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.** 7000992	**PERIODO DEL CONTRATO:** Fecha de Inicio: 12/11/2024 Fecha de Terminación: 30/11/2024
ENTIDAD CONTRATANTE: **Fondo Financiero Distrital de Salud**		**PLAZO DE EJECUCIÓN:** veintitrés (23) días
CONTRATISTA: **SAIRA ANDREA MELO GUZMAN** **CC 23846067**		**PRÓRROGA:** Fecha de Inicio (Prórroga): N/A Fecha de Terminación (Prórroga): N/A **SUSPENSIÓN:** N/A
SUPERVISOR (Nombre y cargo): **GLORIA EUGENIA GARCIA PINILLOS – DIRECTOR TECNICO – CODIGO 9 GRADO 07**		Fecha de Inicio (Suspensión): N/A Nueva Fecha de Terminación (Suspensión): N/A **PERIODO DEL INFORME: 12/11/2024 – 30/11/2024**
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:	$ 4.631.852
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):	$ 0
VALOR A PAGAR EN EL PRESENTE PERIODO DEL INFORME:	$ 4.631.852
SALDO POR EJECUTAR:	$ 0

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 las actividades de inspección, vigilancia y	Se dio cumplimiento a las visitas asignadas por el grupo GAMA a las IPS. Según cronograma	Evidencia: Sharepoint

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.	semanal. Las cuales fueron asignadas desde el 18 al 29 de noviembre	Carpeta. Obligaciones No1_Noviembre
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 semanal. Las cuales fueron asignadas desde el 18 al 29 de noviembre	Evidencia: Sharepoint Carpeta. Obligaciones No.2_Noviembre
3. Efectuar informe, revisión, estudio, evaluación y seguimiento a los planes de mejoramiento relacionados con las visitas a las IPS y a las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios de Salud (EAPB) asignadas, como resultado a las actividades desarrolladas.	Se dio cumplimiento a las visitas asignadas por el grupo GAMA a las IPS. Según cronograma semanal. Las cuales fueron asignadas desde el 18 al 29 noviembre	Evidencia: Sharepoint Carpeta. Obligaciones No.3_Noviembre
4. 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.	Actividad no asignada por el supervisor durante la ejecución del contrato	No se ejecuta esta actividad
5. 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).	El 13 de noviembre se realiza instrumento, lista de chequeo, con el Grupo GAMA de la	Evidencia: Sharepoint Carpeta. Obligaciones No.5_Noviembre
6. Apoyar actividades administrativas asignadas por la Dirección de Urgencias y Emergencias en Salud, que contribuyan para el óptimo funcionamiento de la dependencia.	El 14 de noviembre se realiza instrumento, lista de chequeo paciente	Evidencia: Sharepoint Carpeta. Obligaciones No.6_Noviembre
ESTADO TEMAS PENDIENTES DE TRÁMITE		

Durante la ejecución del contrato, no se encuentran temas asignados pendientes de trámite.

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:	231.600	Suma cancelada:	296.500	Suma cancelada:	45.200
No Planilla:	7949365217	No Planilla:	7949365217	No Planilla:	7949365217
Mes(es) cancelado(s):	NOVIEMBRE	Mes(es) cancelado(s):	NOVIEMBRE	Mes(es) cancelado(s):	NOVIEMBRE

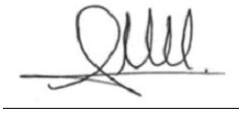
EN CASO DE INFORME FINAL DE EJECUCIÓN					
Relación de usuario y clave de acceso al equipo de cómputo:	**NO APLICA**	Relación de usuarios y clave de acceso a los sistemas de información (SICAF, AGILSALUD, SICAPITAL, SIIAS, SIRC, SIDBA, SIPROJ, ETC.), si aplica a sus actividades:	**NO APLICA**	Relación 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 *100*% de ejecución del contrato. Certifico que el contratista realizó la entrega de actividades y bienes a cargo incluyendo la devolución del carné que lo identifica como contratista de la entidad.	**OTRAS OBSERVACIONES:** Ante la alta demanda en el área de TIC, la emisión del paz y salvo se ha visto afectado. No obstante, garantizamos la continuidad del proceso contractual con la contratista a través de la Dirección de Urgencias y Emergencias.
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

Banco de Bogotá

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:	**7949365217**	TIPO DE PLANILLA:	I-INDEPENDIENTES		
PERIODO COTIZACIÓN	MES: noviembre	PERIODO COTIZACIÓN	MES: noviembre		
OTROS SUBSISTEMAS:	AÑO: 2024	SALUD:	AÑO: 2024		
DÍAS DE MORA:	0				
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):	2024/12/02	NÚMERO AUTORIZACIÓN:	1093037154		

NOVEDADES

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

LIQUIDACIÓN GENERAL

			TOTALES	
			COTIZANTES	TOTAL PAGADO
PENSIÓN				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
900336004	25-14	25-14 COLPENSIONES	1	$ 296.500
		SUBTOTAL:	1	**$ 296.500**
SALUD				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
830003564	EPS017	EPS017-FAMISANAR	1	$ 231.600
		SUBTOTAL:	1	**$ 231.600**
RIESGOS PROFESIONALES				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
890903790	14-11	14-11 - ARL SURA	1	$ 45.200
		SUBTOTAL:	1	**$ 45.200**

VALOR SIN MORA:	**$ 573.300**
VALOR MORA:	**$ 0**
TOTAL PAGADO:	**$ 573.300**

Planilla Pagada

ARL

Medellin, 11 de noviembre de 2024

LA DIRECCIÓN DE AFILIACIONES Y RECAUDOS HACE CONSTAR:

Que **SAIRA ANDREA MELO GUZMAN** con documento de identidad **C23846067**, 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
2024-11-09	2024-11-30	INDEPENDIENTE CON CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS SUPERIOR A UN MES	CALL CENTER LÌNEAS R1	0000000015	1	0.522	EN COBERTURA



VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

ACTA DE INICIO

CONTRATO O CONVENIO No. 7000992 DE 2024

ENTIDAD CONTRATANTE : Fondo Financiero Distrital De Salud

CONTRATISTA : SAIRA ANDREA MELO GUZMAN

IDENTIFICACIÓN CONTRATISTA: CC 23846067

OBJETO DEL CONTRATO : 165-021000_0200 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.

VALOR DEL CONTRATO: $ 4,631,852.00

FECHA DE INICIACION : 12 de noviembre de 2024

FECHA DE TERMINACION: 30 de noviembre de 2024

CLASE DE CONTRATO O CONVENIO : PRESTACION DE SERVICIOS

DATOS DE LA PÓLIZA			
NUMERO	**ASEGURADORA**	**FECHA DE EXPEDICIÓN**	**VALOR ASEGURADO**

SUPERVISOR : DIRECTOR TÉCNICO CODIGO 9 GRADO 07

Para constancia se firma la presente acta por los que en ella intervienen, una vez leída y aprobada.

Dada en Bogota D.C., a los doce (12) dias del mes de noviembre del año dos mil veinticuatro (2024).

Nota: Se deberá verificar por el Supervisor que la vigencia de la garantía cubre el tiempo de ejecución conforme a lo previsto en el contrato o convenio, teniendo en cuenta la fecha de suscripción del acta de inicio o de lo contrario, deberá dejar constancia que la misma debe ser actualizada por el contratista en un plazo máximo de tres (03) días hábiles y cargarla en la plataforma (SECOP II), o entregarla en medio físico (SECOP I) en la subdirección de contratación, para que en cualquiera de los dos (2) casos pueda ser aprobada.

Gloria Eugenia Garcia Pinillos
Director Técnico Codigo 9 Grado 07

SAIRA ANDREA MELO GUZMAN
Firma Contratista

FONDO FINANCIERO DISTRITAL DE SALUD

BOGOTÁ | SECRETARÍA DE SALUD

Vig Ppto: 2024

ORDEN DE PAGO

No: 422686

Usuario Dilig: YAMEDINA
Fecha de Impresión: 24/12/2024
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:	7000992	Interventor o responsable del recibo a satisfacción del bien o servicio:	TOTAL
Acta de Recibo No:		Nombre del Interventor:			

Detalle

CTO-NO7000992-PLANILLA OGI_VIGENCIA-DICIEMBRE 2024-PERIODO DE:12-nov 30-nov-2024

Tipo de Orden de Pago: VIGENCIA

3. MOVIMIENTO PRESUPUESTAL

Fuente de financiación:

IMPUTACIÓN PRESUPUESTAL

CDP	Código Rubro	Registro	Nombre	Valor Aplicación (Gasto)
6325	O2-3-01-17-019-05-20240200-158083051	5771	Contratacion de Recurso Humano	$4.631.852,00

VR BRUTO	CUATRO MILLONES SEISCIENTOS TREINTA Y UN MIL OCHOCIENTOS CINCUENTA Y DOS PESOS	$4.631.852,00

ID Rubro	Fuente	Detalle	Valor	
O2-3-01-17-019-05-20240200-158083051	01	12013	$4.631.852,00	
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	$4.631.852,00
ESTAMPILLA ADULTO MAYOR 2%	2	$4.631.852,00	2-4-36-90-0007	$92.637,00
ESTAMPILLA - EST_PROCULTURA 0,5%	.5	$4.631.852,00	2-4-36-90-0003	$23.159,00
RETEFUENTE-L.1607/12-ART 383 - PERS.NATURAL (PLA)	0	$4.094.089,00	2-4-36-15-0001	$239.845,00
RETEICA- SERVICIOS 0,766%	.766	$4.094.052,00	2-4-36-27-0001	$31.360,00

Valor amortización:

Id fuente	Detalle
01	Recursos Del Distrito
12013	APORTE ORDINARIO

TOTAL DESCUENTOS		$387.001,00
VALOR NETO A GIRAR	CUATRO MILLONES DOSCIENTOS CUARENTA Y CUATRO MIL OCHOCIENTOS CINCUENTA Y UN PESOS	$4.244.851,00
		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

EL SUSCRITO PROFESIONAL ESPECIALIZADO DE LA DIRECCION DE PLANEACION SECTORIAL - BIBLIOTECA

CERTIFICA

Que revisados los registros que aparecen en el Sistema Bibliográfico de la Biblioteca de la Secretaría Distrital de Salud, se constató que a la fecha el (la) Señora, **ANDREA MELO** identificado(a) con la cédula de ciudadanía N° **23846067,** no tiene material bibliográfico en préstamo.

Se expide la presente certificación a petición del (la) interesado(a) en Bogotá D.C a los 26 días del mes de Diciembre de 2024.

Firmado digitalmente por Angel Mauricio Castellanos Cárdenas

Firma: _____

Nombre: Ángel Mauricio Castellanos Cárdenas
Profesional Universitario

Verificación realizada en el Sistema por: EFREN RUEDA VEGA	Firma.___ _____

No. Solicitud 202402580

EL SUSCRITO PROFESIONAL ESPECIALIZADO DE LA DIRECCIÓN ADMINISTRATIVA - SUBDIRECCIÓN DE BIENES Y SERVICIOS

CERTIFICA

Que, revisados los registros de elementos devolutivos en servicio que aparecen en el sistema de Control de Propiedad, Planta y Equipo de la Entidad, se constató que, a la fecha, SAIRA ANDREA MELO GUZMAN identificado(a) con CEDULA DE CIUDADANIA número 23846067 de la DIRECCIÓN DE URGENCIAS Y EMERGENCIAS EN SALUD, dio cumplimiento a lo establecido en la Resolución 858 del 11 de junio de 2021.

Se expide la presente certificación en Bogotá, D.C., a los Veintiseis 26 días de diciembre del Dos Mil Veinticuatro 2024 la cual tendrá validez por treinta (30) días calendario, contados a partir de la fecha de expedición.

Carlos Fdo.
CARLOS FERNANDO MEZA SOLIS
Delegado Propiedad Planta y Equipo

Para uso exclusivo - Propiedad Planta y Equipo

Verificación realizada en el Sistema por: Yaneth Patricia Romero Quiroz	Firma YPROMERO