DESPACHO – SUBDIRECCIÓN – DIRECCIÓN U OFICINA: DIRECCION DE CALIDAD DE SERVICIOS DE SALUD – SUBDIRECCION INSPECCION, VIGILANCIA Y CONTROL DE SERVICIOS DE SALUD	**CONTRATO No.** 6690324	**PERIODO DEL CONTRATO:** Fecha de Inicio: 04/09/2024 Fecha de Terminación: 31/12/2024
ENTIDAD CONTRATANTE: FONDO FINANCIERO DISTRITAL DE SALUD		**PLAZO DE EJECUCIÓN: CUATRO (4**) Meses **PRÓRROGA:**
CONTRATISTA: ANGIE LEFERGIE BERMUDEZ AGUIRRE		Fecha de Inicio (Prórroga): Fecha de Terminación (Prórroga): **SUSPENSIÓN:**
SUPERVISOR: RONALD ALEXANDER TOVAR SIERRA Subdirector Inspección Vigilancia y Control de Servicios de salud (E) Técnico 068 grado 6		Fecha de Inicio (Suspensión): Nueva Fecha de Terminación (Suspensión): **PERIODO DEL INFORME: 04/09/2024 - 30/09/2024**
OBJETO DEL CONTRATO: Prestar servicios profesionales en la Subdirección de Inspección, Vigilancia y Control de Servicios de Salud para el apoyo en la implementación y fortalecimiento del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de servicios de Salud.		

BALANCE FINANCIERO DEL CONTRATO	
VALOR INICIAL DEL CONTRATO:	$ 25.040.000.00
VALOR ADICIÓN (SI APLICA):	$ 00.000.000.00
VALOR INDEXACIÓN (SI APLICA):	$ 00.000.000.00
VALOR CEDIDO (SI APLICA)	$ 00.000.000.00
VALOR A LIBERAR (SI APLICA)	$ 00.000.000.00
VALOR PAGADO AL CONTRATISTA:	$ 00.000.000.00
VALOR A PAGAR EN EL PRESENTE PERIODO DEL INFORME:	$ 6.260.000.00
SALDO POR EJECUTAR:	$ 18.780.000.00

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. Apoyar en el desarrollo de las actividades relacionadas con el procedimiento de verificación del sistema único de habilitación, en lo relacionado con inscripción y novedades de los prestadores de servicios de salud, programación, preparación y conductas	Se realizaron tamizajes de Enfermería de acuerdo con la programación entregada por la Subdirección Inspección Vigilancia y Control de Servicios de Salud, los cuales se encuentran registrados en el formato relación Conceptos Técnicos y/o Actos Administrativos Elaborados SDS-IVC-FT-350 V.1, que ya cuentan con soporte de visitas de IVC.	Se realizo entrega de expedientes de manera diaria con los respectivos tamizajes relacionados en hoja de ruta. No obstante, se deja la claridad que los actos administrativos y/o oficios con relación a las preliminares adelantadas

derivadas de las visitas de Inspección, Vigilancia y Control.	Total, Tamizajes: 21 con ACTAS DE VISITA	por la Subdirección no fueron cargados por reserva legal. SEPTIEMBRE-24
2. Dar respuesta a la correspondencia y requerimientos que le sean asignados en el marco del objeto contractual, de acuerdo con los términos de Ley	Se realizaron tamizajes de Enfermería de acuerdo con la programación entregada por la Subdirección Inspección Vigilancia y Control de Servicios de Salud, los cuales se encuentran registrados en el formato relación Conceptos Técnicos y/o Actos Administrativos Elaborados SDS-IVC-FT-350 V.1 Total, Tamizajes: 157	Se realizo entrega de expedientes de manera diaria con los respectivos tamizajes relacionados en hoja de ruta. No obstante, se deja la claridad que los actos administrativos y/o oficios con relación a las preliminares adelantadas por la Subdirección no fueron cargados por reserva legal. SEPTIEMBRE-24
3. Atender al cliente interno y externo en temas relacionados con el Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad (SOGC), de acuerdo con los parámetros señalados por el Supervisor del contrato.	Se realizaron 178 tamizajes de Enfermería	Se realizo entrega de expedientes de manera diaria con los respectivos tamizajes y soportes allegados relacionados en hoja de ruta. No obstante, se deja la claridad que los actos administrativos y/o oficios con relación a las preliminares adelantadas por la Subdirección no fueron cargados por reserva legal. SEPTIEMBRE-24
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 acuerdo con las directrices emitidas para el efecto.	No se programaron reuniones en este periodo.	No se programaron reuniones en este periodo.

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.

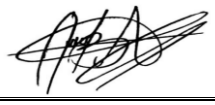
INFORMACIÒN PAGOS SEGURIDAD SOCIAL

APORTES EN SALUD		APORTES EN PENSIÓN		APORTES RIESGOS LABORALES	
Empresa:	SANITAS	Empresa:	PORVENIR	Empresa:	POSITIVA
				Nivel Riesgo:	3
Suma cancelada:	$ 165.300	Suma cancelada:	$ 211.600	Suma cancelada:	$ 32.300
No Planilla:	80516228	No Planilla:	80516228	No Planilla:	80516228
Mes(es) cancelado(s):	AGOSTO 2024	Mes(es) cancelado(s):	AGOSTO 2024	Mes(es) cancelado(s):	AGOSTO 2024

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:** ANGIE LEFERGIE BERMUDEZ AGUIRRE
	FIRMA: 
	No. DOCUMENTO DE IDENTIDAD: 1077968200

INFORME SUPERVISOR DE CONTRATO – CERTIFICADO DE CUMPLIMIENTO

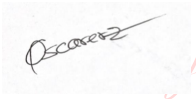
Que, de conformidad con el informe de actividades presentado para el periodo indicado en el mismo, el supervisor da cuenta del cumplimiento de las actividades específicas, obligaciones del contratista desarrolladas de acuerdo con el objeto contractual, las cuales fueron descritas en el informe, y según el periodo de ejecución reportado. Acreditando un cumplimiento hasta la fecha de reporte del _25 % de ejecución del contrato. Certifico que el contratista realizó la entrega de actividades y bienes a cargo incluyendo la devolución del carné 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 redimen 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		***X***	*NO APLICA*
3	Suspensión o cancelación de la tarjeta o matricula profesional		***X***	*NO APLICA*

SUPERVISOR	**NOMBRE Y APELLIDO:** RONALD ALEXANDER TOVAR SIERRA **Subdirector Inspección, Vigilancia y Control de Servicios de Salud (E)**
	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: OSCAR EDUARDO RAMOS ZAMORA**  Firmado digitalmente por Oscar Ramos
	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.*

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	1077968200	ANGIE LEFERGIE BERMUDEZ AGUIRRE	CRA 88A # 21 - 42	3117078920	angielove1988@hotmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente		BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		NO

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	
2024-08	2024-08	I	26/09/2024	80516228	$409.200	

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	162.500	0		0		0	23	2.800	0	165.300	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
230301	Porvenir	800224808-8	208.000	0	0	0	0	23	3.600	0	211.600	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										
14-23	Positiva Seguros	860011153-6	31.700				31.700	23	600	32.300			317	32.300	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	23	0	0	0
ICBF				
0	23	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	162.500	165.300
Pensión	1	208.000	211.600
Riesgos Laborales	1	31.700	32.300
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	402.200	409.200

PAGADA

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

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	1077968200	ANGIE LEFERGIE BERMUDEZ AGUIRRE		CRA 88A # 21 - 42	3117078920	angielove1988@hotmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
ÚNICA	I – Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	NO

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	
2024-08	2024-08	I	26/09/2024	80516228	$409.200	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE									INFORMACIÓN NOVEDADES																PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES				
No.	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
1	CC	1077968200	BERMUDEZ AGUIRRE ANGIE LEFERGIE	59	0			N							X										230301	1.300.000	208.000	0	0	0	0	EPS005	1.300.000	162.500	14-23	1.300.000	3	31.700		0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

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

COLOMBIA POTENCIA DE LA VIDA

POSITIVA COMPAÑÍA 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 se evidenció que, **ANGIE LEFERGIE BERMUDEZ AGUIRRE** identificado con **CC** No. **1077968200**, registra la siguiente información.

Datos del Contratante	Datos de la Relación Laboral
FONDO FINANCIERO DISTRITAL DE SALUD - NI. 800246953	**Fecha de inicio de cobertura:** 03/09/2024 **Estado Afiliación:** ACTIVO **Fecha de inicio de Contrato:** 03/09/2024 **Fecha fin de Contrato:** 31/12/2024 **Tipo Vinculación:** TRABAJADOR INDEPENDIENTE **Clase de Riesgo:** 3

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): 202401019770454.

Esta certificación se expide en la ciudad de Bogotá D.C. a los 26 días del mes de septiembre de 2024.

Cordialmente,

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

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Positiva Compañía de Seguros S.A.
Nit: 860.011.153-6 · **Línea gratuita nacional:** 01-8000-111-170 **Teléfono:** (601) 330-7000
Defensor del Consumidor Financiero: Ana María Giraldo Rincón · defensordelcliente@positiva.gov.co
Carrera 11A No 96 - 51 Oficina 206 Bogotá. Teléfono: (601) 610 8164