

|                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                       |                                                                                     |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|
| <br><b>ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.</b><br>SECRETARÍA DE SALUD | SUBDIRECCIÓN DE CONTRATACIÓN<br>SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN<br>CONTROL DOCUMENTAL<br><b>INFORME PARCIAL Y/O FINAL DE ACTIVIDADES ESPECÍFICAS, OBLIGACIONES DEL CONTRATISTA SERVICIOS PROFESIONALES Y APOYO A LA GESTIÓN</b><br>SDS – FFDS<br>Código: SDS-CON-FT-014 V.3 | Elaborado por: Jairo Armando Moreno<br>Revisado y Aprobado por: Andrea Pedroza Molina |  |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|

|                                                                                                                                                                                                        |                                                |                                                                          |  |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------|--|
| <b>DESPACHO – SUBDIRECCIÓN – DIRECCIÓN U OFICINA:</b><br>Dirección Financiera – Cobro Coactivo                                                                                                         | <b>CONTRATO No.</b><br><br>CO1.PCCNTR.1475/774 | <b>PERIODO DEL CONTRATO:</b>                                             |  |
|                                                                                                                                                                                                        |                                                | Fecha de Inicio: 02 de abril de 2020                                     |  |
|                                                                                                                                                                                                        |                                                | Fecha de Terminación: 11 de septiembre de 2020                           |  |
| <b>ENTIDAD CONTRATANTE:</b><br>Fondo Financiero Distrital de Salud                                                                                                                                     |                                                | <b>PLAZO DE EJECUCIÓN:</b> 5 meses y 10 días                             |  |
| <b>CONTRATISTA:</b><br><br>ANGIE PAOLA SUAREZ JIMENEZ                                                                                                                                                  |                                                | <b>PRÓRROGA:</b>                                                         |  |
|                                                                                                                                                                                                        |                                                | Fecha de Inicio:                                                         |  |
|                                                                                                                                                                                                        |                                                | Fecha de Terminación:                                                    |  |
|                                                                                                                                                                                                        |                                                | <b>SUSPENSIÓN:</b>                                                       |  |
| <b>SUPERVISOR (Nombre y cargo):</b><br><br>Nancy González Rincón<br>Profesional Universitario                                                                                                          |                                                | Fecha de Inicio:                                                         |  |
|                                                                                                                                                                                                        |                                                | Fecha de Terminación:                                                    |  |
|                                                                                                                                                                                                        |                                                | <b>PERIODO DEL INFORME:</b> 01 de agosto de 2020 al 31 de agosto de 2020 |  |
| <b>OBJETO DEL CONTRATO:</b> Prestar servicios profesionales en el alistamiento y sustanciación de expedientes de cobro persuasivo y cobro coactivo, con el fin de fortalecer la gestión institucional. |                                                |                                                                          |  |

| BALANCE FINANCIERO DEL CONTRATO                          |               |
|----------------------------------------------------------|---------------|
| <b>VALOR INICIAL DEL CONTRATO:</b>                       | \$ 26.535.515 |
| <b>VALOR ADICIÓN:</b>                                    | \$ 0          |
| <b>VALOR PAGADO AL CONTRATISTA:</b>                      | \$ 19.901.636 |
| <b>VALOR A PAGAR EN EL PRESENTE PERIODO DEL INFORME:</b> | \$ 4.975.409  |
| <b>SALDO POR EJECUTAR:</b>                               | \$ 1.658.470  |

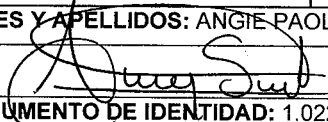
| ACTIVIDADES ESPECÍFICAS, OBLIGACIONES DEL CONTRATISTA DESARROLLADAS DE ACUERDO CON EL OBJETO CONTRACTUAL                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| OBLIGACIONES<br>(Las estipuladas en la minuta del contrato)                                                                                                                                                                                                                                                | AVANCE ACTIVIDADES<br>(Desarrolladas en el periodo objeto del informe - referente a la obligación)                              | EVIDENCIAS O SOPORTE<br>(Con respecto a la actividad desarrollada y donde reposan)                                                                                                                                                                                                    |
| 1.Sustanciar expedientes de cobro coactivo de manera mensual, conforme al reparto realizado y siguiendo la trazabilidad del expediente que sea sustanciado.                                                                                                                                                | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Se realizan mandamientos de pago como cobro coactivo</li> </ul>                        | <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>109</b> mandamiento de pago asignado por reparto con sus respectivos oficios "citaciones y notificaciones".</li> </ul> Ubicación de la información en CD1 Carpeta (Gestión de expedientes – Mandamientos de pago y consolidado Excel POA) |
| 2.Apoyar en la entrega de información para completar los requerimientos de entes de inspección, vigilancia y control internos y externos relacionados con el cobro persuasivo y coactivo.                                                                                                                  | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Se entrega informe Poa</li> </ul>                                                      | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Se entrega informe Poa</li> </ul> Ubicación en el CD 1 informe Excel POA.                                                                                                                                                                    |
| 3. Apoyar el seguimiento a los procesos de cobro coactivo en todas sus etapas, de acuerdo con el reparto asignado: requerimientos, mandamientos y acuerdos de pago, citaciones, notificaciones, resolución de medidas cautelares y los oficios que las notifican, y si a ello hubiere lugar, responder las | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Elaboración de oficios a bancos en seguimiento a depuración de expedientes.</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>24</b> expedientes gestionados en oficios a bancos para su seguimiento de posible depuración.</li> </ul> Ubicación de la información en CD1 Carpeta (Gestión de expedientes – Oficio a Bancos y consolidado Excel POA)                    |

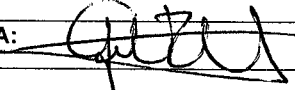
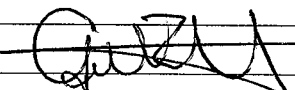


|                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                       |                                                                                     |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|
| <br><b>ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.</b><br>SECRETARÍA DE SALUD | <b>SUBDIRECCIÓN DE CONTRATACIÓN</b><br><b>SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN</b><br><b>CONTROL DOCUMENTAL</b><br><b>INFORME PARCIAL Y/O FINAL DE ACTIVIDADES</b><br><b>ESPECÍFICAS, OBLIGACIONES DEL CONTRATISTA</b><br><b>SERVICIOS PROFESIONALES Y APOYO A LA GESTIÓN</b><br>SDS – FFDS<br>Código: SDS-CON-FT-014 V.3 | Elaborado por: Jairo Armando Moreno<br>Revisado y Aprobado por: Andrea Pedroza Molina |  |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|

**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.

| INFORMACIÓN PAGOS SEGURIDAD SOCIAL |             |                       |            |                           |            |
|------------------------------------|-------------|-----------------------|------------|---------------------------|------------|
| APORTES EN SALUD                   |             | APORTES EN PENSIÓN    |            | APORTES RIESGOS LABORALES |            |
| Empresa:                           | Salud Total | Empresa:              | Porvenir   | Empresa:                  | Sura       |
| Suma cancelada:                    | \$ 248.800  | Suma cancelada:       | \$ 318.400 | Suma cancelada:           | \$ 10.400  |
| No Planilla:                       | 1031432151  | No Planilla:          | 1031432151 | No Planilla:              | 1031432151 |
| Mes(es) cancelado(s):              | Julio       | Mes(es) cancelado(s): | Julio      | Mes(es) cancelado(s):     | Julio      |

| EN CASO DE INFORME FINAL DE EJECUCIÓN                       |                                                                                                   |                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                      |
|-------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Relación de usuario y clave de acceso al equipo de cómputo: |                                                                                                   | Relación de usuarios y clave de acceso a los sistemas de información (SICAF, CORDIS, SICAPITAL, SIAS, SIRC, SIDBA, SIPOJ, ETC.), si aplica a sus actividades: | 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): |
| <b>CONTRATISTA</b>                                          | <b>NOMBRES Y APELLIDOS:</b> ANGIE PAOLA SUAREZ JIMENEZ                                            |                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                      |
|                                                             | <b>FIRMA:</b>  |                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                      |
|                                                             | <b>No. DOCUMENTO DE IDENTIDAD:</b> 1.022.396.640 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 93.2% de ejecución del contrato. | <b>OTRAS OBSERVACIONES:</b>                                                                       |
| <b>SUPERVISOR</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | <b>NOMBRE Y APELLIDO:</b> NANCY GONZALEZ RINCON                                                   |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | <b>FIRMA:</b>  |
| <b>REVISÓ</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | <b>NOMBRE Y APELLIDO:</b> NANCY GONZALEZ RINCÓN                                                   |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | <b>FIRMA:</b>  |

Anexo: Comprobantes de pago de aportes al Sistema de Seguridad Social en Salud y Pensión. En caso de informe final correspondiente al último periodo de cobro, deberá anexarse el formato vigente de Control Documental Entrega de Actividades y Bienes a Cargo.

\* Para el cálculo del % de ejecución del contrato se deben tener en cuenta las adiciones.

|  |
|--|
|  |
|--|

|  |
|--|
|  |
|--|

# Simple

## 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 Seguridad Social                     |
| Fecha                                    | 2020-08-05, 10:33:25 PM en horario extendido |
| Periodo de Cotización Otros Riesgos      | Julio de 2020                                |
| Periodo de Cotización Para Salud         | Julio de 2020                                |
| Empresa                                  | ANGIE PAOLA SUAREZ JIMENEZ                   |
| CEDULA CIUDADANIA                        | CC 1022396640                                |
| Código Sucursal (Nombre)                 | ( )                                          |
| Referencia de Pago/ Número Planilla      | 1031432151                                   |
| Tipo de Planilla                         | I                                            |
| Número Transacción Bancaria/ CUS         | 704215934                                    |
| Banco                                    | (1032) - BANCO CAJA SOCIAL                   |
| Valor                                    | \$ 577.600                                   |
| Estado de la Transacción                 | Aprobada                                     |
| Dirección IP de Origen                   | 10.42.17.1                                   |

| Nit            | Código | Administradora                              | Número Afiliados | Valor sin Mora | Total Intereses Mora |
|----------------|--------|---------------------------------------------|------------------|----------------|----------------------|
| N800224808     | 230301 | PORVENIR                                    | 1                | \$ 318.400     | \$ 0                 |
| N800130907     | EPS002 | SALUD TOTAL S.A. ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD | 1                | \$ 248.800     | \$ 0                 |
| N890903790     | 14-11  | ARL SURA                                    | 1                | \$ 10.400      | \$ 0                 |
| SubTotales:    |        |                                             |                  | \$ 577.600     | \$ 0                 |
| Total a Pagar: |        |                                             |                  |                | \$ 577.600           |

[illegible][illegible]