DESPACHO – SUBDIRECCIÓN – DIRECCIÓN U OFICINA: Subdirección de Inspección Vigilancia y Control de Servicios de Salud.	**CONTRATO No.** 6787578	**PERIODO DEL CONTRATO:** Fecha de Inicio: 23/09/2024 Fecha de Terminación: 30/11/2024
ENTIDAD CONTRATANTE: **Fondo Financiero Distrital de Salud**		**PLAZO DE EJECUCIÓN:** 71 días **PRÓRROGA:**
CONTRATISTA: **ANGIE PAOLA SUAREZ JIMENEZ**		Fecha de Inicio (Prórroga): Fecha de Terminación (Prórroga): **SUSPENSIÓN:**
SUPERVISOR (Nombre y cargo): **RONALD ALEXANDER TOVAR SIERRA** Subdirector Técnico Código 68 Grado 06		Fecha de Inicio (Suspensión): Nueva Fecha de Terminación (Suspensión): **PERIODO DEL INFORME:** 01/10/2024 – 31/10/2024
OBJETO DEL CONTRATO: Prestar servicios profesionales dirigidos a realizar actuaciones jurídicas de las investigaciones administrativas de competencia de la Subdirección Inspección Vigilancia y Control		

BALANCE FINANCIERO DEL CONTRATO	
VALOR INICIAL DEL CONTRATO:	**$ 14.815.333.00**
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)	$ **626.000.00**
VALOR PAGADO AL CONTRATISTA O CESIONARIO (SI APLICA):	$ **1.669.333.00**
VALOR A PAGAR EN EL PRESENTE PERIODO DEL INFORME:	**$ 6.260.000.00**
SALDO POR EJECUTAR:	**$ 6.260.000,00**

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. Realizar la sustanciación jurídica dentro de las investigaciones administrativas que se adelanten en el área, según la meta- producto establecida en el anexo técnico para la ejecución contractual, de conformidad con la normatividad vigente para el sector salud y el ordenamiento jurídico nacional, con adherencia a los procedimientos institucionales (manuales, instructivos, formatos entre otros) definidos para las actividades del objeto contractual.	Se realizó el análisis y sustanciación jurídica dentro de las indagaciones y/o investigaciones administrativas entre los cuales se proyectó Pliego de cargos, recursos de reposición, requerimientos, ampliaciones, respuestas al peticionario y/o quejoso y traslados por competencia de los expedientes que fueron asignados durante el mes de octubre del 2024, teniendo en cuenta las equivalencias establecidas para tal fin en el Anexo Técnico. Así:	• **28** expedientes gestionados teniendo en cuenta las equivalencias establecidas de la siguiente manera: - Proceso Preliminar: **3** requerimientos **Puntos: 1** - Proceso Jurídica: **3** Pliego de Cargos - **1** con equivalencia de 3 puntos y otro con 2 puntos por ser tres prestadores **1** Recurso de Reposición **11** Fallos **– 1** con equivalencia de dos puntos por ser dos prestadores**.** **6** Traslados **3** Aclaratorios **1** Revocatoria y corre traslado **–** Equivalencia de **2** puntos. **Puntos: 24** Para un total de: **25 puntos** Ubicación de la información en carpeta One Drive correo electrónico apsuarez@saludcapital.gov.co Carpeta Compartida No.6787578- APSuarez mes septiembre-24 carpeta Evidencia obligación No.1 documento en PDF Trazabilidad Revisión de Expedientes-Código-SDS-IVC-FT-482. De igual manera el documento se encuentra cargado en la plataforma Secop II cómo EVIDENCIAS MES DE OCTUBRE 2024. No obstante, se deja claridad que los actos administrativos y/o oficios con relación a las preliminares adelantadas por la Subdirección no fueron cargados por reserva legal.
2. Dar respuesta a quejas, derechos de petición, tutelas y solicitudes de los diferentes entes de control dentro del término de ley y/o el procedimiento establecido, debidamente diligenciados, firmados y radicados en correspondencia con su respectiva copia archivada en el	Se realizó adelantamiento correspondiente a los expedientes asignados dé conformidad al anexo técnico	• **25** expedientes debidamente tramitados de acuerdo con las equivalencias establecidas. Ubicación de la información en carpeta One Drive correo electrónico apsuarez@saludcapital.gov.co Carpeta Compartida No.6787578- APSuarez

expediente; para lo cual deberá entregar los productos mínimos como meta definida en el anexo técnico.		mes septiembre-24 carpeta Evidencia obligación No.1 documento en PDF Trazabilidad Revisión de Expedientes-Código-SDS-IVC-FT-482. De igual manera el documento se encuentra cargado en la plataforma Secop II cómo EVIDENCIAS MES DE OCTUBRE 2024. No obstante, se deja claridad que los actos administrativos y/o oficios con relación a las preliminares adelantadas por la Subdirección no fueron cargados por reserva legal.
3. Dar estricto cumplimiento al Anexo Técnico, el cual hace parte integral del contrato.	Las gestiones y productos realizados en el presente informe se dieron conforme al Anexo técnico correspondiente.	• Las gestiones y productos realizados en el presente informe se dieron conforme al Anexo técnico correspondiente.
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 socializar, unificar criterios y verificar el desarrollo de las actividades adelantadas, de acuerdo con los lineamientos emitidos para el efecto.	Se asistió a reuniones programadas por la Subdirección Inspección Vigilancia y Control de Servicios de salud entre otras.	• Asistencia a Reunión para seguimiento de puntos y cumplimiento el día 30/10/2024 con relación a Socialización directrices gestión de las investigaciones Administrativas en Salud. Ubicación de la información en carpeta One Drive correo electrónico apsuarez@saludcapital.gov.co Carpeta Compartida No.6787578- APSuarez mes septiembre-24 carpeta Evidencia obligación No.1 documento en PDF Trazabilidad Revisión de Expedientes-Código-SDS-IVC-FT-482. De igual manera el documento se encuentra cargado en la plataforma Secop II cómo EVIDENCIAS MES DE OCTUBRE 2024.

ESTADO TEMAS PENDIENTES DE TRÁMITE

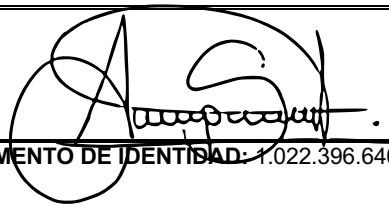
Si es el último informe de ejecución, relacione el estado de los temas que le fueron asignados y que a la fecha se encuentren pendientes de trámite, indicando por qué no se han desarrollado: NO APLICA

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:	Salud Total	Empresa:	Colpensiones	Empresa:	Positiva
				Nivel Riesgo:	Riesgo 1
Suma cancelada:	$406.800	Suma cancelada:	$317.800	Suma cancelada:	$13.300
No Planilla:	1067180369	No Planilla:	1067180369	No Planilla:	1067180369
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**: ANGIE PAOLA SUAREZ JIMENEZ
	FIRMA: 
	No. DOCUMENTO DE IDENTIDAD: 1.022.396.640 de Bogotá D.C

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***	
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:** **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:** **LILIANA FRAGOZO HERNANDEZ**
	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.*

Información de la Planilla Pagada

Nit de comercio Operador de Información	900097333-9
Razón Social del Operador de Información	SIMPLE S.A.
Descripción	Pago de SuAporte
Fecha	2024-10-30, 06:55:36 PM en horario extendido
Periodo de Cotización Otros Riesgos	septiembre de 2024
Periodo de Cotización Para Salud	septiembre de 2024
Empresa	ANGIE PAOLA SUAREZ JIMENEZ
CEDULA CIUDADANIA	CC 1022396640
Código Sucursal (Nombre)	( )
Referencia de Pago/ Número Planilla	1067180369
Tipo de Planilla	I
Número Transacción Bancaria/ CUS	1015605525
Banco	(1032) - BANCO CAJA SOCIAL
Valor	$ 749.600
Estado de la Transacción	Aprobada
Dirección IP de Origen	10.0.19.58

Nit	Código	Administradora	Número Afiliados	Valor sin Mora	Total Intéreses Mora
N900336004	25-14	COLPENSIONES	1	$ 406.800	$ 6.400
N800130907	EPS002	SALUD TOTAL EPS	1	$ 317.800	$ 5.000
N860011153	14-23	ARP - POSITIVA COMPAÑIA DE SEG	1	$ 13.300	$ 300
		SubTotales:		$ 737.900	$ 11.700
		Total a Pagar:			$ 749.600

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!

SIMPLE S.A. no se hace responsable de las planillas y pagos realizados a través de otros operadores de información dado que no tiene medios para corroborar la veracidad de la misma, su alcance se limita a replicar la información suministrada directamente por el cliente.

Antes de imprimir, asegúrese que sea realmente necesario. Proteger el medio ambiente está en nuestras manos.

¡El Poder de lo SIMPLE!

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 PAOLA SUAREZ JIMENEZ** identificado con **CC** No. **1022396640**, registra la siguiente información.

Datos del Contratante	Datos de la Relación Laboral
FONDO FINANCIERO DISTRITAL DE SALUD - NI. 800246953	**Fecha de inicio de cobertura:** 20/09/2024 **Estado Afiliación:** ACTIVO **Fecha de inicio de Contrato:** 20/09/2024 **Fecha fin de Contrato:** 02/12/2024 **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): 202401020795116.

Esta certificación se expide en la ciudad de Bogotá D.C. a los 30 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