DESPACHO – SUBDIRECCIÓN – DIRECCIÓN U OFICINA: Dirección de Calidad de Servicios de Salud – Subdirección Inspección Vigilancia y Control de Servicios de Salud.	**CONTRATO No.** 6814129	**PERIODO DEL CONTRATO:** Fecha de Inicio: 26/09/2024 Fecha de Terminación: 30/11/2024
ENTIDAD CONTRATANTE: **Fondo Financiero Distrital de Salud**		**PLAZO DE EJECUCIÓN:** Dos (02) Meses Cinco (5) días **PRÓRROGA:**
CONTRATISTA: **Diana Patricia Fonseca Corredor**		Fecha de Inicio (Prórroga Fecha de Terminación (Prórroga): **SUSPENSIÓN**
SUPERVISOR (Nombre y cargo): **Ronald Alexander Tovar Sierra - Subdirección de Inspección Vigilancia yControl - 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 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:	$13.563.333,00
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)	$ 00.000.000,00
VALOR PAGADO AL CONTRATISTA O CESIONARIO (SI APLICA):	$ 1.043.333,00
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 visitas de inspección, vigilancia y control a los Prestadores de Servicios de Salud, de acuerdo a la asignación correspondiente, con el fin de verificar el cumplimiento de los estándares del Sistema Obligatorio 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, ejecución y seguimiento de visitas de habilitación, queja, búsqueda activa y demás conforme a la competencia de la Subdirección Inspección, Vigilancia y Control de Servicios de Salud, utilizando los recursos dispuestos por la entidad para tal fin	No programada para este mes	
2. Dar estricto cumplimiento al Anexo Técnico dependiendo de la necesidad o prioridad de los procedimientos que requiera la Subdirección de Inspección Vigilancia y Control de Servicios de Salud	2.1 Elaborar actos administrativos (Aclaratorios, Recursos de Reposición) 2.2 Atención al usuario para brindar soporte 2.3 Atención al usuario para brindar soporte 2.4Notificaciones	Formato programación de actividades apoyo a SSST Programación actividades apoyo a SST web msps (1).pdf
3. Apoyar los procesos administrativos relacionados con el objeto del contrato, dentro de los tiempos establecidos en el anexo técnico.	3.1 Conceptos Odontológicos. Realizar concepto odontológico, de quejas presentadas en el servicio de Odontología, con el fin de establecer fallas en la atención 3.2 Respuestas PQR	3. 1Formato de entrega de conceptos CONCEPTOS REVISADOS Y ENTREGADOS OCTUBRE 2024.pdf 3.2 Excel de respuesta PQR RESPUESTA PQR.pdf
4. Asistir a las reuniones programadas por la Subdirección Inspección, Vigilancia y Control de Servicios de Salud, con el fin de unificar criterios y verificar las actividades adelantadas, de acuerdo con los lineamientos emitidos para tal efecto	4.1Capacitación 479 7/10/2024 4.2Capacitación Ministerio Protección Social 8/10/2024 4.3 Reunión equipo LSST 9,11 Y 28 DE octubre	Actas de asistencia capacitación ministerio y capacitación 479 ACTAS DE CAPACITACION.pdf
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:	162.000	Suma cancelada:	208.000	Suma cancelada:	32.400
No Planilla:	1066792516	No Planilla:	1066792516	No Planilla:	1066792516
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: 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 *7,6%* % 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 matricula profesional, para aquellas profesiones que así lo establecen		*X*	NO APLICA

SUPERVISOR	**NOMBRE Y APELLIDO:** **RONALD ALEXANDER TOVAR SIERRA**
	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:** **CLARA ELENA VILLANUEVA HERRERA**
	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 | Pago a las Administradoras

Fecha Creación Reporte: 2024-10-31, 11:02:42 AM **Tipo Planilla:** I: Planilla independientes **Número Planilla:** 1066792516

Periodo Cotización: septiembre de 2024

Periodo Servicio: septiembre de 2024

PAGADO 24/09/2024

Datos del Aportante

Razón Social	DIANA PATRICIA FONSECA CORREDOR		
Documento	CC52496367	**Dirección**	CR 50 #1 - 96 CIUDAD MONTES
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	**Teléfono**	6015308012
Tipo Persona	NATURAL	**Forma Presentación**	ÚNICO
Ciudad	BOGOTA D.C.	**Departamento**	BOGOTA D.C.
Representante Legal		**Identificación**	

Detalle de los Pagos por Administradora

Nit	Código	Nombre Administradora	Afiliados	Valor Sin Mora	Valor Mora	Total Pagado
N800227940	231001	COLFONDOS	1	$ 208.000	$ 0	$ 208.000
N800251440	EPS005	EPS SANITAS	1	$ 162.500	$ 0	$ 162.500
Total Pagado				$ 370.500	$ 0	$ 370.500

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!

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

¡El Poder de lo SIMPLE!

PAGOSIMPLE | AUTOLIQUIDACION CONSOLIDADA

Fecha creación reporte: 2024-11-12, 09:12:00 AM **Tipo Planilla:** N: PLANILLA CORRECCIONES **Numéro Planilla:** 1067960854

Nro Planilla Corregida: 1066792516 **Periodo Cotización:** septiembre de 2024 **Periodo Servicio:** septiembre de 2024 **Referencia pago (PIN):** 8822616537

PAGADO 09/11/2024 EN HORARIO EXTENDIDO

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	DIANA PATRICIA FONSECA CORREDOR		
Documento	CC52496367	**Dirección**	CR 50 #1 - 96 CIUDAD MONTES
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	**Teléfono**	6015308012
Tipo Persona	NATURAL	**Forma Presentación**	ÚNICO
Ciudad	BOGOTA D.C.	**Departamento**	BOGOTA D.C.
Representante Legal		**Identificación**	
Total Afiliados	1	**ARP**	ARL SURA

II. DETALLE DEL APORTANTE

Datos del Afiliado				Novedades																				Pensiones			Salud			Riesgos			Cajas			Parafiscales					Total
Identificación	Apellidos y Nombres	Tipo Cotizante	Subtipo Cotizante	ING	RET	RET P	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	COR	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	Días APP	Días EPS	Días ARP	Días CCF	Administradora	IBC Pensión	Aporte Pensión	Administradora	IBC Salud	Aporte Salud	Tarifa	IBC Riesgos	Aporte Riesgos	Administradora	IBC Caja	Aporte Caja	Aporte SENA	Aporte ICBF	ESAP	Aporte Ministerio	Total
CC 52496367	DIANA PATRICIA FONSECA CORREDOR	03	00									A								0	30	30	0	0	(231001) COLFONDOS	$ 1.300.000	$ 208.000	(EPS005) EPS SANITAS	$ 1.300.000	$ 162.500	0,000	$ 0	$ 0	(NIN-CC) NINGUNA CCF	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 370.500
CC 52496367	DIANA PATRICIA FONSECA CORREDOR	59	00	R								C								0	30	30	30	0	(231001) COLFONDOS	$ 1.300.000	$ 208.000	(EPS005) EPS SANITAS	$ 1.300.000	$ 162.500	2,436	$ 1.300.000	$ 31.700	(NIN-CC) NINGUNA CCF	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 402.200

III.TOTALES

IBC Pensión	IBC Salud	IBC Riesgos	IBC Cajas	Aportes Pensión	Aportes Salud	Aportes Riesgos	Aportes Cajas	Aportes Sena	Aportes ICBF	Aportes ESAP	Aportes Min Educación	(Incapacidades, Licencias, Saldos a Favor) EPS	Incapacidades ARP	SUBTOTAL SIN INTERESES DE MORA	TOTAL INTERESES DE MORA	TOTAL FINAL
$ 0	$ 0	$ 1.300.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 31.700	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 31.700	$ 700	$ 32.400

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!

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

Medellin, 26 de octubre 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
2024-09-26	2024-11-30	INDEPENDIENTE CON CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS SUPERIOR A UN MES	VACUNACION -VERIFICADORES R3	0000000009	3	2.436	MORA



VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA