ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD	GESTIÓN CONTRACTUAL SUBDIRECCIÓN DE CONTRATACIÓN SISTEMA 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	Versión:	7
Elaborado por: Carlos Andrés Montaña Buitrago /Revisado por: Nureidis Torres Vivas /Aprobado por: Katty Johana Rodríguez Lozano				

DESPACHO – SUBDIRECCIÓN – DIRECCIÓN U OFICINA: Dirección de Calidad de Servicios de Salud – Subdirección Inspección Vigilancia y Control de Servicios de Salud.	**CONTRATO No.** 6215059	**PERIODO DEL CONTRATO:** Fecha de Inicio: 23/04/2024 Fecha de Terminación: 31/07/2024
ENTIDAD CONTRATANTE: **Fondo Financiero Distrital de Salud**		**PLAZO DE EJECUCIÓN:** Tres (03) meses ocho (8) días **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:** 01/07/2024 – 31/07/2024
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:	$ 30.465.333
VALOR ADICIÓN (SI APLICA):	
VALOR INDEXACIÓN (SI APLICA):	
VALOR CEDIDO (SI APLICA)	
VALOR A LIBERAR (SI APLICA)	$ 10.016.0000
VALOR PAGADO AL CONTRATISTA O CESIONARIO (SI APLICA):	$ 14.189.000
VALOR A PAGAR EN EL PRESENTE PERIODO DEL INFORME:	$ 6.260.000
SALDO POR EJECUTAR:	*$* 000

ACTIVIDADES ESPECIFICAS, OBLIGACIONES DEL CONTRATISTA DESARROLLADAS DE ACUERDO CON EL OBJETO CONTRACTUAL		
OBLIGACIONES	**AVANCE ACTIVIDADES**	**EVIDENCIAS O SOPORTE**

(Las estipuladas en la minuta del contrato)	(Desarrolladas en el periodo objeto del informe - referente a la obligación)	(Con respecto a la actividad desarrollada y donde reposan)
1. Realizar visitasde inspección, vigilancia y control a los Prestadores de Servicios de Salud, de acuerdo con la asignación correspondiente, con el fin de verificar elcumplimiento de losestándares del SistemaObligatorio 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, ejecucióny 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	Visitas DE SEGURIDAD SALUD EN EL TRABAJO, para otorgar, renovar o modificar, Licencias de Seguridad Salud en el Trabajo **# de visitas: 6** 1.1 CAVACA LIMITADA 1.2 ITACA SOLUCIONES 1.3 IPS MEDIPLUS LABORAL SAS 1.4 CULTURA Y GESTION SAS 1.5 DASDRA SAS 1.6 DYD PSICOLOGIA Y BIENESTAR SAS	1.1. Acta CAVACA LIMITADA 1.2. Acta ITACA SOLUCIONES 1.3. Acta IPS MEDIPLUS LABORAL SAS 1.4 Acta CULTURA Y GESTION SAS 1.5. Acta DASDRA SAS 1.6. Acta DYD PSICOLOGIA Y BIENESTAR SAS https://saludcapitalgovco-my.sharepoint.com/:f:/r/personal/inv-ivc_saludcapital_gov_co/Documents/CONTRATOS%202024-2025/Ivc-Hab/6215059-Dpfonseca/JULIO24/OBLIGACION%201?csf=1&web=1&e=Lmoss9
2. .Dar estricto cumplimiento al Anexo Técnico dependiendo dela necesidad o prioridad de los procedimientos que requiera la Subdirección de Inspección Vigilancia y Control de Servicios de Salud	No asignada para este mes	https://saludcapitalgovco-my.sharepoint.com/:f:/r/personal/inv-ivc_saludcapital_gov_co/Documents/CONTRATOS%202024-2025/Ivc-Hab/6215059-Dpfonseca/JULIO24/OBLIGACION%202?csf=1&web=1&e=ifP3ql
3. Apoyar los procesos administrativo-relacionados con el objeto del contrato dentro de los tiempos establecidos	3.1. Tamizaje de quejas: evaluar el tipo de queja para determinar si requiere o no la elaboración de concepto odontológico, así como determinar los soportes requeridos para la elaboración del concepto**. # 15** 3.2 Conceptos Odontológicos. Realizar concepto odontológico, de quejas en el servicio, para determinar, si se presentaron fallas en la atención **# 13** 3.3 Conceptos para ajustes:3	3.1 Formato de entrega de Tamizajes Julio 3.2 Formato de entrega de conceptos https://saludcapitalgovco-my.sharepoint.com/:f:/r/personal/inv-ivc_saludcapital_gov_co/Documents/CONTRATOS%202024-2025/Ivc-Hab/6215059-Dpfonseca/JULIO24/OBLIGACION%203?csf=1&web=1&e=DJ4042
4.Asistir a las reuniones programadas por la Direcciónde Calidad de Servicios deSalud — Subdirección Inspección, Vigilancia y Control de Servicios de Salud, con el fin de unificar criterios y verificarlas actividades adelantadas, de acuerdo con los lineamientos emitidos para tal efecto	4.1Taller propiedad intelectual	https://saludcapitalgovco-my.sharepoint.com/:f:/r/personal/inv-ivc_saludcapital_gov_co/Documents/CONTRATOS%202024-2025/Ivc-Hab/6215059-Dpfonseca/JULIO24/OBLIGACION%204?csf=1&web=1&e=IdPX1F
5.Realizar las demás actividades que le sean asignadas por el		

Supervisor del Contrato, que apliquen de acuerdo con la naturaleza del objeto contractual	Realizar Asistencia Técnica Individual a través de los siguientes canales ✓ Presencial	5.1 Formato Asistencia Técnica Individual https://saludcapitalgovco-my.sharepoint.com/:f:/r/personal/inv-ivc_saludcapital_gov_co/Documents/CONTRATOS%202024-2025/Ivc-Hab/6215059-Dpfonseca/JULIO24/OBLIGACION%205?csf=1&web=1&e=soL8dw

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:	400.7000	Suma cancelada:	61.000
No Planilla:	1065089946	No Planilla:	1065089946	No Planilla:	1065089946
Mes(es) cancelado(s):	JUNIO	Mes(es) cancelado(s):	JUNIO	Mes(es) cancelado(s):	JUNIO
Suma cancelada:	313.000	Suma cancelada:	400.7000	Suma cancelada:	61.000
No Planilla:	1065090068	No Planilla:	1065090068	No Planilla:	1065090068
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:	dpfonseca@saludcapital.gov.co Calidad2023	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 __*100*_____% de ejecución del contrato. Certifico que el contratista realizo la entrega de actividades y bienes a cargo incluyendo, la devolución del carnet que lo identifica como contratista de la entidad	**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 matricula profesional, para aquellas profesiones que así lo establecen		X	NO APLICA

SUPERVISOR	**NOMBRE Y APELLIDO:** **DORA DUARTE PRADA**
	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	**DORA DUARTE PRADA**
	FIRMA: El presente informe es revisado por el apoyo a 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 2024-07-13, 08:57:25 PM **Tipo Planilla** I **Número Planilla** 1065089946

Periodo Cotización 202406 **Periodo Servicio** 202406

Cliente:

PAGADA 2024-07-11 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!

PAGOSIMPLE | REPORTE INDIVIDUAL

Fecha creación reporte 2024-07-13, 09:01:14 PM **Tipo Planilla** I **Número Planilla** 1065090068

Periodo Cotización 202407 **Periodo Servicio** 202407

Cliente:

PAGADA 2024-07-11 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!

ARL

Medellin, 26 de julio de 2024

LA DIRECCIÓN DE AFILIACIONES Y RECAUDOS HACE CONSTAR:

Que **DIANA PATRICIA FONSECA CORREDOR** con documento de identidad **C52496367**, se encuentra afiliado(a) a la Administradora de Riesgos Laborales SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A. como trabajador(a) de **FONDO FINANCIERO DISTRITAL DE SALUD** con NIT **N800246953**.

A continuación, se relacionan las fechas de afiliación:

Información general de la afiliación

Fecha inicio	Fecha fin	Tipo cotizante	Centro de trabajo	Código C.T	Clase de riesgo	Tasa cotización	Estado cobertura
2024-04-20	2024-07-31	INDEPENDIENTE CON CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS SUPERIOR A UN MES	VACUNACION -VERIFICADORES R3	0000000009	3	2.436	EN COBERTURA



VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

FONDO FINANCIERO DISTRITAL DE SALUD

BOGOTÁ | SECRETARÍA DE SALUD

Vig Ppto: 2024

ORDEN DE PAGO

No: 409489

Usuario Dilig: AMPRADA
Fecha de Impresión: 15/07/2024
Estado: GIRADA

Entidad:	FONDO FINANCIERO DISTRITAL DE SALUD				
Código:	201	Unidad Eje:	01	Fecha Diligenciamiento:	03-JUL-24

1. DATOS DEL BENEFICIARIO

Nombre:	DIANA PATRICIA FONSECA CORREDOR	Regimen:	No Responsable		
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:	6215059	Interventor o responsable del recibo a satisfacción del bien o servicio:	TOTAL
Acta de Recibo No:		Nombre del Interventor:			

Detalle

NO6215059-PLANILLA OGI_VIGENCIA-JUNIO 2024-PERIODO DE:01-jun 30-jun

Tipo de Orden de Pago: VIGENCIA

3. MOVIMIENTO PRESUPUESTAL

Fuente de financiación:

IMPUTACIÓN PRESUPUESTAL

CDP	Código Rubro	Registro	Nombre	Valor Aplicación (Gasto)
2448	O2-3-01-16-005-56-77910000-511750051	2402	Contratacion de Recurso Humano	$6.260.000,00

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

ID Rubro	Fuente	Detalle	Valor
O2-3-01-16-005-56-77910000-511750051	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
RETEICA- SERVICIOS 0,766%	.766	$5.533.200,00	2-4-36-27-0001	$42.384,00
ESTAMPILLA ADULTO MAYOR 2%	2	$6.260.000,00	2-4-36-90-0007	$125.200,00
ESTAMPILLA - EST_PROCULTURA 0,5%	.5	$6.260.000,00	2-4-36-90-0003	$31.300,00

Valor amortización:

Id fuente	Detalle
01	Recursos Del Distrito
12013	APORTE ORDINARIO

TOTAL DESCUENTOS		$198.884,00
VALOR NETO A GIRAR	SEIS MILLONES SESENTA Y UN MIL CIENTO DIECISEIS PESOS	$6.061.116,00
		Código contable
		2-4-01-02-0003

MOVIMIENTO TESORERÍA

Endosado a:

Observaciones

Acreedor (Exclusivamente para transferencia de la administración)

Nombre _____

Cédula _____ Firma _____

ANGEL MIGUEL PRADA JIMENEZ
GESTION DE PAGOS

YOLANDA PATRICIA VALDERRAMA CORTES
Responsable del Presupuesto

Consulta Pagos