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: Provisión de Servicios de Salud	**CONTRATO No.** 4283026 DE 2022	**PERIODO DEL CONTRATO:** Fecha de Inicio: 2 de enero de 2023 Fecha de Terminación: 1 de mayo de 2023
ENTIDAD CONTRATANTE: FONDO FINANCIERO DISTRITAL DE SALUD		**PLAZO DE EJECUCIÓN:** 4 meses
CONTRATISTA: Andrés Augusto Callamand Borrero		**PRÓRROGA:** Fecha de Inicio: No aplica Fecha de Terminación: No aplica
SUPERVISOR (Nombre y cargo): MAURICIO ROJAS PÉREZ Profesional Universitario Código 219 Grado 14		**SUSPENSIÓN:** Fecha de Inicio: No aplica Fecha de Terminación: No aplica
		PERIODO DEL INFORME: 1 al 28 de febrero del 2023
OBJETO DEL CONTRATO: Prestar servicios profesionales especializados en la Dirección de Provisión de Servicios de Salud, para orientar la implementación de las Rutas Integrales de Atención en Salud		

BALANCE FINANCIERO DEL CONTRATO	
VALOR INICIAL DEL CONTRATO:	$ 27.340.000
VALOR ADICION:	$ 0
VALOR PAGADO AL CONTRATISTA:	$ 6.607.167
VALOR A PAGAR EN EL PRESENTE PERIODO DEL INFORME:	$ 6.835.000
SALDO POR EJECUTAR:	$ 13.897.833

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 actualización y ajustes al plan de acción y los respectivos indicadores prioritarios, para el seguimiento a la implementación de la Ruta Integral de Atención en Salud para la población con presencia o riesgo materno perinatal, de manera articulada con las demás Rutas integrales de atención en salud, en las Empresas Administradoras de Planes de Beneficios (EAPB) e Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS) priorizadas.	1. Mesa de trabajo con líder de RIAS donde se presenta los ejes de trabajo del nuevo de plan de acción 8/02/2023.	**ANEXO 1: PLAN DE ACCION** 1. Acta y listado de asistencia a la mesa de trabajo.
2. Participar en las acciones de orientación técnica, articulaciones y seguimiento a las EAPB y a IPS priorizadas, para la implementación de la Ruta Integral de Atención en Salud para la población con presencia o riesgo	1. Realicé orientación técnica a IPS Hospital Universitario San Ignacio, seguimiento a compromisos, adherencia a guías y simulacro en el marco de la RIAS materno perinatal	**ANEXO 2. ASISTENCIA TECNICA** 1. Acta Hospital san Ignacio y adherencia a guías. 2. Acta Juan N corpas y

ACTIVIDADES ESPECIFICAS, OBLIGACIONES DEL CONTRATISTA DESARROLLADAS DE ACUERDO CON EL OBJETO CONTRACTUAL		
de atención en salud que aplique, redes integradas de servicios de salud, oferta y demanda y modelo de atención en salud con enfoque diferencial y Atención Primaria en Salud, acorde a los lineamientos de la supervisión del contrato.	a compromisos, adherencia a guías y simulacro en el marco de la RIAS materno perinatal. 3. Realicé orientación técnica a Bienestar IPS sede Colina, adherencia a guías en el marco de la RIAS materno perinatal. 4. Apoyé el registro del cronograma de actividades del mes. 5. Participe en la mesa de trabajo con EAPB e IPS privadas en el marco del plan de aceleración para reducir la muerte materna.	3. Acta Bienestar IPS y adherencias. 4. Cronograma 5. Acta y listado de asistencia.
3. Apoyar la documentación, consolidación y análisis de los indicadores priorizados de la Ruta de atención para población en riesgo materno perinatal, con el fin de evaluar el nivel de avance en la implementación de la ruta, en las EAPB e IPS priorizadas, formulando las respectivas recomendaciones de mejora.	No se realizaron actividades para el periodo del informe	**ANEXO 3. INDICADORES** No se realizaron actividades para el periodo del informe
4. Participar en la elaboración y actualización de lineamientos, políticas, protocolos, guías, manuales, estrategias, cursos y de otros documentos, acorde a la priorización de eventos para la Ruta Integral de Atención en Salud para la población con presencia o riesgo materno perinatal.	No se realizaron actividades para el periodo del informe	**ANEXO 4. LINEAMIENTOS** No se realizaron actividades para el periodo del informe
5 Participar en las actividades para el fortalecimiento de competencias y transformación del conocimiento del recurso humano, para el desarrollo de la Ruta Integral de Atención en Salud asignada con base en los contenidos de las Guías de práctica clínica (GPC) basadas en la evidencia	1. Participe en el simulacro de HPP en Hospital Universitario San Ignacio 20/01/2023. 2. Participe en el simulacro de HPP en Clínica Juan N Corpas 31/01/2023. 3. Participé en el entrenamiento a profesionales de medicina y enfermería de servicio social obligatorio en GPC: sifilis gestacional 27/01/2023.	**ANEXO 5. FORTALECIMIENTO DE COMPETENCIAS** 1. Lista de chequeo del simulacro 2. Lista de chequeo del simulacro 3. Acta y listado de asistencia a rurales.
6 Apoyar las respuestas a oficios, derechos de petición, solicitudes de organismos de control y demás autoridades que lo requieran, relacionados con los temas asignados por la Dirección de Provisión de Servicios de Salud desde su competencia.	No se realizaron actividades para el periodo del informe	No se realizaron actividades para el periodo del informe
7 Participar en reuniones sectoriales e intersectoriales, unidades de	1. Participé en reunión de equipo materno perinatal donde se hizo	**ANEXO 7. MESAS SECTORIALES E**

ACTIVIDADES ESPECIFICAS, OBLIGACIONES DEL CONTRATISTA DESARROLLADAS DE ACUERDO CON EL OBJETO CONTRACTUAL		
Provisión de Servicios de Salud desde su competencia.		
7 Participar en reuniones sectoriales e intersectoriales, unidades de análisis, visitas y reuniones relacionadas con los temas asignados, programadas por la dependencia o interdependencias, con el fin de unificar criterios y verificar las actividades adelantadas para el desarrollo de las Rutas integrales de atención en salud	1. Participé en reunión de equipo materno perinatal donde se hizo seguimiento a la gestión de la RIAS, seguimiento a compromisos, plan de mortalidad materna 25/01/2023. 2. Participé como asesor técnico en las siguientes unidades de análisis - cove: - Subred norte 25/01/2023 MME y Mortalidad perinatal	**ANEXO 7. MESAS SECTORIALES E INTERSECTORIALES** 1. Acta y listado de asistencia 2. Acta y listado de asistencia al COVE del 25/01/2023

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:	Sanitas	Empresa:	Colfondos	Empresa:	Colmena
Suma cancelada:	$ 755.400	Suma cancelada:	$ 1.027.500	Suma cancelada:	$ 147.300
No Planilla:	65406439	No Planilla:	65406439	No Planilla:	65406439
Mes(es) cancelado(s):	Enero 2023	Mes(es) cancelado(s):	Enero 2023	Mes(es) cancelado(s):	Enero 2023

EN CASO DE INFORME FINAL DE EJECUCIÓN

Relación de usuario y clave de acceso al equipo de cómputo:	NA	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:	NA	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):	NA

CONTRATISTA	**NOMBRES Y APELLIDOS:** Andrés Augusto Callamand Borrero
	FIRMA: A. Callamand
	No. DOCUMENTO DE IDENTIDAD: 79.153.202

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 especificas, 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 50 % 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:

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	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	**NOMBRE Y APELLIDO:** Mauricio Rojas Pérez Profesional Universitario Código 219 Grado 14
	FIRMA:

REVISÓ	**NOMBRE Y APELLIDO:** Andrea Paola Villamizar Monroy Profesional Especializado
	FIRMA:

REVISÓ	**NOMBRE Y APELLIDO:** Mónica Marcela Torres Rojas // Profesional Especializado
	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.*

compensar miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE							
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	79153202	ANDRES AUGUSTO CALLAMAND BORRERO		Calle 140 no 6 - 10 apto 202	6470184	acallamand@hotmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ. D.C.		SI

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2023-01	2023-01	I	08/02/2023	65406439	$1.930.200	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD												
Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS005	Sanitas EPS	800251440-6	750.000	0		0		0	6	5.400	0	755.400	1

TOTALES PENSIÓN											
Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
231001	Colfondos	800227940-6	960.000	0	0	30.000	30.000	6	6.900	600	1.027.500	1

TOTALES RIESGOS LABORALES															
Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-25	Riesgos prof Colmena	800226175-3	146.200				146.200	6	1.100	147.300			1.462	147.300	1

TOTALES CAJAS							
Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados

TOTALES PARAFISCALES				
Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	0	0	0	0
ICBF				
0	0	0	0	0
ESAP				
MEN				

TOTALES POR SUBSISTEMA			
Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	750.000	755.400
Pensión	1	1.020.000	1.027.500
Riesgos Laborales	1	146.200	147.300
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	1.916.200	1.930.200

compensar miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE							
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	79153202	ANDRES AUGUSTO CALLAMAND BORRERO		Calle 140 no 6 - 10 apto 202	6470184	acallamand@hotmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		SI

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2023-01	2023-01	I	08/02/2023	65406439	$1.930.200	

ETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE								INFORMACIÓN NOVEDADES																PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES				
Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Colom. exterior	Exonerado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntario Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
CC	79153202	CALLAMAND BORRERO ANDRES AUGUSTO	59	0			N																	23100	6.000.000	960.000	0	0	30.000	30.000	EPS005	6.000.000	750.000	14-25	6.000.000	3	146.200		0	0	0	0	0	0	0

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

FONDO FINANCIERO DISTRITAL DE SALUD

BOGOTÁ SALUD

Vig Ppto: 2022

ORDEN DE PAGO

No: 230001

Usuario Dilig: FMCORREA
Fecha de Impresion: 17/02/2023
Estado: GIRADA

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

1. DATOS DEL BENEFICIARIO

Nombre:	ANDRES AUGUSTO CALLAMAND BORRERO	Regimen:	SIMPLIFICADO		
Dirección:	NO APLICA	Teléfono y Fax:	6470184		
C.C o NIT:	79153202	Banco/Sucursal:	DAVIVIENDA	Cuenta No/Clase:	005560001884/C

2. DATOS DEL COMPROMISO

Compromiso a Pagar:	CT - CONTRATOS (CON / SIN LICITACION	No:	4283026	Interventor o responsable del recibo a satisfacción del bien o servicio:	TOTAL
Acta de Recibo No:		Nombre del Interventor:			

Detalle

NO4283026PL OGI_RES - ENERO DE 202302-ene 30-ene2023

Tipo de Orden de Pago: RESERVA

3. MOVIMIENTO PRESUPUESTAL

Fuente de financiación:

IMPUTACIÓN PRESUPUESTAL

CDP	Código Rubro	Registro	Nombre	Valor Aplicación (Gasto)
4959	O2-3-01-16-01-07-79041901012-0650051	6471	Contratacion del Recurso Humano	$6.607.167,00

VR BRUTO	SEIS MILLONES SEISCIENTOS SIETE MIL CIENTO SESENTA Y SIETE PESOS	$6.607.167,00

ID Rubro	Fuente	Detalle	Valor	
O2-3-01-16-01-07-79041901012-0650051	01	12	$6.607.167,00	
Tipo	Com	Objeto	Ingreso	Banco
O23	20202009	91122	O1-5-50-01-01-01	

4. MOVIMIENTO FINANCIERO Y CONTABLE

Descripción	% Descuento	Base de Retencion	Código Contable	VALORES
Valor Bruto			5-1-11-79-0001	$6.607.167,00
ESTAMPILLA ADULTO MAYOR 2%	2	$6.607.167,00	2-4-36-90-0007	$132.143,00
ESTAMPILLA - EST_PROCULTURA 0,5%	.5	$6.607.167,00	2-4-36-90-0003	$33.036,00
RETEICA- SERVICIOS 0,766%	.766	$5.839.967,00	2-4-36-27-0001	$44.734,00
RETEFUENTE-L.1607/12-ART 383 - PERS.NATURAL (PLA)	0	$4.380.015,00	2-4-36-15-0001	$92.184,00

Valor amortización:

Id fuente	Detalle
01	Recursos Del Distrito
12	OTROS DISTRITO

TOTAL DESCUENTOS		$302.097,00
VALOR NETO A GIRAR	SEIS MILLONES TRESCIENTOS CINCO MIL SETENTA PESOS	$6.305.070,00
		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