	0	$900,900

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$437,600	$0	$0	$437,600
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	1	$437,600	$0	$0	$437,600
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$66,700	$0	$0	$66,700
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	1	$66,700	$0	$0	$66,700
CCF (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$54,700	$0	$0	$54,700
COMPENSAR	CCF24	860,066,942	7	1	$54,700	$0	$0	$54,700
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$341,900	$0	$0	$341,900
SALUD TOTAL	EPS002	800,130,907	4	1	$341,900	$0	$0	$341,900
TOTAL				1	$900,900	$0	$0	$900,900

FONDO FINANCIERO DISTRITAL DE SALUD

BOGOTÁ | SECRETARÍA DE SALUD

Vig Ppto: 2022

ORDEN DE PAGO

No: 227944

Usuario Dilig: JA3SANCHEZ
Fecha de Impresión: 12/01/2023
Estado: GIRADA

Entidad:	FONDO FINANCIERO DISTRITAL DE SALUD				
Código:	201	Unidad Eje:	01	Fecha Diligenciamiento:	21-DEC-22

1. DATOS DEL BENEFICIARIO

Nombre:	CAROL PAOLA CIFUENTES DAZA	Regimen:	SIMPLIFICADO		
Dirección:	KR 83 23A 40 BRR MODELIA	Teléfono y Fax:	4101555		
C.C o NIT:	52485992	Banco/Sucursal:	DAVIVIENDA	Cuenta No/Clase:	462400047470/A

2. DATOS DEL COMPROMISO

Compromiso a Pagar:	CT - CONTRATOS (CON / SIN LICITACIÓN	No:	4153716	Interventor o responsable del recibo a satisfacción del bien o servicio:	TOTAL
Acta de Recibo No:		Nombre del Interventor:			

Detalle

CTO-NO4153716-PL OGI_VIG - DICIEMBRE 2022 PERIODO DE:01-dic-2022 30-dic-2022

Tipo de Orden de Pago: VIGENCIA

3. MOVIMIENTO PRESUPUESTAL

Fuente de financiación:

ID Rubro	Fuente	Detalle	Valor	
O2-3-01-16-01-07-79041901012-0650511	01	12	$6.835.000,00	
Tipo	Com	Objeto	Ingreso	Banco
O23	20202009	91122	O1-5-50-01-01-01	

IMPUTACIÓN PRESUPUESTAL

CDP	Código Rubro	Registro	Nombre	Valor Aplicación (Gasto)
5150	O2-3-01-16-01-07-79041901012-0650511	5854	VF - Contratacion del Recurso Humano	$6.835.000,00

VR BRUTO	SEIS MILLONES OCHOCIENTOS TREINTA Y CINCO MIL PESOS	$6.835.000,00

4. MOVIMIENTO FINANCIERO Y CONTABLE

Descripción	% Descuento	Base de Retención	Código Contable	VALORES
Valor Bruto			5-1-11-79-0001	$6.835.000,00
RETEICA- SERVICIOS 0,766%	.766	$6.041.400,00	2-4-36-27-0001	$46.277,00
RETEFUENTE-L.1607/12-ART 383 - PERS.NATURAL (PLA)	0	$4.531.050,00	2-4-36-15-0001	$174.927,00
ESTAMPILLA ADULTO MAYOR 2%	2	$6.835.000,00	2-4-36-90-0007	$136.700,00
ESTAMPILLA - EST_PROCULTURA 0,5%	.5	$6.835.000,00	2-4-36-90-0003	$34.175,00

Valor amortización:

Id fuente	Detalle
01	Recursos Del Distrito
12	OTROS DISTRITO

TOTAL DESCUENTOS		$392.079,00
VALOR NETO A GIRAR	SEIS MILLONES CUATROCIENTOS CUARENTA Y DOS MIL NOVECIENTOS VEINTIUN PESOS	$6.442.921,00
		Código contable
		2-4-01-02-0003

MOVIMIENTO TESORERÍA

Endosado a:

Observaciones

Acreedor (Exclusivamente para transferencia de la administración)

Nombre _____

Cédula _____ Firma _____

JAZMIN ALEXANDRA SANCHEZ ARISTIZABAL
GESTION DE PAGOS

EDSON ERNESTO ROJAS BAYONA
Responsable del Presupuesto

Consulta Pagos