DESPACHO – SUBDIRECCIÓN – DIRECCIÓN U OFICINA: *Subdirección de Determinantes en Salud*	**CONTRATO No.** 6866427	**PERIODO DEL CONTRATO:** Fecha de Inicio: *17/10/2024* Fecha de Terminación: *31/12/2024*
ENTIDAD CONTRATANTE: *Fondo Financiero Distrital de Salud*		**PLAZO DE EJECUCIÓN: ochenta y dos** *(82) días* **PRÓRROGA:**
CONTRATISTA*:* *MARIA JOSE TAPIAS LOZADA*		Fecha de Inicio (Prórroga): *No aplica* Fecha de Terminación (Prórroga): *No aplica* **SUSPENSIÓN:**
SUPERVISOR (Nombre y cargo): *Diana Sofia Ríos Oliveros – Subdirección de Determinantes en Salud- Subdirector Técnico código 68 Grado 06*		Fecha de Inicio (Suspensión): *No aplica* Nueva Fecha de Terminación (Suspensión): *No aplica* **PERIODO DEL INFORME:** *17/10/2024 – 31/10/2024*
OBJETO DEL CONTRATO: *140-011100_8141 Prestar servicios profesionales especializados en la Subsecretaría de Salud Pública para la reestructuración y monitoreo técnico - administrativo de acciones, estrategias, planes, programas, proyectos y políticas relacionadas con los determinantes de la salud en el marco del Modelo de Salud en el Distrito Capital*		

BALANCE FINANCIERO DEL CONTRATO	
VALOR INICIAL DEL CONTRATO:	$ 21.440.130
VALOR ADICIÓN (SI APLICA):	$ 0
VALOR INDEXACIÓN (SI APLICA):	$ 0
VALOR CEDIDO (SI APLICA)	$ 0
VALOR A LIBERAR (SI APLICA)	$ 2.091.720
VALOR PAGADO AL CONTRATISTA O CESIONARIO (SI APLICA):	$ 0
VALOR A PAGAR EN EL PRESENTE PERIODO DEL INFORME:	$ 3.660.510
SALDO POR EJECUTAR:	$ 15.687.900

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. Aportar al desarrollo de proceso y monitoreo de las acciones, estrategias, planes, programas, proyectos y políticas relacionadas con la Subdirección de determinantes en salud, en el marco del Plan Territorial de Salud y del modelo de salud y en armonía con el Plan de desarrollo Bogotá Camina Segura.	1.1 Definición de la realización de acciones para el monitoreo y muestreo de la Línea 106. 1.2 Planeación del rol en el seguimiento de metas estratégicas.	*Ubicación: ver SECOP_II*
2. Formular y avanzar en la implementación del plan de trabajo para el desarrollo de los hitos estratégicos de la Subdirección de Determinantes en Salud.	2.1 Realicé la lectura del protocolo de Evaluación Línea 106 2.2 Realicé la lectura del Modelo de Salud de Bogotá MAS Bienestar 2.3 Diseñé la presentación sobre intersectorialidad para la equidad en salud en el marco del VII Encuentro de Alcaldes y Alcaldesas por Municipios Saludables de las Américas 2.4 Asistí y participé en la reunión del GRUPO CRÓNICAS. 2.5 Asistí y participé en la reunión mesa SOFIA. 2.6 Asistí y participé en la reunión MODELO MÁS BIENESTAR. 2.7 Realicé la lectura de la Guía Práctica de Herramientas Estrategia Ciudades, Entornos y Ruralidades Saludables	*Ubicación: ver SECOP_II* 2.1 Anexo-Protocolo Línea 106 2.2 Anexo-Modelo MASbienestar 2.3 Anexo-PPTAlcaldes 2.4 Anexo-NotasCRÓNICAS. 2.5 Anexo-PPTIISesionDirectiva 2.7 Anexo: CERS
3. Aportar técnicamente en los procesos precontractuales, contractuales y poscontractuales, incluida la realización de estudios previos, lineamientos técnicos, asistencias técnicas, acompañamiento y seguimiento técnico como apoyo a la supervisión, de los contratos y convenios que le sean asignados, incluidos los convenios para la Gestión de la Salud Pública –GSP y el Plan de Salud Pública de Intervenciones Colectivas –PSPIC	3.1 Apoyé la revisión y ajuste de la presentación sobre lactancia materna para el III Simposio de Lactancia Materna. 3.2 Realicé la revisión con emisión de sugerencias de ajuste sobre el insumo técnico para el Programa de Tuberculosis y Hansen.	*Ubicación: ver SECOP_II* 3.1 Anexo- PPTLM 3.2 Anexo- AjusteTB

4. Participar en la respuesta a urgencias y emergencias en salud pública, así como asistir a las reuniones, espacios de participación (institucionales, sectoriales, intersectoriales o comunitarias) o actividades misionales de carácter especial de la Subsecretaría relacionados con el cumplimiento del objeto y obligaciones contractuales, en el marco del modelo de salud territorial.	4.1 Asistí y participé en la reunión Fiscalía y actores clave en la atención de violencias contra niñas, niños, adolescentes y mujeres. Socialización 4.2 Asistí y participé en la mesa PIMI Hábitat de la comisión intersectorial para la GHMIAH. 4.3 Asistí y participé en la mesa de trabajo - Decreto 1710 de 2020 "Mecanismo Articulador para el Abordaje Integral de las Violencias por Razones de Sexo y Género, de las mujeres, niños, niñas y adolescentes". 4.4 Asistí y participé en la mesa de Salud / Comunidad Embera. 4.5 Diseñé y expuse presentación sobre Determinantes Sociales de la Salud para el evento dirigido a profesionales rurales de la Secretaría Distrital de Salud (SDS).	*Ubicación: ver SECOP_II* 4.1 Anexo-PPTSALUD 4.2 Anexo-Asistencia PIMI 4.3 Anexo-NotasMT 4.4 Anexo-MesaEmbera 4.5 Anexo-PPTDSS
5. Aportar en las investigaciones, los análisis, la gestión del conocimiento y el fortalecimiento de capacidades para la Salud Pública en temas de su experticia y relacionados el objeto contractual. Contar con al menos una propuesta de artículo publicable en el Boletín Epidemiológico Distrital relacionado con el tema.	5.1 Realicé la investigación, revisión de datos y redacción de la columna "Doble carga nutricional y hambre oculta: el costo invisible de los ultra procesados". 5.2 Socialicé la propuesta de proyecto de investigación sobre necesidades frente a la formación de profesionales en Salud Pública: una mirada institucional.	*Ubicación: ver SECOP_II* 5.1 Anexo-LinkColumna 5.3 Anexo-PropuestaEducacion

6. Realizar la gestión oportuna y de calidad a solicitudes internas o externas, peticiones ciudadanas, de entes de control o informes periódicos, dando cumplimiento al marco normativo o técnico y al modelo de salud, manteniendo actualizado y al día ágilsalud. Así como aportar al Modelo Integrado de Planeación y Gestión (MIPG) que incluye el reporte a proyectos de inversión del Plan de Desarrollo de Bogotá D.C. (SEGPLAN), y del Plan Operativo de Gestión y Desempeño (POGD) así como la gestión documental.	6.1 Participé en la capacitación para la revisión y presentación de informes administrativos. 6.2 Participé en capacitación para la gestión de información en AGILSALUD. 6.3 Realización de agenda y presentación para la reunión de seguimiento mensual de la Subdirección de Determinantes en Salud.	6.1 Anexo-InformeAsistencia 6.2 Anexo-NotasAGILSALUD 6.3 Anexo-PPTMensualDS

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:	Famisanar EPS	Empresa:	Porvenir	Empresa:	SURA
				Nivel Riesgo:	1
Suma cancelada:		Suma cancelada:		Suma cancelada:	
No Planilla:		No Planilla:		No Planilla:	
Mes(es) cancelado(s):		Mes(es) cancelado(s):		Mes(es) cancelado(s):	

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:** *María José Tapias Lozada* **FIRMA:** Firmado digitalmente por María José Tapias Lozada **No. DOCUMENTO DE IDENTIDAD:** *CC 1018470092*

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 18% 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:

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***	
2	*Que se presenten nuevos lineamientos gubernamentales.*		*X*	
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*	
12	*Incumplimiento de las obligaciones contractuales por el contratista*		*X*	
			X	

SUPERVISOR	**NOMBRE Y APELLIDO:** *Diana Sofia Ríos Oliveros*
	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:** **NOMBRE Y APELLIDO:** *Diana Sofia Ríos Oliveros* *Revisión Técnica Y Financiera*
	FIRMA: 

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.*

ARL

Medellin, 30 de octubre de 2024

LA DIRECCIÓN DE AFILIACIONES Y RECAUDOS HACE CONSTAR:

Que **MARIA JOSE TAPIAS LOZADA** con documento de identidad **C1018470092**, 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
2024-10-17	2024-12-31	INDEPENDIENTE CON CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS SUPERIOR A UN MES	PRINCIPAL DC	0000000001	1	0.522	EN COBERTURA



VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Tribunal Nacional de Ética Médica

Ley 23 / 81 - Artículo 63

C101847009200208813
Codigo de verificacion

EL SUSCRITO PRESIDENTE DEL TRIBUNAL

NACIONAL DE ÉTICA MÉDICA

CERTIFICA

Que consultado el Sistema de Información de Registro de Sanciones del Tribunal Nacional de Ética Médica el(a) doctor(a) **MARIA JOSE TAPIAS LOZADA**, identificado(a) con C.C. No. 1018470092 y T.P. o R.M. No. 1018470092 del(a) Colegio Médico Colombiano, no registra sanciones vigentes.

Nota: Esta certificación de antecedentes contiene las anotaciones de providencias ejecutoriadas dentro de los cinco (5) años anteriores a su expedición y en todo caso, aquellas que se refieren a sanciones que se encuentren vigentes en dicho momento. Link de Verificación de certificado de antecedentes www.tribunalnacionaldeeticamedica.org/certificados/validar/

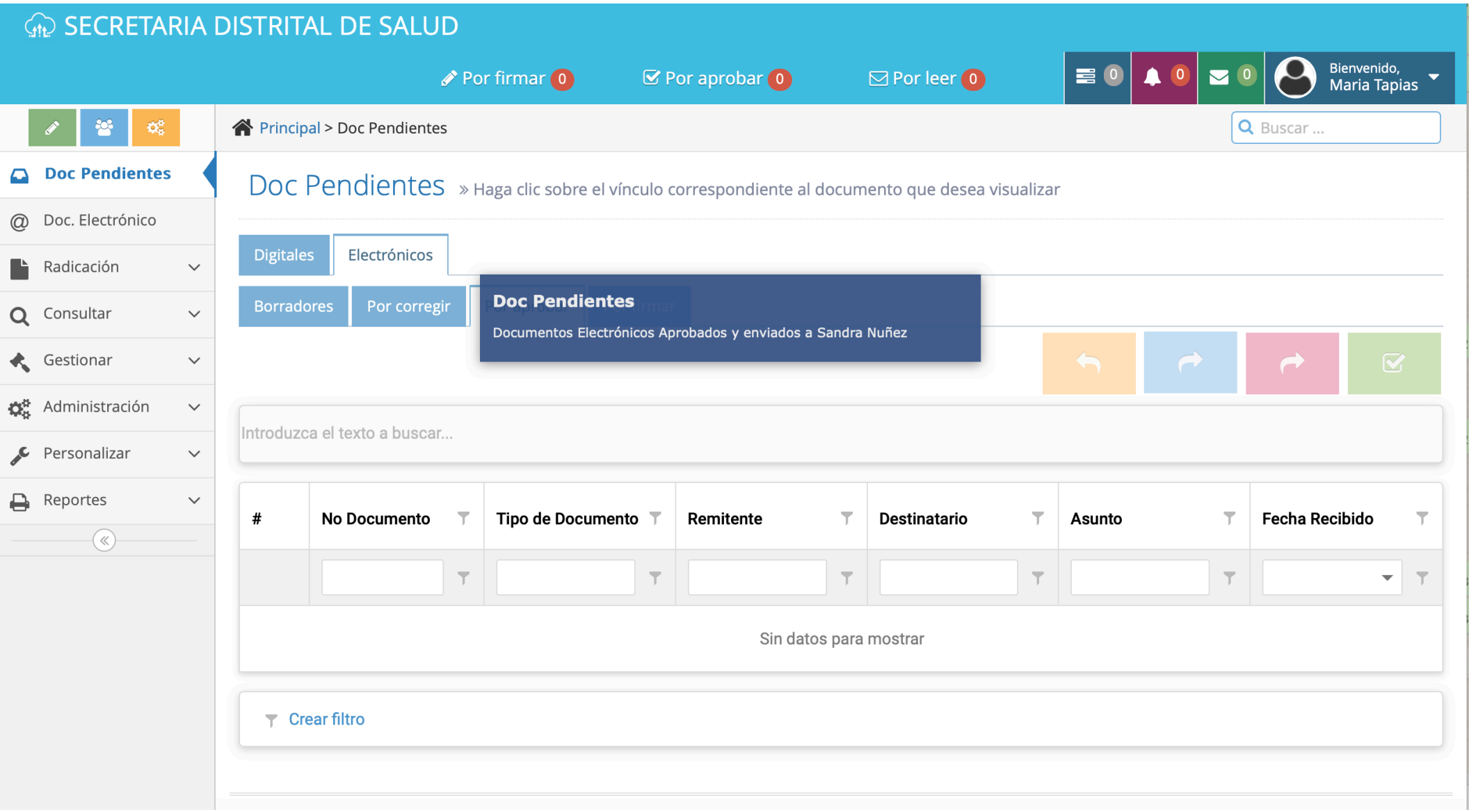
"EL PRESENTE CERTIFICADO NO ACREDITA LA CONDICION DE MÉDICO"

Dada en Bogotá, D. C., el miércoles 30 octubre 2024 a solicitud del(a) interesado(a).

HERMAN REDONDO GOMEZ
Presidente

TRIBUNAL NACIONAL DE ÉTICA MÉDICA
PRESIDENTE

Calle 147 No. 19-50 Oficina 32 Centro Comercial Futuro Tels. (601)7212847 Bogotá D. C.
E - Mail antecedentes@tribunalnacionaldeeticamedica.org, www.tribunalnacionaldeeticamedica.org
antecedentestribunal@outlook.com


SECRETARIA DISTRITAL DE SALUD
Por firmar 0
Por aprobar 0
Por leer 0
Bienvenido, Maria Tapias
Principal > Doc Pendientes
Buscar ...
Doc Pendientes
Doc. Electrónico
Radicación
Consultar
Gestionar
Administración
Personalizar
Reportes
Doc Pendientes » Haga clic sobre el vínculo correspondiente al documento que desea visualizar
Digitales
Electrónicos
Borradores
Por corregir
Doc Pendientes
Documentos Electrónicos Aprobados y enviados a Sandra Nuñez
Introduzca el texto a buscar...
No Documento Tipo de Documento Remitente Destinatario Asunto Fecha Recibido
Sin datos para mostrar
Crear filtro