DESPACHO – SUBDIRECCIÓN – DIRECCIÓN U OFICINA: Dirección de Calidad de Servicios de Salud – Subdirección Inspección Vigilancia y Control de Servicios de Salud.	**CONTRATO No.** 5132312	**PERIODO DEL CONTRATO:** Fecha de Inicio: 05/07/2023 Fecha de Terminación: 04/03/2024
ENTIDAD CONTRATANTE: **Fondo Financiero Distrital de Salud**		**PLAZO DE EJECUCIÓN:** **Ocho (08) Meses** **PRÓRROGA:**
CONTRATISTA: **Diana Patricia Fonseca Corredor**		Fecha de Inicio (Prórroga): Fecha de Terminación (Prórroga): **SUSPENSIÓN**
SUPERVISOR (Nombre y cargo): **Dora Prada Duarte - Subdirección de Inspección Vigilancia y Control - Subdirector Técnico Código 68 Grado 06**		Fecha de Inicio (Suspensión Nueva Fecha de Terminación (Suspensión): **PERIODO DEL INFORME:** **01/10/2023 – 31/10/2023**
OBJETO DEL CONTRATO: Prestar servicios profesionales de apoyo a la gestión de implementación y fortalecimiento del Sistema Obligatorio de garantía de Calidad en 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:	**$50.080.000,00**
VALOR ADICIÓN (SI APLICA):	
VALOR INDEXACIÓN (SI APLICA):	
VALOR PAGADO AL CONTRATISTA:	**$ 24.205.333,00**
VALOR A PAGAR EN EL PRESENTE PERIODO DEL INFORME:	**$ 6.260.000,00**
SALDO POR EJECUTAR:	**$25.874.667,00**

ACTIVIDADES ESPECIFICAS, OBLIGACIONES DEL CONTRATISTA DESARROLLADAS DE ACUERDO CON EL OBJETO CONTRACTUAL

Haga clic aquí para escribir texto.

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 visitas de inspección, vigilancia y control a los Prestadores de Servicios de Salud, de acuerdo a la asignación correspondiente, con el fin de verificar el cumplimiento de los estándares del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad (SOGC), y la normatividad vigente, levantando el acta correspondiente, conforme a los hallazgos según el protocolo definido para la planificación, ejecución y seguimiento de visitas de habilitación, queja, búsqueda activa y demás conforme a la competencia de la Dirección de Calidad de Servicios de Salud — Subdirección Inspección, Vigilancia y Control de Servicios de Salud, utilizando los recursos dispuestos por la entidad para tal fin.	1.1 Asistencia Técnica en campo Mediclínico Santa Ana 4 de octubre. 1.2 Asistencia técnica en campo USS Patio bonito 5 de octubre. 1.3 Asistencia técnica en campo USS Chapinero 9, 10,12 de octubre. 1.4 Asistencia técnica en campo Instituto de cerebro 19 de octubre. 1.5 Asistencia técnica en campo Clínica Ernesto Andrade 20 de octubre. 1.6 Asistencia técnica en campo USS Verbenal programada el 24 de octubre.	1.1 Listado de Asistencia 1.2 Listado de Asistencia y acta 1.3 Listado de Asistencia, plan de trabajo y acta 1.4 Listado de Asistencia 1.5 Listado de Asistencia OBLIGACION 1
2.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.	No asignada para este mes	No asignada para este mes
3. Apoyar los procesos administrativos relacionados con el objeto del contrato, dentro de los tiempos establecidos en el anexo técnico.	3.1 Asistencia técnica individual Presencial: 19 Correos 8 3.2 Respuestas a peticiones escritas 5 3.3 Respuesta a petición asignada por Ágil salud: 1	3.1 Formato Asistencia técnica individual 3.2. Respuestas radicadas 3.4 Respuestas ágil salud OBLIGACION 3
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 unificar criterios y verificar las actividades adelantadas, de	4.1 Reunión asistencia técnica 5 de octubre 4.2 Reunión Subdirección de calidad de servicios de salud 5 de octubre.	4.1 y 4.2Listado de asistencia OBLIGACION 4

acuerdo con los lineamientos emitidos para tal efecto.		
5.Realizar las demás actividades que le sean asignadas por el Supervisor del Contrato, que apliquen de acuerdo con la naturaleza del objeto contractual	5.1 Asistencia a capacitación Historia Clínica parte I 6 de octubre 5.2 Asistencia a capacitación Historia Clínica parte II 13 de octubre 5.3 Asistencia a capacitación enfoque diferencial 20 de octubre	5.1 correo de citación a capacitación 5.2 correo de citación a capacitación 5.2 correo de citación a capacitación OBLIGACION 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:

NO APLICA

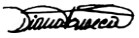
DECLARACIÓN: Manifiesto que he cumplido con las obligaciones derivadas del contrato y que las actividades mencionadas en el presente informe corresponden a las asignaciones realizadas, efectivamente desarrolladas en el periodo indicado en el mismo, declarando que seré responsable por las afirmaciones 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:	SANITAS	Empresa:	COLFONDOS	Empresa:	SURA
				Nivel Riesgo:	3
Suma cancelada:	$313.000	Suma cancelada:	$400.700	Suma cancelada:	$61.000
No Planilla:	1058302398	No Planilla:	1058302398	No Planilla:	1058302398
Mes(es) cancelado(s):	Septiembre	Mes(es) cancelado(s):	Septiembre	Mes(es) cancelado(s):	Septiembre

EN CASO DE INFORME FINAL DE EJECUCIÓN

Relación de usuario y clave de acceso al equipo de cómputo:	NO APLICA	Relación de usuarios y clave de acceso a los sistemas de información (SICAF, AGILSALUD,SICAPITAL, SIIAS, SIRC, SIDBA, SIPROJ, ETC.), si aplica a sus actividades	NO APLICA	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)	NO APLICA

FIRMA DEL CONTRATISTA	
CONTRATISTA	**NOMBRES Y APELLIDOS: Diana Patricia Fonseca Corredor**
	FIRMA: 
	No. DOCUMENTO DE IDENTIDAD: 52496367

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 50% de ejecución del contrato.	**OTRAS OBSERVACIONES:** **NO APLICA**
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***	*No Aplica*
2	Inadecuado manejo de la información a la cual tiene acceso el contratista		**x**	*No Aplica*
3	Suspensión o cancelación de la tarjeta o matrícula profesional, para aquellas profesiones que así lo establecen		x	*No Aplica*

SUPERVISOR	**NOMBRE Y APELLIDO:** **DORA DUARTE PRADA** **Subdirectora de Inspección Vigilancia y Control de Servicios de Salud**
	FIRMA: El presente informe es suscrito por la supervisión de manera electrónica a través de la plataforma SECOP II módulo plan de pagos, de conformidad con las condiciones establecidas por la Agencia Nacional de Contratación Pública-Colombia Compra Eficiente en su calidad de administradora del Sistema Electrónico para la Contratación Pública SECOP

REVISÓ	**NOMBRE Y APELLIDO:** **Leilann Dennisse Vergara Vaca** Firmado digitalmente por Leilann Dennisse Vergara Vaca
	FIRMA El presente informe es suscrito por la supervisión de manera electrónica a través de la plataforma SECOP II módulo plan de pagos, de conformidad con las condiciones establecidas por la Agencia Nacional de Contratación Pública-Colombia Compra Eficiente en su calidad de administradora del Sistema Electrónico para la Contratación Pública SECOP

NOTAS:
** El presente informe da cumplimiento a lo citado en la ISO 9001:2015, en relación con el numeral 8.4.1.*
** Anexo: Comprobantes de pago de aportes al sistema de seguridad social en salud y pensión, Certificado ARL y Orden de Pago.*
** Para el cálculo del % de ejecución del contrato se deben tener en cuenta las adiciones si aplica*

PAGOSIMPLE | REPORTE INDIVIDUAL

Fecha creación reporte 2023-10-17, 04:53:05 PM **Tipo Planilla** I **Número Planilla** 1058302398

Periodo Cotización 202309 **Periodo Servicio** 202309

Cliente:

PAGADA 2023-10-13 EN HORARIO EXTENDIDO

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	DIANA PATRICIA FONSECA CORREDOR				
Documento	CC 52496367	**Dirección**	CR 50 #1 - 96 CIUDAD MONTES		
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	**Teléfono**	6015308012		
Tipo Persona	NATURAL	**Forma Presentación**	ÚNICO	**Total Afiliados**	1
Ciudad	BOGOTA D.C.	**Departamento**	BOGOTA D.C.		
Representante Legal		**Identificación**			

II. DATOS DEL AFILIADO

Documento	CC 52496367		**Residente**		**Exonerado**	N	**Apellidos y Nombres**	**Código Ciudad - Departamento**	**Centro de Trabajo**	**Ubicación Laboral**
Tipo Cotizante	59	00					FONSECA CORREDOR DIANA PATRICIA	11001000 - 11		BOGOTA D.C.

III. APORTE POR CADA UNA DE LAS ADMINISTRADORAS ASOCIADAS AL AFILIADO:

Novedades																								**Extranjero**	**Tipo salario**	**Salario**	**Pensión**							**Salud**							**Riesgos**					**Caja**				**Parafiscales**			
ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	COR	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	Días AFP	Días EPS	Días ARP	Días CCF								**Código AFP**	**Código Tras. AFP**	**Tarifa AFP**	**IBC**	**Total Aporte AFP**	**Total Aporte FSP**	**Total Aporte FSPS**	**Código EPS**	**Código Tras. EPS**	**Tarifa EPS**	**IBC EPS**	**Aporte Salud**	**Aporte UPC**	**Código ARL**	**Clase Riesgo**	**Tarifa ARL**	**IBC ARL**	**Aporte Riesgos**	**Código CCF**	**Tarifa CCF**	**IBC CCF**	**Aporte Caja**	**Tarifa SENA**	**Aporte SENA**	**Tarifa ICBF**	**Aporte ICBF**
															0	30	30	30	0						$ 2.504.000	231001		16 %	$ 2.504.000	$ 400.700	$ 0	$ 0	EPS005		12,5 %	$ 2.504.000	$ 313.000	$ 0	14-11	3	2,436 %	$ 2.504.000	$ 61.000	NIN-CC	0 %	$ 0	$ 0	0 %	$ 0	0 %	$ 0

IV.TOTALES

Total Aportes Pensión	Total Aportes FSP	Total Aportes FSPS	Total Aportes Salud	Total Aportes Riesgos	Total Aportes Cajas	Total Aportes SENA	Total Aportes ICBF	Total Aportes ESAP	Total Aportes MEN	Total Final
COLFONDOS	FSP SOLIDARIDAD	FSP SUBSISTENCIA	EPS SANITAS	ARL SURA	NINGUNA CCF	SENA	ICBF	ESAP	MEN	
$ 400.700	$ 0	$ 0	$ 313.000	$ 61.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 774.700

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!

¡El Poder de lo SIMPLE!

Powered by CamScanner

Medellín, 22 de octubre de 2023

LA ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES
SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A..

CERTIFICA:

Que DIANA PATRICIA FONSECA CORREDOR identificado(a) con cédula de ciudadanía 52496367 registra en nuestra base de datos como trabajador(a) independiente.

A continuación se relacionan los datos de la afiliación:

Fecha inicio cobertura: 04/07/2023 **Fecha fin cobertura:** 15/03/2024

INFORMACIÓN DEL CONTRATANTE

FONDO FINANCIERO DISTRITAL DE SALUD N800246953

ACTIVIDAD ECONÓMICA:
1841301 - REGULACIÓN DE LAS ACTIVIDADES DE ORGANISMOS QUE PRESTAN SERVICIOS DE SALUD, EDUCATIVOS, CULTURALES Y OTROS SERVICIOS SOCIALES, EXCEPTO SERVICIOS DE SEGURIDAD SOCIAL, INCLUYE LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA DE PROGRAMAS DESTINADOS A AUMENTAR EL BIENESTAR SOCIAL DE LA COMUNIDAD EN MATERIA DE: SALUD, EDUCACIÓN, CULTURA, DEPORTE, SERVICIOS RECREATIVOS, MEDIO AMBIENTE, VIVIENDA Y SERVICIOS SOCIALES, ADMINISTRACIÓN DE PROGRAMAS DE VIVIENDA, TALES COMO MINISTERIOS, SUPERINTENDENCIAS Y COMISIÓN DE REGULACIÓN ENTRE OTROS

CLASE DE RIESGO: 1 **PORCENTAJE DE COTIZACIÓN:** 0.522%

CENTRO DE TRABAJO: 0000000009 - VACUNACION -VERIFICADORES R3

CLASE: 3 **PORCENTAJE:** 2.436% **TIPO COTIZANTE:** INDEPENDIENTE CON CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS SUPERIOR A UN MES

ACTIVIDAD ECONÓMICA CENTRO DE TRABAJO:
3861001 - ACTIVIDADES DE HOSPITALES Y CLÍNICAS, CON INTERNACIÓN, COMPRENDE LAS ACTIVIDADES QUE CONSISTEN PRINCIPALMENTE EN LABORATORIO CLÍNICO, ENDOSCOPIA, PATOLOGÍA ETC, CUANDO SE PRESTAN A PACIENTES INTERNOS LA ATENCIÓN DE PACIENTES INTERNOS, QUE SE REALIZA BAJO LA SUPERVISIÓN DIRECTA DE MÉDICOS Y ABARCA: LA ATENCIÓN ODONTOLÓGICA A PACIENTES INTERNOS EN HOSPITALES CUANDO SE PRESTA POR PROFESIONALES VINCULADOS A LA INSTITUCIÓN DE INTERNACIÓN; EL SERVICIO DE PERSONAL MÉDICO GENERAL Y ESPECIALIZADO Y PARAMÉDICO EN: SERVICIO DE COMPLEMENTACIÓN TERAPÉUTICA: REHABILITACIÓN (POR TERAPISTAS), OPTOMETRÍA, PSICOLOGÍA, NUTRICIÓN, FONOAUDIOLOGÍA, ETC, CUANDO SE PRESTAN A PACIENTES INTERNOS; SERVICIOS DE URGENCIAS SERVICIOS DE QUIRÓFANOS, SERVICIOS DE FARMACIA, SERVICIOS DE COMIDA A PACIENTES INTERNOS Y OTROS SERVICIOS HOSPITALARIOS; SERVICIOS DE CENTROS DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR QUE PROPORCIONAN TRATAMIENTO MÉDICO TALES COMO ESTERILIZACIÓN E INTERRUPCIÓN DEL EMBARAZO, CUANDO SE REALIZAN CON INTERNACIÓN

INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA

ACTIVIDAD ECONÓMICA:
3861001 - ACTIVIDADES DE HOSPITALES Y CLÍNICAS, CON INTERNACIÓN, COMPRENDE LAS ACTIVIDADES QUE CONSISTEN PRINCIPALMENTE EN LABORATORIO CLÍNICO, ENDOSCOPIA, PATOLOGÍA ETC, CUANDO SE PRESTAN A PACIENTES INTERNOS LA ATENCIÓN DE PACIENTES INTERNOS, QUE SE REALIZA BAJO LA SUPERVISIÓN DIRECTA DE MÉDICOS Y ABARCA: LA ATENCIÓN ODONTOLÓGICA A PACIENTES INTERNOS EN HOSPITALES CUANDO SE PRESTA POR PROFESIONALES VINCULADOS A LA INSTITUCIÓN DE INTERNACIÓN; EL SERVICIO DE PERSONAL MÉDICO GENERAL Y ESPECIALIZADO Y PARAMÉDICO EN: SERVICIO DE COMPLEMENTACIÓN TERAPÉUTICA: REHABILITACIÓN (POR TERAPISTAS), OPTOMETRÍA, PSICOLOGÍA, NUTRICIÓN, FONOAUDIOLOGÍA, ETC, CUANDO SE PRESTAN A PACIENTES INTERNOS; SERVICIOS DE URGENCIAS SERVICIOS DE QUIRÓFANOS, SERVICIOS DE FARMACIA, SERVICIOS DE COMIDA A PACIENTES INTERNOS Y OTROS SERVICIOS HOSPITALARIOS; SERVICIOS DE CENTROS DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR QUE PROPORCIONAN TRATAMIENTO MÉDICO TALES COMO ESTERILIZACIÓN E INTERRUPCIÓN DEL EMBARAZO, CUANDO SE REALIZAN CON INTERNACIÓN

CODIGO DE ACTIVIDAD: 3861001

CLASE DE RIESGO: 3 **PORCENTAJE DE COTIZACIÓN:** 2.436%

Su pago lo debe realizar con riesgo 3 (2.436 %), teniendo en cuenta lo siguiente:

Artículo 11, Decreto 723 de 2013: Cotización y Pago: La cotización se realizará teniendo en cuenta el mayor riesgo entre:

1. ***La clase de riesgo del centro de trabajo de la entidad o institución.***
2. ***El propio de la actividad ejecutada por el contratista.***

Parágrafo 1: Cuando las entidades o instituciones no tengan centros de trabajo se tomará la actividad principal o institución.

Si desea validar que este certificado haya sido realmente emitido por ARL Sura y la información aquí contenida sea real, visite www.arlsura.com.co / validar certificados e ingrese el siguiente código único de generación válido por un mes: C524963672329525219

Atentamente,

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Dirección de Afiliaciones y Recaudos

Este certificado tiene validez para efectos de afiliación del trabajador a SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A. así como para su desafiliación
Importante: La información contenida en este certificado puede ser validada en cualquier momento por SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A.

Este certificado fue generado con la información registrada en la base de datos el: 22/10/2023 7.00 AM

FONDO FINANCIERO DISTRITAL DE SALUD

BOGOTÁ | SECRETARÍA DE SALUD

Vig Ppto: 2023

ORDEN DE PAGO

No: 317761

Usuario Dilig: YAMEDINA
Fecha de Impresión: 13/10/2023
Estado: GIRADA

Entidad:	FONDO FINANCIERO DISTRITAL DE SALUD				
Código:	201	Unidad Eje:	01	Fecha Diligenciamiento:	04-OCT-23

1. DATOS DEL BENEFICIARIO

Nombre:	DIANA PATRICIA FONSECA CORREDOR	Regimen:	SIMPLIFICADO		
Dirección:	AK 50 1 96 CA BRR	Teléfono y Fax:			
C.C o NIT:	52496367	Banco/Sucursal:	BANCOLOMBIA	Cuenta No/Clase:	24427856701/A

2. DATOS DEL COMPROMISO

Compromiso a Pagar:	CONTRATACION DIRECTA	No:	5132312	Interventor o responsable del recibo a satisfacción del bien o servicio:	TOTAL
Acta de Recibo No:		Nombre del Interventor:			

Detalle

CTO-NO5132312-PL OGI_VIG -SEPTIEMBRE 2023-PERIODO DE:01-sep 30-sep-2023

Tipo de Orden de Pago: VIGENCIA

3. MOVIMIENTO PRESUPUESTAL

Fuente de financiación:

IMPUTACIÓN PRESUPUESTAL

CDP	Código Rubro	Registro	Nombre	Valor Aplicación (Gasto)
1913	O2-3-01-16-050-56-77910000-771750051	3139	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	$4.113.975,00	2-4-36-15-0001	$16.119,00
RETEICA- SERVICIOS 0,766%	.766	$5.485.300,00	2-4-36-27-0001	$42.017,00

Valor amortización:

Id fuente	Detalle
01	Recursos Del Distrito
12013	APORTE ORDINARIO

TOTAL DESCUENTOS		$214.636,00
VALOR NETO A GIRAR	SEIS MILLONES CUARENTA Y CINCO MIL TRESCIENTOS SESENTA Y CUATRO PESOS	$6.045.364,00
		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