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 CALIDAD DE SERVICIOS DE SALUD / SUBDIRECCIÓN INSPECCIÓN, VIGILANCIA Y CONTROL DE SERVICIOS DE SALUD	**CONTRATO No.** 4804033 de 2023	**PERIODO DEL CONTRATO:** Fecha de Inicio: 12 de abril de 2023 Fecha de Terminación: 11 de marzo de 2024
ENTIDAD CONTRATANTE: FONDO DISTRITAL DE SALUD FINANCIERO		**PLAZO DE EJECUCIÓN:** 11 meses
CONTRATISTA: ANGIE PAOLA SUAREZ JIMENEZ		**PRÓRROGA:** Fecha de Inicio: Fecha de terminación:
SUPERVISOR (Nombre y cargo): **DORA DUARTE PRADA** SUBDIRECTORA INSPECCIÓN, VIGILANCIA Y CONTROL DE SERVICIOS DE SALUD		**SUSPENSIÓN:** Fecha de Inicio: Fecha de Terminación: **PERIODO DEL INFORME:** 01 de agosto al 30 de agosto de 2023
OBJETO DEL CONTRATO: Prestar servicios profesionales dirigidos a realizar actuaciones jurídicas de las investigaciones administrativas de competencia de la Dirección de Calidad de Servicios de Salud - Subdirección Inspección Vigilancia y Control de Servicios de Salud.		

BALANCE FINANCIERO DEL CONTRATO	
VALOR INICIAL DEL CONTRATO:	$ 68.860.000
VALOR ADICIÓN:	$
VALOR PAGADO AL CONTRATISTA:	$ 22.744.667
VALOR A PAGAR EN EL PRESENTE PERIODO DEL INFORME:	$ 6.260.000
SALDO POR EJECUTAR:	$ 39.855.333

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.Realizar la sustanciación jurídica dentro de las investigaciones administrativas que se adelanten por fallas derivadas de incumplimientos a las condiciones del Sistema Único de Habilitación, de las quejas por presuntas fallas en la prestación de servicios de salud y de oficio, surtiendo las actuaciones complementarias o inherentes al cumplimiento del mismo, según la meta- producto establecida para la ejecución contractual basándose en las normas vigentes para el sector salud y las de procedimientos señaladas en la Constitución y la Ley; para lo cual deberá entregar los productos mínimos como	• Se Realizó la proyección de requerimientos, , ampliaciones, respuestas al peticionario y autos de archivo, con sus respectivos oficios y análisis direccionamiento de estos con el fin de adelantar los expedientes del reparto entregado durante el mes de agosto.	• **40** actuaciones gestionadas teniendo en cuenta las equivalencias establecidas en el anexo técnico, teniendo en cuenta que con relación a la preliminar No.238423/2021 se dejó en observación con criterio de la Dra Dora Duarte. Ubicación de la información en anexo de hoja impresa con la relación de los expedientes asignados y revisados según formato establecido y en carpeta One Drive correo electrónico apsuarez@saludcapital.gov.co Carpeta Compartida No.4804033-APSuarez mes agosto.

meta definida en el anexo técnico.		
2. Dar respuesta a quejas, derechos de petición, tutelas y solicitudes de los diferentes entes de control dentro del término de ley; y en los tiempos definidos por la Subdirección de Inspección Vigilancia y Control de servicios de salud, debidamente diligenciados, firmados y radicados en correspondencia con su respectiva copia archivada en el expediente; para lo cual deberá entregar los productos mínimos como meta definida en el anexo técnico	• La actividad no fue requerida durante el mes de agosto por el supervisor del contrato.	• La actividad no fue requerida durante el mes de agosto por el supervisor del contrato.
3 Dar estricto cumplimiento al Anexo Técnico dependiendo de la necesidad o prioridad de los procedimientos que requiera la Subdirección de Inspección Vigilancia y Control de Servicios de Salud, en virtud de lo cual la persona asignada al proceso o el supervisor indicará al contratista dentro de la fase establecida en el procedimiento de investigaciones administrativas.	• Las gestiones y productos realizados en el presente informe se dieron conforme al Anexo técnico correspondiente.	• Las actuaciones y diligenciamiento de la Gestión en los productos reportados se realizaron de conformidad con los estándares establecidos en el Anexo Técnico.
4. Asistir a las reuniones programadas por la Dirección de Calidad de Servicios de Salud Subdirección Inspección, Vigilancia y Control de Servicios de Salud con el fin de socializar, unificar criterios y verificar el desarrollo de las actividades adelantadas, de acuerdo con las directrices emitidas para el efecto.	• Se asistió a reuniones programadas por la Subdirección Inspección Vigilancia y Control de Servicios de salud entre otras.	• Se realizó socialización el día 28 de agosto de 2023 sobre la trazabilidad de los expedientes gestionados. Ubicación de la informacion en carpeta One Drive correo electrónico apsuarez@saludcapital.gov.co Carpeta Compartida No.4804033-APSuarez mes agosto.
5. Realizar las demás actividades que le sean asignadas por el Supervisor del Contrato, que apliquen de acuerdo con la naturaleza del objeto contractual.	• Se dio cumplimiento al Anexo Técnico establecido para las gestiones realizadas en el presente informe.	• Se dio cumplimiento al Anexo Técnico establecido para las gestiones realizadas en el presente informe.

ESTADO TEMAS PENDIENTES DE TRÁMITE

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:	Salud Total	Empresa:	Porvenir	Empresa:	Positiva
Suma cancelada:	$ 317.800	Suma cancelada:	$ 406.800	Suma cancelada:	$ 13.300
No Planilla:	1056408609	No Planilla:	1056408609	No Planilla:	1056408609
Mes(es) cancelado(s):	julio	Mes(es) cancelado(s):	julio	Mes(es) cancelado(s):	julio

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:** ANGIE PAOLA SUAREZ JIMENEZ
	FIRMA:
	No. DOCUMENTO DE IDENTIDAD: 1.022.396.640 de Bogotá D.C

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 41,95% 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	*Evento natural adverso (terremoto inundación, entre otros)*		*x*	*No aplica*

SUPERVISOR	**NOMBRE Y APELLIDO:** Dra. DORA DUARTE PRADA Subdirectora Inspección, vigilancia y Control de Servicios de Salud
	FIRMA:
	NOMBRE Y APELLIDO: Dr. RONALD ALEXANDER TOVAR SIERRA Subdirectora Inspección, vigilancia y Control de Servicios de Salud (E) del 08 al 29 de agosto 2023
	FIRMA:
COORDINADOR	**NOMBRE Y APELLIDO:** OSCAR EDUARDO RAMOS ZAMORA
	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 mes de julio

Simple.

Información de la Planilla Pagada

Nit de comercio Operador de Información	900097333-9
Razón Social del Operador de Información	SIMPLE S.A.
Descripción	Pago de SuAporte
Fecha	2023-08-27, 09:27:17 PM en horario extendido
Periodo de Cotización Otros Riesgos	julio de 2023
Periodo de Cotización Para Salud	julio de 2023
Empresa	ANGIE PAOLA SUAREZ JIMENEZ
CEDULA CIUDADANIA	CC 1022396640
Código Sucursal (Nombre)	( )
Referencia de Pago/ Número Planilla	1056408609
Tipo de Planilla	I
Número Transacción Bancaria/ CUS	124317466
Banco	(1032) - BANCO CAJA SOCIAL
Valor	$ 753.000
Estado de la Transacción	Aprobada
Dirección IP de Origen	10.0.19.58

Nit	Código	Administradora	Número Afiliados	Valor sin Mora	Total Intéreses Mora
N800224808	230301	PORVENIR	1	$ 406.800	$ 8.300
N800130907	EPS002	SALUD TOTAL EPS	1	$ 317.800	$ 6.500
N860011153	14-23	ARP - POSITIVA COMPAÑIA DE SEG	1	$ 13.300	$ 300
			SubTotales:	$ 737.900	$ 15.100
			Total a Pagar:		$ 753.000

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!

SIMPLE S.A. no se hace responsable de las planillas y pagos realizados a través de otros operadores de información dado que no tiene medios para corroborar la veracidad de la misma, su alcance se limita a replicar la información suministrada directamente por el cliente.

Antes de imprimir, asegúrese que sea realmente necesario. Proteger el medio ambiente está en nuestras manos.

¡El Poder de lo SIMPLE!

POSITIVA
COMPAÑIA DE SEGUROS

CERTIFICADO DE AFILIACIÓN

POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A.

HACE CONSTAR QUE:

Verificada la base de datos de afiliación en el ramo de Riesgos Laborales de **POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A**, se identificó que **ANGIE PAOLA SUAREZ JIMENEZ** con **CC** No. **1022396640**, registra afiliación en nuestra ARL, con la siguiente información:

Datos del Contratante	Datos de la Relación Laboral
Contratante: NI 800246953 - FONDO FINANCIERO DISTRITAL DE SALUD	**Fecha de última cobertura:** 11/04/2023 **Estado Afiliación:** ACTIVO **Tipo Vinculación:** TRABAJADOR INDEPENDIENTE **Fecha de inicio de Contrato:** 10/04/2023 **Fecha fin de Contrato:** 31/03/2024 **Clase de Riesgo:** 1 **Cargo :** ABOGADOS **Fecha fin de Retiro:** SIN FECHA DE RETIRO

Recuerde que una vez cumplida la fecha fin de contrato, el sistema aplica de forma automática la novedad de retiro, por lo anterior, en caso de tener un nuevo contrato o prorroga deberá realizar la correspondiente novedad a través de nuestro portal www.positivaenlinea.gov.co, para continuar con la cobertura.

Para validar la información emitida en este certificado, visite nuestra página web y seleccione la opción 'VALIDAR CERTIFICADOS'. Ingrese el siguiente código (válido por un mes): 202301018478554.

Esta certificación se expide en la ciudad de Bogotá D.C. a los 28 días del mes de agosto de 2023.

Cordialmente

GERENCIA DE AFILIACIONES Y NOVEDADES
POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

MS.4.1.3.FR15 v.66

FONDO FINANCIERO DISTRITAL DE SALUD

BOGOTÁ | SECRETARÍA DE SALUD

Vig Ppto: 2023

ORDEN DE PAGO

No: 310099

Usuario Dilig: YAMEDINA
Fecha de Impresión: 28/08/2023
Estado: GIRADA

Entidad:	FONDO FINANCIERO DISTRITAL DE SALUD				
Código:	201	Unidad Eje:	01	Fecha Diligenciamiento:	02-AUG-23

1. DATOS DEL BENEFICIARIO

Nombre:	ANGIE PAOLA SUAREZ JIMENEZ	Regimen:	SIMPLIFICADO		
Dirección:	CRA 41 C 5 05	Teléfono y Fax:	5665193		
C.C o NIT:	1022396640	Banco/Sucursal:	BCSC S.A.	Cuenta No/Clase:	24052774416/A

2. DATOS DEL COMPROMISO

Compromiso a Pagar:	CONTRATACION DIRECTA	No:	4804033	Interventor o responsable del recibo a satisfacción del bien o servicio:	TOTAL
Acta de Recibo No:		Nombre del Interventor:			

Detalle

CTO-NO4804033-PL OGI_VIG -JULIO 2023-PERIODO DE:01-jul 30-jul-2023

Tipo de Orden de Pago: VIGENCIA

3. MOVIMIENTO PRESUPUESTAL

Fuente de financiación:

IMPUTACIÓN PRESUPUESTAL

CDP	Código Rubro	Registro	Nombre	Valor Aplicacion (Gasto)
1790	O2-3-01-16-050-56-77910000-771750051	1497	Contratacion del Recurso Humano	$6.260.000,00

VR BRUTO	SEIS MILLONES DOSCIENTOS SESENTA MIL PESOS	$6.260.000,00

ID Rubro	Fuente	Detalle	Valor	
O2-3-01-16-050-56-77910000-771750051	01	12013	$6.260.000,00	
Tipo	Com	Objeto	Ingreso	Banco
O23	20202009	91122	O1-5-01-01-001	

4. MOVIMIENTO FINANCIERO Y CONTABLE

Descripción	% Descuento	Base de Retención	Código Contable	VALORES
Valor Bruto			5-1-11-79-0001	$6.260.000,00
ESTAMPILLA - EST_PROCULTURA 0,5%	.5	$6.260.000,00	2-4-36-90-0003	$31.300,00
ESTAMPILLA ADULTO MAYOR 2%	2	$6.260.000,00	2-4-36-90-0007	$125.200,00
RETEFUENTE-L.1607/12-ART 383 - PERS.NATURAL (PLA)	0	$4.149.900,00	2-4-36-15-0001	$22.944,00
RETEICA- SERVICIOS 0,766%	.766	$5.533.200,00	2-4-36-27-0001	$42.384,00

Valor amortización:

Id fuente	Detalle
01	Recursos Del Distrito
12013	APORTE ORDINARIO

TOTAL DESCUENTOS		$221.828,00
VALOR NETO A GIRAR	SEIS MILLONES TREINTA Y OCHO MIL CIENTO SETENTA Y DOS PESOS	$6.038.172,00
		Código contable
		2-4-01-02-0003

MOVIMIENTO TESORERÍA

Endosado a:

Observaciones

Acreedor (Exclusivamente para transferencia de la administración)

Nombre _____

Cédula _____ Firma _____

YURY ANGELICA MEDINA OSPINA
GESTION DE PAGOS

CARLOS AUGUSTO RODRIGUEZ SARMIENTO
Responsable del Presupuesto

Consulta Pagos