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: DIRECCION DE URGENCIAS	**CONTRATO No.** 7097774	**PERIODO DEL CONTRATO:** Fecha de Inicio: 03/12/2024 Fecha de Terminación: 20/06/2025
ENTIDAD CONTRATANTE: **Fondo Financiero Distrital de Salud**		**PLAZO DE EJECUCIÓN:** Modo Correcto: Ciento Noventa y ocho (198) días
		PRÓRROGA:
CONTRATISTA: **SAIRA ANDREA MELO GUZMAN** **CC 23846067**		Fecha de Inicio (Prórroga): Fecha de Terminación (Prórroga):
		SUSPENSIÓN:
SUPERVISOR (Nombre y cargo): **GLORIA EUGENIA GARCIA PINILLOS – DIRECTOR TECNICO – CODIGO 9 GRADO 07**		Fecha de Inicio (Suspensión): Nueva Fecha de Terminación (Suspensión):
		PERIODO DEL INFORME: *01/01/2025 – 31/01/2025*
OBJETO DEL CONTRATO: Prestar servicios profesionales especializados en la Dirección de Urgencias y Emergencias en Salud para realizar apoyo técnico al seguimiento de la red prestadora de servicios de salud en articulación con las EAPB en el marco de la gestión integral del riesgo en salud del Modelo Más Bien-Estar.		

BALANCE FINANCIERO DEL CONTRATO	
VALOR INICIAL DEL CONTRATO:	$ 48.268.770
VALOR ADICIÓN (SI APLICA):	$ 0
VALOR INDEXACIÓN (SI APLICA):	$ 0
VALOR CEDIDO (SI APLICA)	$ 0
VALOR A LIBERAR (SI APLICA)	$ 0
VALOR PAGADO AL CONTRATISTA O CESIONARIO (SI APLICA):	$ 6.825.887
VALOR A PAGAR EN EL PRESENTE PERIODO DEL INFORME:	$ 7.313.450
SALDO POR EJECUTAR:	$ 34.129.433

ACTIVIDADES ESPECIFICAS, OBLIGACIONES DEL CONTRATISTA DESARROLLADAS DE ACUERDO CON EL OBJETO CONTRACTUAL		
OBLIGACIONES	**AVANCE ACTIVIDADES**	**EVIDENCIAS O SOPORTE**

(Las estipuladas en la minuta del contrato)	(Desarrolladas en el periodo objeto del informe - referente a la obligación)	(Con respecto a la actividad desarrollada y donde reposan)
1. Realizar las actividades de inspección, vigilancia y seguimiento al componente del programa de auditoría que le sea asignado por el supervisor en las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios de Salud (EAPB) en relación con el cronograma establecido por el supervisor y según requerimientos coyunturales.	Se dio cumplimiento a las visitas asignadas por el grupo GAMA a las IPS. Según cronograma semanal	Evidencia: Sharepoint Carpeta. Obligaciones No.1_Enero
2. Realizar las actividades de seguimiento y auditoria que le sea asignado por el supervisor en las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud - IPS con el fin de verificar la garantía de la prestación de servicios de salud en relación con el cronograma establecido o según requerimientos coyunturales.	Se dio cumplimiento a las visitas asignadas por el grupo GAMA a las IPS. Según cronograma	Evidencia: Sharepoint Carpeta. Obligaciones No.2_Enero
3. Apoyar en la proyección de respuesta a las peticiones que presentan los diversos actores del Sistema General de Seguridad Social en Salud, organismos de control, usuarios y demás peticionarios relacionados con el objeto contractual.	Se realizo informe de gestión de los seguimientos a la IPS visitadas según cronograma	Evidencia: Sharepoint Carpeta. Obligaciones No.3_Enero
4. Participar en la proyección y elaboración de parámetros técnicos, programas, planes, procesos y procedimientos, así como la elaboración, actualización, validación y diligenciamiento de los instrumentos para la inspección, vigilancia, seguimiento y mejoramiento continuo con los actores del Sistema de Emergencias Médicas (SEM).	Se realiza Matriz de seguimiento a las visitas de las IPS según cronograma.	Evidencia: Sharepoint Carpeta. Obligaciones No.4_Enero
5. Apoyar actividades administrativas asignadas por la Dirección de Urgencias y Emergencias en Salud, que contribuyan para el óptimo funcionamiento de la dependencia.	Asistencia a reunión del grupo GAMA.	Evidencia: Sharepoint Carpeta. Obligaciones No.5_Enero
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**		

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				

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	Empresa:	COLPENSIONES	Empresa:	SURA
				Nivel Riesgo:	**1**
Suma cancelada:	321.400	Suma cancelada:	411.400	Suma cancelada:	62.700
No Planilla:	7951236130	No Planilla:	7951236130	No Planilla:	7951236130
Mes(es) cancelado(s):	DICIEMBRE	Mes(es) cancelado(s):	DICIEMBRE	Mes(es) cancelado(s):	DICIEMBRE

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: SAIRA ANDREA MELO GUZMAN CC 23846067**
	FIRMA: 
	No. DOCUMENTO DE IDENTIDAD: *CC 23846067*

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 **29%** 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*	
11	*Suspensión o cancelación de la tarjeta o matricula profesional, para aquellas profesiones que así lo establecen*		*X*	

SUPERVISOR	**NOMBRE Y APELLIDO:** **GLORIA EUGENIA GARCIA PINILLOS**  **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:** NESTOR RICARDO GERONIMO ORTEGA Profesional Especializado  **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
COMPROBANTE DE PAGO

DAVIVIENDA

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CÉDULA DE CIUDADANÍA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	23846067
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			SAIRA ANDREA MELO GUZMAN
CIUDAD/MUNICIPIO:	BOGOTA DISTRITO CAPITAL	DEPARTAMENTO:	BOGOTA - DISTRITO CAPITAL
DIRECCIÓN:	CRA 87B # 19A-66	TELÉFONO:	4284386
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Actividades reguladoras y
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:	**7951236130**		TIPO DE PLANILLA:		I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN	MES:	diciembre	PERIODO COTIZACIÓN	MES:	diciembre
OTROS SUBSISTEMAS:	AÑO:	2024	SALUD:	AÑO:	2024
DÍAS DE MORA:		0			
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):		2024/12/27	NÚMERO AUTORIZACIÓN:		1155277966

NOVEDADES

ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP

LIQUIDACIÓN GENERAL

			TOTALES	
			COTIZANTES	TOTAL
PENSIÓN				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
900336004	25-14	25-14 COLPENSIONES	1	$ 411.400
		SUBTOTAL:	1	**$ 411.400**
SALUD				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
830003564	EPS017	EPS017-FAMISANAR	1	$ 321.400
		SUBTOTAL:	1	**$ 321.400**
RIESGOS PROFESIONALES				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
890903790	14-11	14-11 - ARL SURA	1	$ 62.700
		SUBTOTAL:	1	**$ 62.700**

VALOR SIN MORA:	**$ 795.500**
VALOR MORA:	**$ 0**
TOTAL PAGADO:	**$ 795.500**

Planilla Pagada

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
COMPROBANTE DE PAGO

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CÉDULA DE CIUDADANÍA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	23846067
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			SAIRA ANDREA MELO GUZMAN
CIUDAD/MUNICIPIO:	BOGOTA DISTRITO CAPITAL	DEPARTAMENTO:	BOGOTA - DISTRITO CAPITAL
DIRECCIÓN:	CRA 87B # 19A-66	TELÉFONO:	4284386
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Actividades reguladoras y
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:	**7958140244**		TIPO DE PLANILLA:		N-CORRECCIONES
PERIODO COTIZACIÓN OTROS SUBSISTEMAS:	MES:	diciembre	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES:	diciembre
	AÑO:	2024		AÑO:	2024
DÍAS DE MORA:		11			
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):			NÚMERO AUTORIZACIÓN:		1224585052
NÚMERO DE LA PLANILLA ASOCIADA:		7951236130	FECHA DE PAGO DE LA PLANILLA ASOCIADA:		2024/12/27

LIQUIDACIÓN GENERAL

			TOTALES	
			COTIZANTES	TOTAL PAGADO
PENSIÓN				
		ADMINISTRADORA		
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
900336004	25-14	25-14 COLPENSIONES	1	$ 25.700
		SUBTOTAL:	1	**$ 25.700**
SALUD				
		ADMINISTRADORA		
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
830003564	EPS017	EPS017-FAMISANAR	1	$ 20.100
		SUBTOTAL:	1	**$ 20.100**
RIESGOS PROFESIONALES				
		ADMINISTRADORA		
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
890903790	14-11	14-11 - ARL SURA	1	$ 4.000
		SUBTOTAL:	1	**$ 4.000**

VALOR SIN MORA:	**$ 49.300**
VALOR MORA:	**$ 500**
TOTAL PAGADO:	**$ 49.800**

Planilla Pagada

FONDO FINANCIERO DISTRITAL DE SALUD

BOGOTÁ | SECRETARÍA DE SALUD

Vig Ppto: 2024

ORDEN DE PAGO

No: 422995

Usuario Dilig: YAMEDINA
Fecha de Impresión: 28/01/2025
Estado: GIRADA

Entidad:	FONDO FINANCIERO DISTRITAL DE SALUD				
Código:	201	Unidad Eje:	01	Fecha Diligenciamiento:	19-DEC-24

1. DATOS DEL BENEFICIARIO

Nombre:	SAIRA ANDREA MELO GUZMAN	Regimen:	No Responsable		
Dirección:	CRA 87B # 19A - 66 TORRE 13 APTO 403	Teléfono y Fax:			
C.C o NIT:	23846067	Banco/Sucursal:	DAVIVIENDA	Cuenta No/Clase:	004870307826/A

2. DATOS DEL COMPROMISO

Compromiso a Pagar:	CONTRATACION DIRECTA	No:	7097774	Interventor o responsable del recibo a satisfacción del bien o servicio:	TOTAL
Acta de Recibo No:		Nombre del Interventor:			

Detalle

CTO-NO7097774-PLANILLA OGI_VIGENCIA-NOVIEMBRE 2024-PERIODO DE:03-dic 30-dic-2024

Tipo de Orden de Pago: VIGENCIA

3. MOVIMIENTO PRESUPUESTAL

Fuente de financiación:

IMPUTACIÓN PRESUPUESTAL

CDP	Código Rubro	Registro	Nombre	Valor Aplicación (Gasto)
6994	O2-3-01-17-019-05-20240200-158083511	6281	VF - Contratacion de Recurso Humano	$6.825.887,00

VR BRUTO	SEIS MILLONES OCHOCIENTOS VEINTICINCO MIL OCHOCIENTOS OCHENTA Y SIETE PESOS	$6.825.887,00

ID Rubro	Fuente	Detalle	Valor	
O2-3-01-17-019-05-20240200-158083511	01	12013	$6.825.887,00	
Tipo	Com	Objeto	Ingreso	Banco
O23	20202009	91122	O1-5-01-01-001	

4. MOVIMIENTO FINANCIERO Y CONTABLE

Descripción	% Descuento	Base de Retención	Código Contable	VALORES
Valor Bruto			5-1-11-79-0001	$6.825.887,00
ESTAMPILLA ADULTO MAYOR 2%	2	$6.825.887,00	2-4-36-90-0007	$136.518,00
RETEFUENTE-L.1607/12-ART 383 - PERS.NATURAL (PLA)	0	$6.033.394,00	2-4-36-15-0001	$353.456,00
ESTAMPILLA - EST_PROCULTURA 0,5%	.5	$6.825.887,00	2-4-36-90-0003	$34.129,00
RETEICA- SERVICIOS 0,766%	.766	$6.033.387,00	2-4-36-27-0001	$46.216,00

Valor amortización:

Id fuente	Detalle
01	Recursos Del Distrito
12013	APORTE ORDINARIO

TOTAL DESCUENTOS		$570.319,00
VALOR NETO A GIRAR	SEIS MILLONES DOSCIENTOS CINCUENTA Y CINCO MIL QUINIENTOS SESENTA Y OCHO PESOS	$6.255.568,00
		Código contable
		2-4-01-02-0003

MOVIMIENTO TESORERÍA

Endosado a:

Observaciones

Acreedor (Exclusivamente para transferencia de la administración)

Nombre _____

Cédula _____ Firma _____

YURY ANGELICA MEDINA OSPINA
GESTION DE PAGOS

YOLANDA PATRICIA VALDERRAMA CORTES
Responsable del Presupuesto

Consulta Pagos