


	<b>GESTIÓN CONTRACTUAL SUBDIRECCIÓN DE CONTRATACIÓN SISTEMA DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL</b>		
	<b>INFORME PARCIAL Y/O FINAL DE ACTIVIDADES ESPECÍFICAS, OBLIGACIONES DEL CONTRATISTA SERVICIOS PROFESIONALES Y APOYO A LA GESTIÓN SDS – FFDS</b>		
	Código:	SDS-CON-FT-014	

Elaborado por: Carlos Andrés Montaña Buitrago /Revisado por: Nureidis Torres Vivas /Aprobado por: Katty Johana Rodríguez Lozano



<b>DESPACHO – SUBDIRECCIÓN – DIRECCIÓN U OFICINA:</b> Dirección de Aseguramiento y Garantía del Derecho a la Salud – Subdirección de Garantía del Aseguramiento.	<b>CONTRATO No.</b>  7867278	<b>PERIODO DEL CONTRATO:</b>
		Fecha de Inicio: 20/05/2025 Fecha de Terminación: 19/09/2025
<b>ENTIDAD CONTRATANTE:</b>  Fondo Financiero Distrital de Salud	<b>CONTRATISTA: CATHERIN SANCHEZ BENAVIDES</b>	<b>PLAZO DE EJECUCIÓN: Doscientos cuarenta y cuatro (120) días</b>
		<b>PRÓRROGA: N/A</b>
<b>SUPERVISOR (Nombre y cargo):</b>  MARTHA JUDITH FONSECA SUÁREZ – Subdirección de Garantía del Aseguramiento – Profesional Especializado 222-27	<b>OBJETO DEL CONTRATO:</b> PRESTAR SERVICIOS COMO BACHILLER EN LA DIRECCIÓN DE ASEGURAMIENTO Y GARANTÍA DEL DERECHO A LA SALUD - SUBDIRECCIÓN DE GARANTÍA DEL ASEGURAMIENTO, APOYANDO LOS PROCEDIMIENTOS DE VERIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO DE LOS REQUISITOS TÉCNICOS, FINANCIEROS Y DE SOPORTES DE LA FACTURACIÓN DE CUENTAS MEDICAS, PRESENTADA POR LOS PRESTADORES POR CONCEPTO DE PRESTACION DE SERVICIOS DE SALUD A LA POBLACIÓN NO ASEGURADA.	Fecha de Inicio (Prórroga): N/A Fecha de Terminación (Prórroga): N/A
		<b>SUSPENSIÓN: N/A</b>
		Fecha de Inicio (Suspensión): N/A Nueva Fecha de Terminación (Suspensión): N/A
		<b>PERIODO DEL INFORME:</b> 01/08/2025 – 31/08/2025

BALANCE FINANCIERO DEL CONTRATO	
<b>VALOR INICIAL DEL CONTRATO:</b>	\$ 13.103.120
<b>VALOR ADICIÓN (SI APLICA):</b>	\$ 00.000.000,00
<b>VALOR INDEXACIÓN (SI APLICA):</b>	\$ 00.000.000,00
<b>VALOR CEDIDO (SI APLICA)</b>	\$ 00.000.000,00
<b>VALOR A LIBERAR (SI APLICA)</b>	\$ 00.000.000,00
<b>VALOR PAGADO AL CONTRATISTA O CESIONARIO (SI APLICA):</b>	\$ 7.752.679
<b>VALOR A PAGAR EN EL PRESENTE PERIODO DEL INFORME:</b>	\$ 3.275.780
<b>SALDO POR EJECUTAR:</b>	\$ 5.350.441



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. Apoyar y realizar la devolución de las facturas radicadas por las IPS públicas – privadas con oportunidad y calidad	SE VALIDO BASES PENDIENTES DE AUDITORIA 3047, FRONTERIZOS NOVIEMBRE Y DICIEMBRE, GENERANDO LA GLOSA ADMINISTRATIVA CORRESPONDIENTE.	FORMATOS DE INFORME DIARIO Y CUMPLIMIENTO DE METAS

 <p>ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD</p>	<b>GESTIÓN CONTRACTUAL SUBDIRECCIÓN DE CONTRATACIÓN SISTEMA DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL</b>			
	<b>INFORME PARCIAL Y/O FINAL DE ACTIVIDADES ESPECÍFICAS, OBLIGACIONES DEL CONTRATISTA SERVICIOS PROFESIONALES Y APOYO A LA GESTIÓN SDS – FFDS</b>			
	Código:	SDS-CON-FT-014	Versión:	
Elaborado por: Carlos Andrés Montaña Buitrago /Revisado por: Nureidis Torres Vivas /Aprobado por: Katty Johana Rodríguez Lozano				

<p>2. Efectuar la revisión del contenido de las facturas presentadas por las entidades públicas y/o privadas, realizando la verificación de la información del usuario tanto en el Sistema General de Seguridad Social en Salud-SGSSS como en la Liquidación Mensual de Afiliados - LMA y verificar los cobros de cuotas de recuperación.</p>	<p>SE REALIZA REVISION DE LAS FACTURAS RADICADAS Y PENDIENTES DE PAGO POR LA SUBRES CENTRO ORIENTE, CON LOS SOPORTES APORTADOS POR LA MISMA, SE INICIA VAIDACION FACTURACION PRESENTADA EN CONCEPTO DE GRATUIDAD.</p>	<p>FORMATOS DE INFORME DIARIO Y CUMPLIMIENTO DE METAS/ BASE DE FACTURAS</p>
<p>3. Hacer la revisión del contenido de las facturas presentadas por las entidades públicas y/o privadas, verificando la fecha de ingreso y egreso del usuario, días de estancia y valor cobrado frente a las tarifas establecidas.</p>	<p>SEVERIFICO QUE LOS SERVICIOS FACTURADOS Y SUSTARIFAS CORRESPONDAN A LOS VALORES DISPUESTOS EN EL TARIFARIO SOAT UVT PARA LA VIGENCIA 2024</p>	<p>FORMATOS DE INFORME DIARIO Y CUMPLIMIENTO DE METAS/ BASE DE FACTURAS</p>
<p>4. Desarrollar la auditoria a las facturas de IPS públicas y privadas según monto auditar definido por la entidad y apoyar en los procesos de conciliación con las IPS con oportunidad y calidad.</p>	<p>SE REALIZA AUDITORIAADMINISTRATIVA CON EL FIN DE VALIDAR EL AVAL DE RECONOCIMIENTO DE LOS SERVICIOS FACTURADOS</p>	<p>FORMATOS DE INFORME DIARIO Y CUMPLIMIENTO DE METAS/ BASE DE FACTURAS</p>
<p>5. Revisar y comparar la fecha de prestación del servicio de salud al usuario en la factura con la fecha registrada en la historia clínica y archivo radicado o, en los demás soportes que presenten las entidades públicas y/o privadas.</p>	<p>SE VERIFICO QUE LOS SOPORTES ADJUNTOS POR LA IPS PARA CADA UNA DE LAS FACTURAS COBRADAS CORRESPONDAN AL USUARIO Y A LA VIGENCIA FACTURADA</p>	<p>FORMATOS DE INFORME DIARIO Y CUMPLIMIENTO DE METAS/ BASE DE FACTURAS</p>

 <p>ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD</p>	<b>GESTIÓN CONTRACTUAL SUBDIRECCIÓN DE CONTRATACIÓN SISTEMA DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL</b>			
	<b>INFORME PARCIAL Y/O FINAL DE ACTIVIDADES ESPECÍFICAS, OBLIGACIONES DEL CONTRATISTA SERVICIOS PROFESIONALES Y APOYO A LA GESTIÓN SDS – FFDS</b>			
	Código:	SDS-CON-FT-014	Versión:	
Elaborado por: Carlos Andrés Montaña Buitrago /Revisado por: Nureidis Torres Vivas /Aprobado por: Katty Johana Rodríguez Lozano				

<p>6. Verificar que las actividades, intervenciones y procedimientos realizados y cobrados por las entidades públicas y/o privadas, correspondan a lo pactado contractualmente con el Fondo Financiero Distrital de Salud, así como aquellas actividades, intervenciones y procedimientos cobrados, que no se encuentren amparados por contrato de acuerdo a la normatividad vigente.</p>	<p>SE VERIFICO QUE LOS SERVICIOS PRESTADOS Y FACTURADOS TENGAN COHERENCIA CON EL DX Y LOS PROTOCOLOS DE ATENCION DE ACUERDO A NORMATIVIDAD VIGENTE</p>	<p>FORMATOS DE INFORME DIARIO Y CUMPLIMIENTO DE METAS/ BASE DE FACTURAS</p>
<p>7. Apoyar a los profesionales en la verificación y registro del proceso de auditoría administrativa, en el Sistema de Información que designe la Entidad, así como los archivos radicados por las entidades públicas y/o privadas que hacen parte integral de los contratos interadministrativos, revisando su diagnóstico, procedimiento, actividad facturada, que pertenezca a la población objeto del Fondo Financiero Distrital de Salud, y que coincidan con el reportado en la historia clínica</p>	<p>SE BRINDA APOYO AL PROFESIONAL AUDITOR CON EL FIN DE OPTIMIZAR SU AUDITORIA</p>	<p>FORMATOS DE INFORME DIARIO Y CUMPLIMIENTO DE METAS/ BASE DE FACTURAS</p>
<p>8. Comprobar y revisar que las tarifas de las actividades facturadas correspondan a lo contractualmente pactado entre el Fondo Financiero Distrital de Salud y las entidades públicas y/o privadas, así como de aquellas tarifas de las actividades cobradas que no se encuentren amparadas por contrato de acuerdo con la normatividad vigente.</p>	<p>SE VERIFICO QUE LOS SERVICIOS FACTURADOS Y SUS TARIFAS CORRESPONDAN A LOS VALORES DISPUESTOS EN EL TARIFARIO SOAT UVT PARA LA VIGENCIA 2024</p>	<p>FORMATOS DE INFORME DIARIO Y CUMPLIMIENTO DE METAS/ BASE DE FACTURAS</p>
<p>9. Acompañar y apoyar a los profesionales cuando el proceso de auditoría se realice en las sedes de las entidades públicas y/o privadas, incluyendo aquellas instalaciones ubicadas en áreas rurales.</p>	<p>SE BRINDA ACOMPAÑAMIENTO AL PROFESIONAL AUDITOR SEGÚN REQUERIMIENTO DEL MISMO</p>	<p>FORMATOS DE INFORME DIARIO Y CUMPLIMIENTO DE METAS/ BASE DE FACTURAS</p>

	<b>GESTIÓN CONTRACTUAL SUBDIRECCIÓN DE CONTRATACIÓN SISTEMA DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL</b>			
	<b>INFORME PARCIAL Y/O FINAL DE ACTIVIDADES ESPECÍFICAS, OBLIGACIONES DEL CONTRATISTA SERVICIOS PROFESIONALES Y APOYO A LA GESTIÓN SDS – FFDS</b>			
	Código:	SDS-CON-FT-014	Versión:	
Elaborado por: Carlos Andrés Montaña Buitrago /Revisado por: Nureidis Torres Vivas /Aprobado por: Katty Johana Rodríguez Lozano				

10. Propender por la seguridad y confidencialidad de la información que reciba, procese, genere y almacene como resultado del proceso de la auditoría bajo criterios de calidad en coordinación con el profesional asignado	SE GARANTIZA LA SEGURIDAD Y CONFIABILIDAD DE LOS DATOS DE LOS USUARIOS QUE HACEN PARTE DE LA BSE DE DATOS DE FACTURACION Y ATENCIONES MEDICAS	FORMATOS DE INFORME DIARIO Y CUMPLIMIENTO DE METAS/ BASE DE FACTURAS
11. Asistir a las reuniones convocadas por las diferentes dependencias de la Secretaría Distrital de Salud, y las demás que el supervisor requiera para el cumplimiento del objeto del presente contrato	SE ASISTIO A REUNIONES SEGÚN PROGRAMACION Y REQUERIMIENTO DEL AREA	FORMATOS DE INFORME DIARIO Y CUMPLIMIENTO DE METAS/ BASE DE FACTURAS

**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.


**INFORMACIÓN PAGOS SEGURIDAD SOCIAL**



APORTES EN SALUD		APORTES EN PENSIÓN		APORTES RIESGOS LABORALES	
Empresa:	EPS FAMISANAR	Empresa:	COLFONDOS	Empresa:	SURA
Suma cancelada:	178000	Suma cancelada:	227800	Nivel Riesgo:	1
No Planilla:	1074321226	No Planilla:	1074321226	Suma cancelada:	7.500
Mes(es) cancelado(s):	JULIO 2025	No Planilla:	1074321226	No Planilla:	1074321226
		Mes(es) cancelado(s):	JULIO 2025	Mes(es) cancelado(s):	JULIO 2025

**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, SIAS, 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**


<b>CONTRATISTA</b>	<b>NOMBRES Y APELLIDOS:</b> Contratista CATHERIN SANCHEZ BENAVIDES
	<b>FIRMA:</b> 
	<b>No. DOCUMENTO DE IDENTIDAD:</b> 1.032.368.478 de Bogotá

	<b>GESTIÓN CONTRACTUAL SUBDIRECCIÓN DE CONTRATACIÓN SISTEMA DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL</b>		
	<b>INFORME PARCIAL Y/O FINAL DE ACTIVIDADES ESPECÍFICAS, OBLIGACIONES DEL CONTRATISTA SERVICIOS PROFESIONALES Y APOYO A LA GESTIÓN SDS – FFDS</b>		
	Código:	SDS-CON-FT-014	

Elaborado por: Carlos Andrés Montaña Buitrago /Revisado por: Nureidis Torres Vivas /Aprobado por: Katty Johana Rodríguez Lozano

<b>INFORME SUPERVISOR DE CONTRATO – CERTIFICADO DE CUMPLIMIENTO</b>	
<p>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 59 % de ejecución del contrato.</p>	<b>OTRAS OBSERVACIONES:</b>

<b>INFORME SUPERVISOR DE CONTRATO – SEGUIMIENTO A LOS RIESGOS DEL CONTRATO</b>																							
<p>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:</p>																							
<table border="1"> <thead> <tr> <th rowspan="2">Nº</th> <th rowspan="2">Descripción del Riesgo</th> <th colspan="2">¿Se materializo el riesgo? (Marque con una X)</th> <th rowspan="2">Observaciones (Describe la(s) causa(s) por las cuales se materializo el riesgo)</th> </tr> <tr> <th>SI</th> <th>NO</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td style="text-align: center;">8</td> <td></td> <td></td> <td style="text-align: center;">X</td> <td></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">9</td> <td></td> <td></td> <td style="text-align: center;">X</td> <td></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">10</td> <td></td> <td></td> <td style="text-align: center;">X</td> <td></td> </tr> </tbody> </table>	Nº	Descripción del Riesgo	¿Se materializo el riesgo? (Marque con una X)		Observaciones (Describe la(s) causa(s) por las cuales se materializo el riesgo)	SI	NO	8			X		9			X		10			X		
Nº			Descripción del Riesgo	¿Se materializo el riesgo? (Marque con una X)		Observaciones (Describe la(s) causa(s) por las cuales se materializo el riesgo)																	
	SI	NO																					
8			X																				
9			X																				
10			X																				

<b>SUPERVISOR</b>	<p><b>NOMBRE Y APELLIDO:</b> <b>MARTHA JUDITH FONSECA SUÁREZ</b> Subdirección de Garantía del Aseguramiento Profesional especializado código 222 grado 27</p> <hr/> <p><b>FIRMA:</b> Martha Judith Fonseca Suarez  Firmado digitalmente por Martha Judith Fonseca Suarez</p>
-------------------	---

**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 | REPORTE INDIVIDUAL

Fecha creación reporte 2025-08-14, 06:44:00 PM Tipo Planilla | Número Planilla 1074321226  
 Periodo Cotización 202507 Periodo Servicio 202507  
 Cliente:

## PAGADA 2025-08-14 EN HORARIO EXTENDIDO

### I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	CATHERIN SANCHEZ BENAVIDEZ		
Documento	CC 1032368478	Dirección	CL 48B SUR #27 - 35
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	Teléfono	3112276802
Tipo Persona	NATURAL	Forma Presentación	ÚNICO
Ciudad	BOGOTA D.C.	Total Afiliados	1
Representante Legal		Departamento	BOGOTA D.C.
		Identificación	

### II. DATOS DEL AFILIADO

Documento	CC 1032368478		Residente	Exonerado	N	Apellidos y Nombres	Código Ciudad - Departamento	Centro de Trabajo	Ubicación Laboral
Tipo Cotizante	59	00				SANCHEZ BENAVIDES CATHERIN	11001000 - 11		BOGOTA D.C.

### III. APOORTE POR CADA UNA DE LAS ADMINISTRADORAS ASOCIADAS AL AFILIADO:

Novedades														Extranjero	Tipo salario	Salario	Pensión						Salud				Riesgos				Caja				Parafiscales									
ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	COR	SUN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT				IRP	Dias AFP	Dias EPS	Dias AFP	Dias CCF	Código AFP	Código Tras. AFP	Tarifa AFP	IBC	Total Aporte AFP	Total Aporte FSP	Total Aporte FSFS	Código EPS	Código Tras. EPS	Tarifa EPS	IBC EPS	Aporte Salud	Aporte UPC	Código ARL	Clase Riesgo	Tarifa ARL	IBC ARL	Aporte Riesgos	Código CCF	Tarifa CCF	IBC CCF	Aporte Caja	Tarifa SENA
																	\$ 1.423.500		231001		16 %	\$ 1.423.500	\$ 227.800	\$ 0	\$ 0	EPS017		12,5 %	\$ 1.423.500	\$ 178.000	\$ 0	14-11	1	0,522 %	\$ 1.423.500	\$ 7.500	CCF21	0,6 %	\$ 1.423.500	\$ 8.600	0 %	\$ 0	0 %	\$ 0

### IV. TOTALES

Total Aportes Pensión	Total Aportes FSP	Total Aportes FSFS	Total Aportes Salud	Total Aportes Riesgos	Total Aportes Cajas	Total Aportes SENA	Total Aportes ICBF	Total Aportes ESAP	Total Aportes MEN	Total Final	
COLFONDOS	FSP SOLIDARIDAD	FSP SUBSISTENCIA	FAMISANAR EPS	ARL SURA	CAFAM	SENA	ICBF	ESAP	MEN		
\$ 227.800	\$ 0	\$ 0	\$ 178.000	\$ 7.500	\$ 8.600	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0		\$ 421.900



Medellín, 1 de septiembre de 2025

LA DIRECCIÓN DE AFILIACIONES Y RECAUDOS HACE CONSTAR:

Que CATHERINE SANCHEZ BENAVIDEZ con documento de identidad C1032368478, 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
2025-05-17	2025-09-19	INDEPENDIENTE CON CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS SUPERIOR A UN MES	ARCHIVO R1	0000000002	1	0.522	EN COBERTURA



· Medellín **604 4444578**  
 · Bogotá **6014055911**  
 · Cali **602 3808938**  
 · Pereira **606 3138400**

· Manizales **606 8811280**  
 · Bucaramanga **6076917938**  
 · Cartagena **605 6424938**  
 · Barranquilla **605 3197938**

Líneas de atención **01 8000 511 414 ó 01 8000 941 414**  
 Línea de conciliación ARL **3103157562**  
[segurossura.com.co](http://segurossura.com.co) [arlsura.com](http://arlsura.com)