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 Financiera- Cobro Coactivo	**CONTRATO No.** 6626591	**PERIODO DEL CONTRATO:** Fecha de Inicio: 15/08/2024 Fecha de Terminación: 31/12/2024
ENTIDAD CONTRATANTE: Fondo Financiero Distrital de Salud		**PLAZO DE EJECUCIÓN:** ciento treinta y ocho (138) días **PRÓRROGA:** NO APLICA
CONTRATISTA: Raúl Esteban Caicedo Buitrago		Fecha de Inicio (Prórroga): No Aplica Fecha de Terminación (Prórroga) NO APLICA **SUSPENSIÓN:** NO APLICA
SUPERVISOR (Nombre y cargo): SANDRA MILENA MONROY RAMÍREZ Tesorero General Código 201 Grado 30		Fecha de Inicio (Suspensión): NO APLICA Nueva Fecha de Terminación (Suspensión): NO APLICA **PERIODO DEL INFORME:** 01/10/2024– 31/10/2024
OBJETO DEL CONTRATO: Prestar servicios profesionales para apoyar jurídicamente en el cumplimiento de las funciones asignadas a la Dirección Financiera en materia de cobro persuasivo y coactivo del FFDS		

BALANCE FINANCIERO DEL CONTRATO	
VALOR INICIAL DEL CONTRATO:	$ 19.655.800.00
VALOR ADICIÓN (SI APLICA):	$ 00
VALOR INDEXACIÓN (SI APLICA):	$ 00
VALOR CEDIDO (SI APLICA)	$ 00
VALOR A LIBERAR (SI APLICA)	$ 284.867.00
VALOR PAGADO AL CONTRATISTA:	$ 6.551.933.00
VALOR A PAGAR EN EL PRESENTE PERIODO DEL INFORME:	$ 4.273.000.00
SALDO POR EJECUTAR:	$ 8.546.000.00

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. Brindar apoyo jurídico en la revisión y admisión de los titulos ejecutivos que permita establecer la idoneidad y procedencia jurídica de las acreencias a favor del FFDS, para dar inicio a la etapa persuasiva y/o el cobro coactivo, dando cumplimiento a lo establecido en el Manual de Administración y Cobro Cartera del Fondo Financiero Distrital de Salud y normatividad vigente.	Durante el periodo correspondiente a la ejecución del presente informe, realice la validación de 728 expedientes radicados por las áreas generadoras IVC y VSP. Expedientes aceptados por el módulo de admisiones: 536 Expedientes devueltos por el módulo de admisiones: 192	https://saludcapitalgovco.sharepoint.com/:f:/r/sites/053000/Documentos%20compartidos/CONTRA/INF/COB/2024/6626591_REC/OCTUBRE/EVIDENCIAS/1?csf=1&web=1&e=BtZCAB

2. Brindar apoyo jurídico en la devolución o inadmisión de los actos administrativos que no cumplan con los requisitos de título ejecutivo, dando cumplimiento a lo establecido en el Manual de Administración y Cobro Cartera del FFDS.	Durante el periodo correspondiente a la ejecución del presente informe, realice la validación de 728 expedientes radicados por las áreas generadoras IVC y VSP. Expedientes aceptados por el módulo de admisiones: 536 Expedientes devueltos por el módulo de admisiones: 192	https://saludcapitalgovco.sharepoint.com/:f:/r/sites/053000/Documentos%20compartidos/CONTRA/INF/COB/2024/6626591_REC/OCTUBRE/EVIDENCIAS/2?csf=1&web=1&e=H3v6mk
3. Apoyar en el traslado de los títulos ejecutivos a la oficina de asuntos jurídicos para que ejerzan la representación judicial de los procesos que vinculen a la Entidad en los estrados judiciales y en las instancias administrativas.	Durante el presente periodo del informe no se desarrollaron actividades relacionadas con esta obligación.	No hay evidencias por adjuntar.
4. Realizar el control y la actualización en las bases de datos y en las herramientas informáticas en las que se realiza el registro, control y seguimiento de la gestión de cobro.	Durante el presente periodo del informe no se desarrollaron actividades relacionadas con esta obligación.	No hay evidencias por adjuntar.
5. Brindar apoyo jurídico para la revisión y sustanciación de todos los actos administrativos de trámite que sean necesarios para adelantar las diferentes etapas del procedimiento de cobro dando cumplimiento a lo establecido en el Manual de Administración y Cobro Cartera del Fondo Financiero Distrital de Salud.	Durante el presente periodo del informe no se desarrollaron actividades relacionadas con esta obligación.	No hay evidencias por adjuntar.
6. Asistir a las reuniones que sean requeridas en desarrollo del objeto contractual y sea convocado por quien ejerza la supervisión del contrato, orientadas a cumplir los objetivos de la Dirección Financiera.	El 17/10/2024, se asiste a reunión con la subsecretaria corporativa con el fin de establecer lineamientos frente al proceso de cobro coactivo. El 22/10/2024 se asiste a reunión citada por la subsecretaria corporativa, para determinar el proceso de notificación de actos administrativos y fijación del documento constancia ejecutoria y su validez.	https://saludcapitalgovco.sharepoint.com/:f:/r/sites/053000/Documentos%20compartidos/CONTRA/INF/COB/2024/6626591_REC/OCTUBRE/EVIDENCIAS/6?csf=1&web=1&e=sTh1jo
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.		

INFORMACIÓN PAGOS SEGURIDAD SOCIAL					
APORTES EN SALUD		**APORTES EN PENSIÓN**		**APORTES RIESGOS LABORALES**	
Empresa	Famisanar Eps	Empresa:	Protección	Empresa:	Positiva
				Nivel Riesgo:	*1*
Suma cancelada:	$ 213.700	Suma cancelada:	$ 273.500	Suma cancelada:	$ 9.000
No Planilla:	7941427711	No Planilla:	7941427711	No Planilla:	7941427711
Mes(es) cancelado(s):	Octubre	Mes(es) cancelado(s):	Octubre	Mes(es) cancelado(s):	Octubre

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:** Raúl Esteban Caicedo Buitrago				
	FIRMA: Raúl Esteban Caicedo Buitrago Firmado digitalmente por Raúl Esteban Caicedo Buitrago Fecha: 2024.10.31 15:09:10 -05'00'				
	No. DOCUMENTO DE IDENTIDAD: 1.010.204.063				

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 55,88% 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***	
8	Cambio de régimen NO responsable de IVA a Común o viceversa a cargo del contratista		*x*	
9	Inadecuado manejo de la información a la cual tiene acceso el contratista		*x*	

10	Demoras por parte de la entidad contratante (Supervisor) en la aprobación de los productos y/o informes presentados por el contratista		*x*	
11	Suspensión o cancelación de la tarjeta o matrícula profesional, para aquellas profesiones que así lo establecen		*x*	

SUPERVISOR	**NOMBRE Y APELLIDO:** Sandra M Monroy R. Firmado digitalmente por Sandra Milena Monroy Ramírez SANDRA MILENA MONROY RAMÍREZ Tesorero General Código 201 Grado 30
	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:** No Aplica
	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.*

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

DATOS GENERALES DEL APORTANTE			
TIPO IDENTIFICACIÓN:	CÉDULA DE CIUDADANÍA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	1010204063
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			RAUL ESTEBAN CAICEDO BUITRAGO
CIUDAD/MUNICIPIO:	BOGOTA DISTRITO CAPITAL	DEPARTAMENTO:	BOGOTA - DISTRITO CAPITAL
DIRECCIÓN:	CALLE 6A # 94-25 T6 AP 203	TELÉFONO:	7530396
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Otras actividades de servicio de apoyo a las empr
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA							
NÚMERO PLANILLA:			**7941427711**	TIPO DE PLANILLA:			I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES	octubre	AÑO 2024	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES	octubre	AÑO 2024
DÍAS DE MORA:			0				
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):			2024/10/28	NÚMERO AUTORIZACIÓN:			1008452938

TOTAL APORTES A PENSIÓN

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	COTIZACIÓN	APORTES VOLUNTARIOS		FSP		MORA		TOTALES		
CÓDIGO	NOMBRE			EMPLEADOR	COTIZANTE	SOLIDARIDAD	SUBSISTENCIA	COTIZACIÓN	FSP	APORTES	MORA	VALOR PAGADO
230201	230201- PROTECCION	1	$ 273.500	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 273.500	$ 0	$ 273.500
SUBTOTALES:										**$ 273.500**	**$ 0**	**$ 273.500**

TOTAL APORTES A SALUD

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD		LICENCIA MATERNIDAD		SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN		MORA		TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
EPS017	EPS017-FAMISANAR	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 213.700	$ 0	$ 0	$ 0	$ 213.700	$ 0	$ 0	$ 213.700
SUBTOTALES:													**$ 213.700**	**$ 0**	**$ 0**	**$ 213.700**

TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD IRP			SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN	TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PAGO A OTROS RIESGOS	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
14-23	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	1		$ 0	$ 0		$ 0	$ 9.000	$ 9.000	$ 0	$ 0	$ 9.000
SUBTOTALES:									**$ 9.000**	**$ 0**	**$ 0**	**$ 9.000**

TOTAL APORTES A CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	TOTALES		
CÓDIGO	NOMBRE		APORTES	MORA	VALOR PAGADO
CCF24	CCF24-COMPENSAR	1	$ 34.200	$ 0	$ 34.200
SUBTOTALES:			**$ 34.200**	**$ 0**	**$ 34.200**

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

DATOS DEL COTIZANTE									NOVEDADES																SEGURIDAD SOCIAL																				PARAFISCALES						
																									PENSIÓN									SALUD						ARP														
																													FSP		APORTES VOLUNTARIOS																						
Nº	IDENTIFICACIÓN	NOMBRES	TIPO COTIZANTE	SUBTIPO COTIZANTE	SALARIO BÁSICO	TIPO DE SALARIO	COLOMBIANO	EXTRANJERO	REFORMA TRIBUTARIA	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	ADMIN	DIAS COT	IBC	COTIZACIÓN	SUBSISTENCIA	SOLIDARIDAD	EMPLEADOR	EMPLEADO	INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APORTE	ADMIN	DIAS COT	IBC	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	TOTAL APORTE	ADMIN	DIAS COT	IBC	CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APORTE	DIAS COT	IBC	ADMIN	TOTAL APORTE	SENA	ICBF	ESAP	MINEDU
1	CC 1010204063	CAICEDO BUITRAGO RAUL ESTEBAN	INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS		$ 2.400.000				NO								01-30										230201-PROTECCION	30	$ 1.709.200	$ 273.500	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 273.500	EPS017-FAMISANAR	30	$ 1.709.200	$ 213.700	$ 0	$ 213.700	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	30	$ 1.709.200	101020406	$ 9.000	30	$ 1.709.200	CCF24-COMPENSAR	$ 34.200	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0

TOTAL	**$ 530.400**

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, **RAUL ESTEBAN CAICEDO BUITRAGO** identificado con **CC** No. **1010204063**, registra la siguiente información.

Datos del Contratante	Datos de la Relación Laboral
FONDO FINANCIERO DISTRITAL DE SALUD - NI. 800246953	**Fecha de inicio de cobertura:** 15/08/2024 **Estado Afiliación:** ACTIVO **Fecha de inicio de Contrato:** 15/08/2024 **Fecha fin de Contrato:** 31/12/2024 **Tipo Vinculación:** TRABAJADOR INDEPENDIENTE **Clase de Riesgo:** 1

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): 202401020701057.

Esta certificación se expide en la ciudad de Bogotá D.C. a los 27 días del mes de octubre 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

FONDO FINANCIERO DISTRITAL DE SALUD

BOGOTÁ | SECRETARÍA DE SALUD

Vig Ppto: 2024

ORDEN DE PAGO

No: 414681

Usuario Dilig: AMPRADA
Fecha de Impresión: 27/10/2024
Estado: GIRADA

Entidad:	FONDO FINANCIERO DISTRITAL DE SALUD				
Código:	201	Unidad Eje:	01	Fecha Diligenciamiento:	02-OCT-24

1. DATOS DEL BENEFICIARIO

Nombre:	RAUL ESTEBAN CAICEDO BUITRAGO	Regimen:	No Responsable		
Dirección:	TV 78 D 10 B 50	Teléfono y Fax:			
C.C o NIT:	1010204063	Banco/Sucursal:	DAVIVIENDA	Cuenta No/Clase:	006890294116/A

2. DATOS DEL COMPROMISO

Compromiso a Pagar:	CT - CONTRATOS (CON / SIN LICITACIÓN	No:	6626591	Interventor o responsable del recibo a satisfacción del bien o servicio:	TOTAL
Acta de Recibo No:		Nombre del Interventor:			

Detalle

CTO-NO6626591-PLANILLA OGI_VIGENCIA-SEPTIEMBRE 2024-PERIODO DE:01-sep 30-sep-2024

Tipo de Orden de Pago: VIGENCIA

3. MOVIMIENTO PRESUPUESTAL

Fuente de financiación:

ID Rubro	Fuente	Detalle	Valor	
O2-3-01-17-019-06-20240141-175180051	01	12013	$4.273.000,00	
Tipo	Com	Objeto	Ingreso	Banco
O23	20202009	91122	O1-5-01-01-001	

IMPUTACIÓN PRESUPUESTAL

CDP	Código Rubro	Registro	Nombre	Valor Aplicación (Gasto)
3411	O2-3-01-17-019-06-20240141-175180051	3782	Contratacion del Recurso Humano	$4.273.000,00

VR BRUTO	CUATRO MILLONES DOSCIENTOS SETENTA Y TRES MIL PESOS	$4.273.000,00

4. MOVIMIENTO FINANCIERO Y CONTABLE

Descripción	% Descuento	Base de Retención	Código Contable	VALORES
Valor Bruto			5-1-11-79-0001	$4.273.000,00
ESTAMPILLA - EST_PROCULTURA 0,5%	.5	$4.273.000,00	2-4-36-90-0003	$21.365,00
ESTAMPILLA ADULTO MAYOR 2%	2	$4.273.000,00	2-4-36-90-0007	$85.460,00
RETEICA- SERVICIOS 0,766%	.766	$3.776.800,00	2-4-36-27-0001	$28.930,00

Valor amortización:

Id fuente	Detalle
01	Recursos Del Distrito
12013	APORTE ORDINARIO

TOTAL DESCUENTOS		$135.755,00
VALOR NETO A GIRAR	CUATRO MILLONES CIENTO TREINTA Y SIETE MIL DOSCIENTOS CUARENTA Y CINCO PESOS	$4.137.245,00
		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