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: Dirección de Calidad de Servicios de Salud – Subdirección Inspección Vigilancia y Control de Servicios de Salud.	**CONTRATO No.** 8195136	**PERIODO DEL CONTRATO:** Fecha de Inicio: 21/08/2025 Fecha de Terminación: 31/07/2025
ENTIDAD CONTRATANTE: **Fondo Financiero Distrital de Salud**		**PLAZO DE EJECUCIÓN:** 346 DIAS **PRÓRROGA:**
CONTRATISTA: **Diana Patricia Fonseca Corredor**		Fecha de Inicio (Prórroga Fecha de Terminación (Prórroga): * **SUSPENSIÓN**
SUPERVISOR (Nombre y cargo): **Mariana Barros Cadena - Subdirección de Inspección Vigilancia y Control – Subdirectora Técnico Código 68 Grado 06**		Fecha de Inicio (Suspensión): Nueva Fecha de Terminación (Suspensión): **PERIODO DEL INFORME:** **21/08/2025 –31/08/2025**
OBJETO DEL CONTRATO: Prestar servicios profesionales en la Subdirección de Inspección, Vigilancia y Control de Servicios de Salud para el apoyo en la implementación y fortalecimiento del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de servicios de Salud. .		

BALANCE FINANCIERO DEL CONTRATO	
VALOR INICIAL DEL CONTRATO:	$ 74.494.000
VALOR ADICIÓN (SI APLICA):	$
VALOR INDEXACIÓN (SI APLICA):	$
VALOR CEDIDO (SI APLICA)	$
VALOR A LIBERAR (SI APLICA)	$
VALOR PAGADO AL CONTRATISTA O CESIONARIO (SI APLICA):	$
VALOR A PAGAR EN EL PRESENTE PERIODO DEL INFORME:	$ 2.191.000
SALDO POR EJECUTAR:	$ 72.303.000

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 acciones relacionadas con el procedimiento de seguridad y salud en el trabajo, y demás normatividad vigente en lo relacionado con la expedición de licencias, trámites de PQRS y recursos interpuestos por persona natural y jurídica, validación documental, entre otros, de competencia de la subdirección de Inspección, Vigilancia y Control de servicios de salud de acuerdo con la coordinación realizada con el supervisor del contrato.	Se realizan acciones correspondientes, con el proceso de Licenciamiento seguridad en Salud en el Trabajo, como son: 1.1 Validación de tramites PN en el aplicativo web del Ministerio de Salud y Protección Social MSPS 15 1.2 Elaboración de Licencias PN: 50 1.3 Notificación de licencia. 14 1.4 Informe de productividad : 1	1.1 PDF. Base validación de tramites PN 1.1 PDF. Base validación de tramites PN.pdf 1.2 PDF Base elaboración de licencias persona natural 1.2 PDF BASE ELABORACION DE LICENCIAS PN.pdf 1.3 PDF. Base de licencias notificadas 1.3 PDF. Base de licencias notificadas.pdf 1.4 PRODUCTIVIDAD MENSUAL AGOSTO DIANA FONSECA.xlsx
2. Dar respuesta adecuada y oportuna a los requerimientos que le sean asignados en el marco del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad en Salud (SOGCS) y de las acciones de Inspección, Vigilancia y Control de servicios de salud, en el proceso de seguridad y salud en el trabajo de acuerdo con la normatividad vigente y las políticas de la entidad.	2.Se realizan actividades de validación de títulos académicos :5	2.PDF. Correos solicitud de validación de títulos 2.PDF. Correos solicitud de validación de títulos.pdf
3. Atender al cliente interno y externo en temas relacionados con el Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad (SOGC), en el proceso de seguridad y salud en el trabajo y acciones de inspección vigilancia y control de servicios de salud de acuerdo con los parámetros señalados por el Supervisor del contrato, lo establecido por la entidad para tal fin y las necesidades del servicio.	3 -Se realiza asesoría de tramite al ciudadano vis telefónica:1	3. PDF Formato atención telefónica 3. PDF Formato atención telefónica.pdf
4. Realizar seguimiento y actualización a los diferentes sistemas de información manejados en la dependencia, bases de datos y expedientes digitales, que se generen en el marco de la ejecución del contrato, en los plazos establecidos y cuando haya lugar a ello.	Se realiza consolidación de las bases para la elaboración de licencias PN y PJ: 2	La base de elaboración de licencias, por contener información sensible no se adjunta, (Puede ser solicitada con la referente del proceso Dra. María de Jesús Olivo)

5.Asistir a las reuniones internas y/o externas, talleres ético-normativos dirigidos a la homologación de criterios para el ejercicio de las visitas de inspección, vigilancia y control y demás actividades programadas, de acuerdo con la coordinación que se efectué con el supervisor del contrato.	5.Reunión apoyo a la supervisión de contrato Talento Humano equipo seguridad y Salud en el Trabajo	5 Acta de reunión 5 Acta de reunión.pdf

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.

INFORMACIÒN PAGOS SEGURIDAD SOCIAL

APORTES EN SALUD		APORTES EN PENSIÓN		APORTES RIESGOS LABORALES	
Empresa:	Sanitas	Empresa:	Colfondos	Empresa:	Sura
				Nivel Riesgo:	1
Suma cancelada:	178.000	Suma cancelada:	227.800	Suma cancelada:	7.500
No Planilla:	1075168928	No Planilla:	1075168928	No Planilla:	1075168928
Mes(es) cancelado(s):	AGOSTO	Mes(es) cancelado(s):	AGOSTO	Mes(es) cancelado(s):	AGOSTO

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: Diana Patricia Fonseca Corredor**
	FIRMA:
	No. DOCUMENTO DE IDENTIDAD: 52496367

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 2.94% % 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***	
1	Cambio de régimen NO responsable de IVA a Común o viceversa a cargo del contratista		*X*	NO APLICA
2	Inadecuado manejo de la información a la cual tiene acceso el contratista		*X*	NO APLICA
3	Suspensión o cancelación de la tarjeta o matricula profesional, para aquellas profesiones que así lo establecen		*X*	NO APLICA

SUPERVISOR	**NOMBRE Y APELLIDO:** **MARIANA BARROS CADENA**
	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:** **MARIA DE JESUS OLIVO** Firmado digitalmente por MARIA OLIVO Fecha: 2025.08.29 09:38:40 -05'00'
	FIRMA: El presente informe es suscrito 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.*

PAGOSIMPLE | REPORTE INDIVIDUAL

Fecha creación reporte 2025-08-26, 08:22:19 PM **Tipo Planilla** I **Número Planilla** 1075168928

Periodo Cotización 202508 **Periodo Servicio** 202508

Cliente:

PAGADA 2025-08-26 EN HORARIO EXTENDIDO

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	DIANA PATRICIA FONSECA CORREDOR				
Documento	CC 52496367	**Dirección**	CR 39D #5 A - 52 TORRE 1 APTO 409		
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	**Teléfono**	6015308012		
Tipo Persona	NATURAL	**Forma Presentación**	ÚNICO	**Total Afiliados**	1
Ciudad	BOGOTA D.C.	**Departamento**	BOGOTA D.C.		
Representante Legal		**Identificación**			

II. DATOS DEL AFILIADO

Documento	CC 52496367		Residente		Exonerado	N	**Apellidos y Nombres**	**Código Ciudad - Departamento**	**Centro de Trabajo**	**Ubicación Laboral**
Tipo Cotizante	59	00					FONSECA CORREDOR DIANA PATRICIA	11001000 - 11		BOGOTA D.C.

III. APORTE 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	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	Días AFP	Días EPS	Días ARP	Días CCF				**Código AFP**	**Código Tras. AFP**	**Tarifa AFP**	**IBC**	**Total Aporte AFP**	**Total Aporte FSP**	**Total Aporte FSPS**	**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**	**Aporte SENA**	**Tarifa ICBF**	**Aporte ICBF**
														0		30	30	30	0			$ 1.423.500	231001		16 %	$ 1.423.500	$ 227.800	$ 0	$ 0	EPS005		12,5 %	$ 1.423.500	$ 178.000	$ 0	14-11	1	0,522 %	$ 1.423.500	$ 7.500	NIN-CC	0 %	$ 0	$ 0	0 %	$ 0	0 %	$ 0

IV.TOTALES

Total Aportes Pensión	Total Aportes FSP	Total Aportes FSPS	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	EPS SANITAS	ARL SURA	NINGUNA CCF	SENA	ICBF	ESAP	MEN	
$ 227.800	$ 0	$ 0	$ 178.000	$ 7.500	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 413.300

Líneas de Servicio FonoSIMPLE: Bogotá 601 4446634 - Cali: 602 5540577 - Medellín: 604 5146669 - Bucaramanga: 607 6438000 - Cartagena: 605 6945444 - Pereira: 606 3402582 - Barranquilla: 605 3618850 - Resto del País: 018000 971 971 - ¡Más que Fácil, SIMPLE!

¡El Poder de lo SIMPLE!

ARL

Medellin, 26 de agosto de 2025

LA DIRECCIÓN DE AFILIACIONES Y RECAUDOS HACE CONSTAR:

Que **DIANA PATRICIA FONSECA CORREDOR** con documento de identidad **C52496367**, 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
2025-08-21	2025-12-31	INDEPENDIENTE CON CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS SUPERIOR A UN MES	PRINCIPAL DC	0000000001	1	0.522	EN COBERTURA



VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA