

	FORMATO	VERSIÓN: 0
		CÓDIGO: A-AD-GC-F-020
INFORME DE AVANCE DEL CONTRATISTA		FECHA: 24/Jul/2019

PERIODO REPORTE: Del 18 de noviembre de 2024 al 27 de diciembre de 2024

CONTRATO No. 3993

REGISTRO BPyP No.: 2024 00415 0119

FECHA INICIACIÓN:18/10/2024

FECHA TERMINACIÓN: 27/12/2024

CONTRATISTA: MARIA DEL CARMEN QUINTERO CALZADA

INTERVENTOR: MONICA LILIANA SUAREZ BLANCO

OBJETO DEL CONTRATO: PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES PARA REALIZAR AUDITORIA MÉDICA A LA FACTURACIÓN RADICADA POR LOS PROCESOS DE ATENCIÓN DE LA

REPORTE DEL CONTRATISTA			REPORTE DEL INTERVENTOR			
ITEM	ACTIVIDADES PACTADAS	ACTIVIDADES EJECUTADAS	VERIFICACIÓN EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES			OBSERVACIONES
			T	P	N	
1	Realizar auditoria y revisión integral de las cuentas por servicios de salud prestados a la población no asegurada y migrantes desde el punto de vista médico, administrativo, financiero y de salud de las urgencias vitales, de sentencias judiciales y de los contratos que suscriba el Departamento con las instituciones prestadoras de servicios de salud, dentro del marco normativo señalado en el Decreto 4747 de 2007, Decreto 800 de 2020, circular 030 de 2013, circular 011 de 2020, Ley 1438 de 2011, Ley 1995 de 2019, decreto 441 de 2022, Decreto 064 de 2020, Circular 126 de 2022 de la Secretaría de Salud de Boyacá y demás legislación vigente.	Se realiza auditoria en el periodo 18 noviembre al 28 diciembre a las IPS HOSPITAL REGIONAL DE CHIQUINQUIRA, ESE HOSPITAL REGIONAL DE MONIQUIRA, HOSPITAL REGIONAL DE DUITAMA, HOSPITAL METROPOLITANO ESE SANTIAGO DE TUNJA, CENTRO DE CANCEROLOGIA DE BOYACA, E.S.E. HOSPITAL JOSE CAYETANO VASQUEZ JOSE CAYETANO VASQUEZ, ESE HOSPITAL SAN FRANCISCO - VILLA DE LEYVA, HOSPITAL REGIONAL SEGUNDO NIVEL DE ATENCION VALLE DE TENZA, HOSPITAL REGIONAL DE SOGAMOSO, ESE HOSPITAL SANTA MARTA, ESE SALUD AQUITANIA, ESE CENTRO DE SALUD DE TOCA, ESE HOSPITAL SAN FRANCISCO - VILLA DE LEYVA, ESE CENTRO DE SALUD DE CHITARAQUE, ESE HOSPITAL DE SOATA, HOSPITAL REGIONAL DE MIRAFLORES para un total de 630 facturas auditadas	X			
2	Realizar auditoria médica en las cuentas radicadas a la Dirección de Prestación de Servicios de Salud por la prestación de servicios y/o tecnologías no financiadas en el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la Unidad de Pago por Capitación y/o servicios asignados por el Supervisor en los términos establecidos.	No se asignan cuentas NO PBS para su respectiva auditoria	X			
3	Realizar auditoria de cuentas médicas, garantizando la pertinencia financiera y médica.	Se realiza auditoria en el periodo 18 noviembre al 28 diciembre a las IPS HOSPITAL REGIONAL DE CHIQUINQUIRA, ESE HOSPITAL REGIONAL DE MONIQUIRA, HOSPITAL REGIONAL DE DUITAMA, HOSPITAL METROPOLITANO ESE SANTIAGO DE TUNJA, CENTRO DE CANCEROLOGIA DE BOYACA, E.S.E. HOSPITAL JOSE CAYETANO VASQUEZ JOSE CAYETANO VASQUEZ, ESE HOSPITAL SAN FRANCISCO - VILLA DE LEYVA, HOSPITAL REGIONAL SEGUNDO NIVEL DE ATENCION VALLE DE TENZA, HOSPITAL REGIONAL DE	X			

		SOGAMOSO, ESE HOSPITAL SANTA MARTA, ESE SALUD AQUITANIA, ESE CENTRO DE SALUD DE TOCA, ESE HOSPITAL SAN FRANCISCO - VILLA DE LEYVA, ESE CENTRO DE SALUD DE CHITARAQUE, ESE HOSPITAL DE SOATA, HOSPITAL REGIONAL DE MIRAFLORES para un total de 630 facturas auditadas				
4	Realizar la auditoría médica de la prestación de servicios de salud requeridos por migrantes, extranjeros y PPNA las cuales son ordenados para pago del Departamento de Boyacá por medio de acción vía tutela.	Se realiza auditoria en el periodo 18 noviembre al 28 diciembre a las ESE HOSPITAL DE CHIQUINQUIRA, HOSPITAL REGIONAL DE SOGAMOSO, HOSPITAL REGIONAL DE SOATA,	X			
5	Realizar el proceso de conciliación y depuración de cuentas por pagar a las Entidades Promotoras de salud o Instituciones Prestadoras de servicios de salud según aplique y de acuerdo a lineamientos de Circular 011 del 2020.	Se realiza conciliacion de Circular 011 en el periodo 18 noviembre AL 28 de diciembre con HOSPITAL REGIONAL DE DUITAMA, ESE HOSPITAL SANTA MARTA	X			
6	Realizar las conciliaciones de los servicios prestados a la población no incluidos en el PBS que han sido prestados a 31 de diciembre de 2019 de acuerdo al Artículo 238 de la Ley 1955 de 2019	No se asignan cuentas NO PBS para su respectiva conciliacion	X			
7	Realizar la revisión de la auditoría médica de la prestación de servicios de salud a la población catalogada como inimputable que se encuentra internada en el Centro de Rehabilitación Integral de Boyacá.	No se asignan cuentas de prestacion de servicios de poblacion catalogada como imputables	X			
8	Realizar entrega de los informes producto de la mesa de la Circular 011 a los auditores financieros para su respectivo cargue	Se realiza envio de informe de conciliacion Cirdular 011 con el HOSPITAL REGIONAL DE DUITAMA, ESE HOSPITAL SANTA MARTA.	X			

Firma: Mónica L. Suárez B.
Nombre: MONICA LILIANA SUAREZ BLANCO
INTERVENTOR Y/O SUPERVISOR

Firma: 
Nombre: MARIA DEL CARMEN QUINTERO CALZADA
CONTRATISTA

RADICADO No: S-2024-026553-SALDPP

T: Cumple totalmente las actividades pactadas, P:
Cumple parcialmente las actividades pactadas, N:
No cumplió las actividades pactadas.

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

DATOS GENERALES DEL APORTANTE										DATOS GENERALES DE LA PLANILLA									
TIPO IDENTIFICACIÓN:					CÉDULA DE CIUDADANÍA					NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:					39580697				
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:					TUNJA					DEPARTAMENTO:					BOYACA				
CIUDAD/MUNICIPIO:					CRA 1 C ESTE 19 07 MZ E CS 23					TELÉFONO:					7444444				
DIRECCIÓN:					02-INDEPENDIENTE					CLASE APORTANTE:					I-INDEPENDIENTE				
TIPO APORTANTE:					PRIVADA					ACTIVIDAD ECONOMICA:					Actividades reguladoras y facilitadoras de la act				
TIPO EMPRESA:					ÚNICO														
FORMA DE PRESENTACIÓN:																			
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):										NO									

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
231001	231001-COLFONDOS	1	\$ 629.300	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 629.300	\$ 0	\$ 629.300
SUBTOTALES:										\$ 629.300	\$ 0	\$ 629.300

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		
EPS005	EPS005-SANITAS S.A.	1		\$ 0		\$ 0		\$ 0	\$ 491.600	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 491.600	\$ 0	\$ 0	\$ 491.600		
SUBTOTALES:													\$ 491.600	\$ 0	\$ 0	\$ 491.600		

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	\$ 95.900	\$ 95.900	\$ 0	\$ 0	\$ 95.900	
SUBTOTALES:									\$ 95.900	\$ 0	\$ 0	\$ 95.900	

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES																																																							
DATOS DEL COTIZANTE										NOVEDADES										SEGURIDAD SOCIAL															PARAFISCALES																				
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	PENSIÓN					SALUD					ARP					DÍAS COT	IBC	CCF		SENA	ICBF	ESAP	MINEDU						
																											ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	SUBSISTENCIA	SOLIDARIDAD	EMPLEADOR	EMPLEADO	INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APORTE	ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	VALOR ADRES			TOTAL APORTE	ADMIN					DÍAS COT	IBC	CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APORTE	ADMIN	TOTAL APORTE
1	CC 39580697	QUINTERO CALZADA MARIA DEL CARMEN	INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS		\$ 3.932.800				NO		31															231001-COLFONDOS	30	3.932.800	\$ 629.300	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	Normal	\$ 629.300	EPS005-SANITAS S.A.	30	3.932.800	\$ 491.600	\$ 0	\$ 491.600	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	30	3.932.800	\$ 39580697	\$ 95.900		\$ 0		\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0

TOTAL \$ 1.216.800

DATOS GENERALES DEL APORTANTE			
TIPO IDENTIFICACIÓN:	CÉDULA DE CIUDADANÍA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	39580697
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:		MARIA DEL CARMEN QUINTERO CALZADA	
CIUDAD/MUNICIPIO:	TUNJA	BOYACA	
DIRECCIÓN:	CRA 1 C ESTE 19 07 MZ E CS 23	TELÉFONO:	7444444
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Actividades reguladoras y facilitadoras de la act
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA									
NÚMERO PLANILLA:	7949643764			TIPO DE PLANILLA:					I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES	noviembre	AÑO	2024	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES	noviembre	AÑO	2024
DÍAS DE MORA:				0					
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):				2024/11/18	NÚMERO AUTORIZACIÓN:	1055230028			

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
231001	231001-COLFONDOS	1	\$ 359.700	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 359.700	\$ 0	\$ 359.700
SUBTOTALES:										\$ 359.700	\$ 0	\$ 359.700

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
EPS005	EPS005-SANITAS S.A.	1		\$ 0		\$ 0		\$ 0	\$ 281.000		\$ 0		\$ 0	\$ 281.000	\$ 0	\$ 281.000
SUBTOTALES:													\$ 281.000	\$ 0	\$ 0	\$ 281.000

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	\$ 54.800	\$ 54.800	\$ 0	\$ 0	\$ 54.800
SUBTOTALES:									\$ 54.800	\$ 0	\$ 0	\$ 54.800

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES																																																				
DATOS DEL COTIZANTE									NOVEDADES										SEGURIDAD SOCIAL														PARAFISCALES																			
Nº	IDENTIFICA CIÓN	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	PENSIÓN				SEGURIDAD SOCIAL				SALUD				ARP				DÍAS COT	IBC	CCF		SENA	ICBF	ESAP	MINEDU			
																										ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	SUBSISTENCIA	SOLIDARIDAD	EMPLEADOR	EMPLEADO	INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APORTE	ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	TOTAL APORTE			ADMIN	DÍAS COT					IBC	CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APORTE
1	CC 39580697	QUINTERO CALZADA MARIA DEL CARMEN	INDEPENDIE NTE CONTRATO PRESTACION DE SERVICIOS		\$ 2.248.000			NO																		231001- COLFOND OS	30	\$ 2.248.000	\$ 359.700	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	Normal	\$ 359.700	EPS005- SANITAS S.A.	30	\$ 2.248.000	\$ 281.000	\$ 0	\$ 281.000	14-23- POSITIVA COMPAÑ A DE SEGUROS S.A.	30	\$ 39580697	\$ 54.800	\$ 0		\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0

TOTAL	\$ 695.500
--------------	-------------------

	FORMATO	VERSIÓN: 0
		CÓDIGO: A-AD-GC-F-034
ACTA DE RECIBO FINAL A SATISFACCIÓN		FECHA: 24/Jul/2019

FECHA PRESENTE ACTA	DICIEMBRE DE 2024		
CONTRATO <u> X </u> CONVENIO <u> </u>	No. 3993	DE FECHA: 16/10/2024	
OBJETO	PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES PARA REALIZAR AUDITORIA MÉDICA A LA FACTURACIÓN RADICADA POR LOS PROCESOS DE ATENCIÓN DE LA POBLACIÓN POBRE NO ASEGURADA DEL DEPARTAMENTO DE BOYACÁ No 27		
CONTRATISTA	MARIA DEL CARMEN QUINTERO CALZADA	NIT:39580697- :	
		C.C:39580697	
INTERVENTOR Y/O SUPERVISOR	MONICA LILIANA SUAREZ BLANCO	C.C:24059984	
VALOR DEL CONTRATO / CONVENIO :	VALOR INICIAL :	\$ 9.828.000,00	
	APORTE DEL DEPARTAMENTO:	\$ 0,00	
	APORTE DE CONTRAPARTE:	\$ 0,00	
ADICIONAL N° <u> </u>	VALOR	\$0,00	
ADICIONAL N° <u> </u>	VALOR	\$0,00	
VALOR TOTAL CON ADICIONES		\$ 9.828.000,00	
PLAZO INICIAL	DOS (2) MESES Y DIEZ (10)DÍAS		
PRORROGA N° <u> </u>	Tiempo: N/A	De Fecha: N/A	
PRORROGA N° <u> </u>	Tiempo: N/A	De Fecha: N/A	
PLAZO TOTAL	DOS (2) MESES Y DIEZ (10)DÍAS		
FECHA DE INICIACIÓN	18/10/2024		
ACTA DE SUSPENSIÓN N°	De Fecha: N/A		
ACTA DE REINICIACIÓN N°	De Fecha: N/A		
FECHA DE TERMINACIÓN	27/12/2024		
FECHA DE TERMINACIÓN REAL	N/A		
PERIODO AUTORIZADO A PAGAR	Del 18 de noviembre de 2024 al 28 de diciembre de 2024		
RBPP N°	2024 00415 0119		

No/s Y AÑO DE REGISTRO/S PRESUPUESTALES QUE RESPALDAN EL PAGO DE LA PRESENTE ACTA: RPC No. 8715 AÑO: 2024 , RPC No AÑO .

En las oficinas de SECRETARÍA DE SALUD se reunieron los señores, MONICA LILIANA SUAREZ BLANCO Interventor / Supervisor y el señor MARIA DEL CARMEN QUINTERO CALZADA como representante legal o contratista, con el fin de suscribir la presente acta.

En visita al lugar de los trabajos se constató, que lo ejecutado está de acuerdo con las especificaciones, características y condiciones estipuladas en el contrato o convenio y registradas en los informes, por tanto el suscrito supervisor recibe satisfactoriamente y autoriza el pago como lo registra la presente acta; igualmente certifica que el CONTRATISTA cumplió con sus aportes al régimen de Seguridad Social en Salud, Pensión, Riesgos profesionales y Parafiscales (Cuando Aplique) de acuerdo a la(s) planilla (s) N° 7949643764 - 4583364262 del mes (es) NOVIEMBRE Y DICIEMBRE DE 2024 de conformidad con la normatividad vigente.

CONTROL ANTICIPOS

Valor Anticipo	\$0.00
Sumatoria Amortizaciones	\$0.00
Saldo por Amortizar	\$0,00

**Nota al anticipo: En los casos en los que existan diferentes fuentes de financiación debe discriminarse el anticipo por cada fuente de financiación, según hoja anexa de fuentes de financiación (aclarar dentro de las observaciones), diligenciar y copiar cuadro el cual debe reflejarse en el espacio asignado en observaciones o aclaraciones de la presente acta.*

BALANCE DE PAGO		
CONCEPTO	DEBE	HABER
Valor del contrato o convenio	\$ 9.828.000,00	\$ 0,00
Amortización Anticipo	\$ 0,00	\$ 0,00
Valor a pagar de la presente acta	\$ 0,00	\$ 5.616.000,00
Valor Total actas pagadas	\$ 0,00	\$ 4.212.000,00
Saldo por ejecutar (Liberar por el Departamento)	\$ 0,00	\$ 0,00
Valor a Reintegrar al Departamento	\$ 0,00	\$ 0,00
Sumas iguales	\$ 9.828.000,00	\$ 9.828.000,00

**Nota al balance: En los casos en los que existan diferentes fuentes de financiación debe discriminarse el balance por cada fuente según hoja anexa (fuentes de financiación- Balance) , diligenciar y copiar cuadro el cual debe reflejarse en el espacio asignado en observaciones o aclaraciones de la presente acta.*

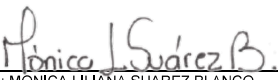
CUENTA BANCARIA EN LA QUE SE CONSIGNA EL PAGO DE LA PRESENTE ACTA

No. CUENTA: 914244751	BANCO: BBVA Colombia	AHORROS: X	CORRIENTE:
-----------------------	----------------------	------------	------------

*Las cantidades y valores consignados en la presente acta son responsabilidad exclusiva del contratista e interventor y/o supervisor. El pago de la presente acta se realizará con base en el principio de confiabilidad y responsabilidad con que el Interventor y/o Supervisor y el contratista realizan las mediciones en campo y las revisiones efectuadas a los informes por parte del Interventor y/o Supervisor.

OBSERVACIONES O ACLARACIONES:

No siendo otro el objeto de la presente reunión se firma el acta por los que en ella intervinieron.

Firma: 	Firma: 
Nombre: MONICA LILIANA SUAREZ BLANCO INTERVENTOR Y/O SUPERVISOR	Nombre: MARIA DEL CARMEN QUINTERO CALZADA CONTRATISTA

Radicado No. **S-2024-026554-SALDPP**

* Si se requieren se pueden adicionar mas firmas.

ANEXO: PLANILLA DE PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL DEL MES CORRESPONDIENTE
ANEXO: LIQUIDACIÓN PARAFISCALES (CUANDO APLIQUE)
ANEXO: FORMATO SABANA - CUADRO DE CONDICIONES ACTUALIZADAS DE CANTIDADES (CUANDO APLIQUE) ANEXO: INFORME COMPLETO DE ACTIVIDADES FIRMADO POR EL CONTRATISTA Y EL SUPERVISOR Y/O INTERVENTOR.

Original: Archivo Carpeta Secretaría de Contratación Copias: Orden de Pago Tesorería, Contratista, Supervisor y/o Interventor