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
		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 28 DE FEBRERO 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
VALOR ADICIÓN:	$ 0
VALOR PAGADO AL CONTRATISTA:	$20.505.000
VALOR A PAGAR EN EL PRESENTE PERIODO DEL INFORME:	$6.835.000
SALDO POR EJECUTAR:	$55.365.500

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** 07/02/2023 reunión de acuerdos de ejecución año 2023 con las IPS Terapéutica Integral y ASSO. 08/01/2023 reunión de acuerdos de ejecución año 2023 con las IPS Zona Medica, Cafam y MEDT. 09/01/2023 reunión de acuerdos de ejecución año 2023 con las IPS Subred Sur, Proyectar Salud y Arcángeles Fundación. 16/01/2023 reunión de acuerdos de ejecución año 2023 con las IPS Subred	**Obligación 1** **1.** Soporte acta. **CARPETA N1** **2.** Soporte acta. **CARPETA N1.** **3.** Soporte acta. **CARPETA N1** **4.** Soporte acta. **CARPETA N1**

	Norte, Soluciones y Asistencia y Prerresalud.	
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** 01/02/2023: Realice visita a la IPS Zona Medica sede San Rafael, para revisión y verificación de criterios y aprobación como cede certificadora de discapacidad. 03/02/2023: Realice visita a la IPS Caja CRAC, en la cual se realizó asistencia técnica en los temas de Resolución 1239 de 2022 y Agilinea.	**Obligación 2** 1. Acta de visita y formato de visita. **CARPETA N 2** 2. Soporte de gestión acta de reunión. **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** 20,23/01/2023: Se realizó la revisión del plan de trabajo enviado por la IPS Compensar. 25/01/2023 elaboración informe ejecutivo vistas IPS Certificadoras. 26/01/2023: Se realizó la revisión del plan de trabajo enviado por las IPS Cafam, Proyectar Salad y Arcángeles. 27/01/2023: Se realizó la revisión del plan de trabajo enviado por las IPS Preresalud y Zona Medica. 30/01/2023: Se realizó la revisión del plan de trabajo enviado por la IPS Soluciones y Asistencia. 31/01/2023: Se realizó la revisión del plan de trabajo enviado por las IPS Subred Integrada de Servicios Sur Occidente y COMERBAS 01/02/2023: Se realizó la revisión del plan de trabajo enviado por la IPS Terapéutica Integral. 05/02/2023: Se realizó la revisión del plan de trabajo enviado por la IPS Subred Integrada de Servicios Sur Occidente.	**Obligación 3** 1. Soporte de gestión envió correo. **CARPETA N 2.** 2. Soporte informe y envió por correo. 3. Soporte de gestión envió correo. **CARPETA N 2.** 4. Soporte de gestión envió correo. **CARPETA N 2.** 5. Soporte de gestión envió correo. **CARPETA N 2.** 6. Soporte de gestión envió correo. **CARPETA N 2.** 7. Soporte de gestión envió correo. **CARPETA N 2.** 8. Soporte de gestión envió correo. **CARPETA N 2.** 9. Soporte de gestión envió correo. **CARPETA N 2.**

	06/02/2023: Se realizó la revisión del plan de trabajo enviado por las IPS Subred Integrada de Servicios Norte y ASSO.	10.
Obligación 4 4. Apoyar de manera integral la gestión administrativa y técnica del procedimiento de certificación de discapacidad.	**Obligación 4** 11,12,13,27/01/2023 autorizaciones para el proceso de certificación de discapacidad. 07/02/2023 autorizaciones para el proceso de certificación de discapacidad 31/01/2023 CORDIS 02,07,10,13,15/02/2023 CORDIS	**Obligación 4** 1. Soporte de gestión formatos en PDF y base de registro de autorizaciones. **CARPETA N°4** 2. Soporte de gestión formatos en PDF y base de registro de autorizaciones. **CARPETA N°4** 3. Soporte base CORDIS. **CARPETA N°4** 4. Soporte base CORDIS. **CARPETA N°4**
Obligación 5 5. Participar en reuniones del grupo funcional de discapacidad y otras programadas por la dependencia.	**Obligación 5** 03/01/2023: participación en la reunión mensual del grupo de discapacidad calidad del dato. 17/02/2023 participación en la reunión mensual de equipo discapacidad	**Obligación 5** 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:	9445219044	No Planilla:	9445219044	No Planilla:	9445219044
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 33,1% 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°	*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

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
2023-01	2023-01	1906245963	9445219044	I	2023/02/21	2023/02/08	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

2023/02/07 06:49 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
2023-01	2023-01	1906245963	9445219044	I	2023/02/21	2023/02/08	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

2023/02/07 06:49 PM

FONDO FINANCIERO DISTRITAL DE SALUD

BOGOTÁ | SECRETARÍA DE SALUD

Vig Ppto: 2023

ORDEN DE PAGO

No: 300266

Usuario Dilig: FMCORREA
Fecha de Impresión: 14/02/2023
Estado: GIRADA

Entidad:	FONDO FINANCIERO DISTRITAL DE SALUD				
Código:	201	Unidad Eje:	01	Fecha Diligenciamiento:	03-FEB-23

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 - ENERO 2023-PERIODO DE:01-ene 30-ene-2023

Tipo de Orden de Pago: VIGENCIA

3. MOVIMIENTO PRESUPUESTAL

Fuente de financiación:

ID Rubro	Fuente	Detalle	Valor	
O2-3-01-16-010-07-79040000-170650000	01	12013	$6.835.000,00	
Tipo	Com	Objeto	Ingreso	Banco
O23	20202009	91122	O1-5-01-01-007-02	

IMPUTACIÓN PRESUPUESTAL

CDP	Código Rubro	Registro	Nombre	Valor Aplicación (Gasto)
98	O2-3-01-16-010-07-79040000-170650000	98	PSS-001 Prestación de servicios al FFDS - SDS	$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
ESTAMPILLA - EST_PROCULTURA 0,5%	.5	$6.835.000,00	2-4-36-90-0003	$34.175,00
RETEICA- SERVICIOS 0,766%	.766	$6.041.400,00	2-4-36-27-0001	$46.277,00
ESTAMPILLA ADULTO MAYOR 2%	2	$6.835.000,00	2-4-36-90-0007	$136.700,00
RETEFUENTE-L.1607/12-ART 383 - PERS.NATURAL (PLA)	0	$4.531.050,00	2-4-36-15-0001	$95.363,00

Valor amortización:

Id fuente	Detalle
01	Recursos Del Distrito
12013	APORTE ORDINARIO

TOTAL DESCUENTOS		$312.515,00
VALOR NETO A GIRAR	SEIS MILLONES QUINIENTOS VEINTIDOS MIL CUATROCIENTOS OCHENTA Y CINCO PESOS	$6.522.485,00
		Código contable
		2-4-01-02-0003

MOVIMIENTO TESORERÍA

Endosado a:

Observaciones

Acreedor (Exclusivamente para transferencia de la administración)

Nombre _____

Cédula _____ Firma _____

FREDY MANUEL CORREA ZEA
GESTION DE PAGOS

EDSON ERNESTO ROJAS BAYONA
Responsable del Presupuesto

Consulta Pagos