



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

<b>DESPACHO – SUBDIRECCIÓN – DIRECCIÓN U OFICINA:</b> <b>SUBDIRECCION DE GARANTIA DEL ASEGURAMIENTO – DIRECCION DE ASEGURAMIENTO Y GARANTIA DEL DERECHO A LA SALUD</b>	<b>CONTRATO No.</b> <b>7785199</b>	<b>PERIODO DEL CONTRATO:</b>
		Fecha de Inicio: Fecha de Inicio: 23/04/2025 Fecha de Terminación: 26/12/2025
<b>ENTIDAD CONTRATANTE:</b> <b>Fondo Financiero Distrital de Salud</b>		<b>PLAZO DE EJECUCIÓN:</b> <i>Doscientos cuarenta y cuatro días (244)</i>
<b>CONTRATISTA:</b> <b>DEYANIRA MALAGON SANCHEZ</b>		<b>PRÓRROGA: N/A</b>
<b>SUPERVISOR (Nombre y cargo):</b>  <i>Juan Carlos Ordoñez Garzón Subdirección de Garantía del aseguramiento – Profesional Especializado Código 222 Grado 27</i>		Fecha de Inicio (Prórroga): <b>N/A</b> Fecha de Terminación (Prórroga): <b>N/A</b>
		<b>SUSPENSIÓN: N/A</b>
		Fecha de Inicio (Suspensión): <b>N/A</b> Nueva Fecha de Terminación (Suspensión): <b>N/A</b>
		<b>PERIODO DEL INFORME:</b> <b>01/12/2025 – 26/12/2025</b>
<b>OBJETO DEL CONTRATO:</b> Prestar servicios técnicos en la Dirección de Aseguramiento y Garantía del Derecho a la Salud - Subdirección de Garantía del Aseguramiento, para apoyar la verificación de requisitos técnicos y financieros de la facturación de prestadores y lo relacionado con la auditoría de cuentas medicas de los servicios de salud prestados a la población no asegurada		

<b>BALANCE FINANCIERO DEL CONTRATO</b>	
<b>VALOR INICIAL DEL CONTRATO:</b>	\$ 29.404.359
<b>VALOR ADICIÓN (SI APLICA):</b>	\$ 0,00
<b>VALOR INDEXACIÓN (SI APLICA):</b>	\$ 0,00
<b>VALOR CEDIDO</b>	\$ 0,00
<b>VALOR A LIBERAR</b>	\$ 0,00
<b>VALOR PAGADO AL CONTRATISTA O CESIONARIO</b>	\$29.404.359
<b>VALOR A PAGAR EN EL PRESENTE PERIODO DEL INFORME:</b>	\$ 3.133.251
<b>SALDO POR EJECUTAR:</b>	\$0

<b>ACTIVIDADES ESPECIFICAS, OBLIGACIONES DEL CONTRATISTA DESARROLLADAS DE ACUERDO CON EL OBJETO CONTRACTUAL</b>		
<b>OBLIGACIONES</b> (Las estipuladas)	<b>AVANCE ACTIVIDADES</b> (Desarrolladas en el periodo objeto del informe - referente a la obligación)	<b>EVIDENCIAS O SOPORTE</b> (Con respecto a la actividad desarrollada y donde reposan)



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

en la minuta del contrato)																																																																													
1. Efectuar el proceso de revisión técnico-administrativa y formular las glosas sobre las facturas presentadas al Fondo Financiero Distrital de Salud por las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud IPS por servicios prestados a la población a cargo de la Entidad Territorial, en la cantidad, metodología y oportunidad de acuerdo con la normatividad vigente.	<p>Por parte de la Contratista se registró en la Matriz de Excel que se trabaja en el área de cuentas medicas área de radicación Radicados (855), Verificaciones (1002), Devoluciones (22) en el periodo comprendido del 01/12/2025 al 26/12/2025.</p> <table border="1" data-bbox="391 683 1125 1153"> <thead> <tr> <th colspan="3">RADICADO</th> </tr> <tr> <th>NOMBRE IPS</th> <th>VALOR RADICADO</th> <th>TOTAL RADICADOS</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>CLINICA OCCIDENTE SA</td> <td>\$ 8.811.732</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>ESE SAMARITANA</td> <td>\$ 142.463.040</td> <td>10</td> </tr> <tr> <td>HOSPITAL DE SAN JOSE</td> <td>\$ 3.282.451</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>CENTRO ORIENTE E.S.E.</td> <td>\$ 801.157.590</td> <td>366</td> </tr> <tr> <td>NORTE E.S.E.</td> <td>\$ 519.174.592</td> <td>195</td> </tr> <tr> <td>SUR E.S.E.</td> <td>\$ 586.209.111</td> <td>154</td> </tr> <tr> <td>SUR OCCIDENTE E.S.E.</td> <td>\$ 294.192.990</td> <td>128</td> </tr> <tr> <td>Total general</td> <td>\$ 2.355.291.506</td> <td>855</td> </tr> </tbody> </table> <table border="1" data-bbox="391 1187 1157 1646"> <thead> <tr> <th colspan="3">VERIFICADO</th> </tr> <tr> <th>NOMBRE IPS</th> <th>VALOR VERIFICADO</th> <th>VERIFICACIONES</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>CENTRO ORIENTE E.S.E.</td> <td>\$ 900.983.175</td> <td>496</td> </tr> <tr> <td>NORTE E.S.E.</td> <td>\$ 514.751.044</td> <td>208</td> </tr> <tr> <td>ESE SAMARITANA</td> <td>\$ 142.463.040</td> <td>10</td> </tr> <tr> <td>HOSPITAL DE SAN JOSE</td> <td>\$ 3.282.451</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>SUR E.S.E.</td> <td>\$ 534.612.644</td> <td>84</td> </tr> <tr> <td>SUR OCCIDENTE E.S.E.</td> <td>\$ 497.026.135</td> <td>472</td> </tr> <tr> <td>Total general</td> <td>\$ 2.593.118.489</td> <td>1002</td> </tr> </tbody> </table> <table border="1" data-bbox="391 1691 1157 2004"> <thead> <tr> <th colspan="3">DEVOLUCIONES</th> </tr> <tr> <th>NOMBRE IPS</th> <th>V.DEVOLUCIONES</th> <th>DEVOLUCIONES</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>CENTRO ORIENTE E.S.E.</td> <td>\$ 275.792.598</td> <td>101</td> </tr> <tr> <td>SUR E.S.E.</td> <td>\$ 3.206.658</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>OCCIDENTE E.S.E.</td> <td>\$ 466.580</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>Total general</td> <td>\$ 279.465.836</td> <td>22</td> </tr> </tbody> </table>	RADICADO			NOMBRE IPS	VALOR RADICADO	TOTAL RADICADOS	CLINICA OCCIDENTE SA	\$ 8.811.732	1	ESE SAMARITANA	\$ 142.463.040	10	HOSPITAL DE SAN JOSE	\$ 3.282.451	1	CENTRO ORIENTE E.S.E.	\$ 801.157.590	366	NORTE E.S.E.	\$ 519.174.592	195	SUR E.S.E.	\$ 586.209.111	154	SUR OCCIDENTE E.S.E.	\$ 294.192.990	128	Total general	\$ 2.355.291.506	855	VERIFICADO			NOMBRE IPS	VALOR VERIFICADO	VERIFICACIONES	CENTRO ORIENTE E.S.E.	\$ 900.983.175	496	NORTE E.S.E.	\$ 514.751.044	208	ESE SAMARITANA	\$ 142.463.040	10	HOSPITAL DE SAN JOSE	\$ 3.282.451	1	SUR E.S.E.	\$ 534.612.644	84	SUR OCCIDENTE E.S.E.	\$ 497.026.135	472	Total general	\$ 2.593.118.489	1002	DEVOLUCIONES			NOMBRE IPS	V.DEVOLUCIONES	DEVOLUCIONES	CENTRO ORIENTE E.S.E.	\$ 275.792.598	101	SUR E.S.E.	\$ 3.206.658	1	OCCIDENTE E.S.E.	\$ 466.580	1	Total general	\$ 279.465.836	22	<p><b>ANEXO 01</b> Se anexa Excel nombrado Evidencias Radicacion-Verificacion. Devolucion- Facturas cuentas medicas 26122025. Se cargan las evidencias en el aplicativo SECOPII</p>
RADICADO																																																																													
NOMBRE IPS	VALOR RADICADO	TOTAL RADICADOS																																																																											
CLINICA OCCIDENTE SA	\$ 8.811.732	1																																																																											
ESE SAMARITANA	\$ 142.463.040	10																																																																											
HOSPITAL DE SAN JOSE	\$ 3.282.451	1																																																																											
CENTRO ORIENTE E.S.E.	\$ 801.157.590	366																																																																											
NORTE E.S.E.	\$ 519.174.592	195																																																																											
SUR E.S.E.	\$ 586.209.111	154																																																																											
SUR OCCIDENTE E.S.E.	\$ 294.192.990	128																																																																											
Total general	\$ 2.355.291.506	855																																																																											
VERIFICADO																																																																													
NOMBRE IPS	VALOR VERIFICADO	VERIFICACIONES																																																																											
CENTRO ORIENTE E.S.E.	\$ 900.983.175	496																																																																											
NORTE E.S.E.	\$ 514.751.044	208																																																																											
ESE SAMARITANA	\$ 142.463.040	10																																																																											
HOSPITAL DE SAN JOSE	\$ 3.282.451	1																																																																											
SUR E.S.E.	\$ 534.612.644	84																																																																											
SUR OCCIDENTE E.S.E.	\$ 497.026.135	472																																																																											
Total general	\$ 2.593.118.489	1002																																																																											
DEVOLUCIONES																																																																													
NOMBRE IPS	V.DEVOLUCIONES	DEVOLUCIONES																																																																											
CENTRO ORIENTE E.S.E.	\$ 275.792.598	101																																																																											
SUR E.S.E.	\$ 3.206.658	1																																																																											
OCCIDENTE E.S.E.	\$ 466.580	1																																																																											
Total general	\$ 279.465.836	22																																																																											



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

	Se realiza el respectivo análisis según normatividad vigente Resolución 2284 de 2023, Resolución 3047 de 2008 anexo 5.																															
2. Apoyar en la revisión técnico-administrativa en la sede administrativa de la IPS, cuando se requiera o lo determine el Supervisor del contrato.	<p>Se realizaron 22 oficios en el sistema de información AGILSALUD con el objetivo de informar a cada Subred el motivo de la devolución y realizar la gestión correspondiente para subsanar dicha devolución.</p> <table border="1" data-bbox="387 750 1158 1055"> <thead> <tr> <th colspan="3">DEVOLUCIONES</th> </tr> <tr> <th>NOMBRE IPS</th> <th>V.DEVOLUCIONES</th> <th>DEVOLUCIONES</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>CENTRO ORIENTE E.S.E.</td> <td>\$ 275.792.598</td> <td>101</td> </tr> <tr> <td>SUR E.S.E.</td> <td>\$ 3.206.658</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>OCCIDENTE E.S.E.</td> <td>\$ 466..580</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>Total general</td> <td>\$ 279.465.836</td> <td>22</td> </tr> </tbody> </table>	DEVOLUCIONES			NOMBRE IPS	V.DEVOLUCIONES	DEVOLUCIONES	CENTRO ORIENTE E.S.E.	\$ 275.792.598	101	SUR E.S.E.	\$ 3.206.658	1	OCCIDENTE E.S.E.	\$ 466..580	1	Total general	\$ 279.465.836	22	<p><b>ANEXO 02</b> Se anexa Excel nombrado Evidencias Devolucion Facturas cuentas medicas 26122025.Se cargan las evidencias en el aplicativo SECOPII</p>												
DEVOLUCIONES																																
NOMBRE IPS	V.DEVOLUCIONES	DEVOLUCIONES																														
CENTRO ORIENTE E.S.E.	\$ 275.792.598	101																														
SUR E.S.E.	\$ 3.206.658	1																														
OCCIDENTE E.S.E.	\$ 466..580	1																														
Total general	\$ 279.465.836	22																														
3 realizar la verificación de las explicaciones y/o documentos aportados por las entidades a las glosas parciales formuladas por la secretaria Distrital de Salud, participar en la conciliación de cuentas y en la	<p>Durante el periodo del 01 al 26 de diciembre 2025 se identificaron un total de 22 <b>devoluciones</b> distribuidas entre las Subredes Integradas de Servicios de Salud, agrupadas por los siguientes conceptos:</p> <table border="1" data-bbox="387 1473 1137 2089"> <thead> <tr> <th>NOMBRE IPS</th> <th>VALOR DEVOLUCION</th> <th>DEVOLUCIONES REALIZADAS</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td><b>SUBRED CENTRO ORIENTE E.S.E.</b></td> <td><b>\$ 275.792.598</b></td> <td><b>20</b></td> </tr> <tr> <td>CONCEPTO CONTRACTUAL</td> <td>\$ 59.515.961</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>MAS DE 22 DIAS - DE5601</td> <td>\$ 215.787.593</td> <td>13</td> </tr> <tr> <td>OTRO RESPONSABLE DE PAGO - DE1601</td> <td>\$ 489.044</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td><b>SUBRED SUR E.S.E.</b></td> <td><b>3.206.658</b></td> <td><b>1</b></td> </tr> <tr> <td>MAS DE 22 DIAS - DE5601</td> <td>\$ 3.206.658</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td><b>SUBRED SUR OCCIDENTE E.S.E.</b></td> <td><b>\$ 466.580</b></td> <td><b>1</b></td> </tr> <tr> <td>OTRO RESPONSABLE DE PAGO - DE1601</td> <td>\$ 466.580</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>Total general</td> <td><b>279.465.836</b></td> <td><b>22</b></td> </tr> </tbody> </table>	NOMBRE IPS	VALOR DEVOLUCION	DEVOLUCIONES REALIZADAS	<b>SUBRED CENTRO ORIENTE E.S.E.</b>	<b>\$ 275.792.598</b>	<b>20</b>	CONCEPTO CONTRACTUAL	\$ 59.515.961	5	MAS DE 22 DIAS - DE5601	\$ 215.787.593	13	OTRO RESPONSABLE DE PAGO - DE1601	\$ 489.044	2	<b>SUBRED SUR E.S.E.</b>	<b>3.206.658</b>	<b>1</b>	MAS DE 22 DIAS - DE5601	\$ 3.206.658	1	<b>SUBRED SUR OCCIDENTE E.S.E.</b>	<b>\$ 466.580</b>	<b>1</b>	OTRO RESPONSABLE DE PAGO - DE1601	\$ 466.580	1	Total general	<b>279.465.836</b>	<b>22</b>	<p><b>ANEXO 03</b> Se anexa Excel nombrado Evidencias Devolución Facturas cuentas medicas26/12/2025.S e cargan las evidencias en el aplicativo SECOPII</p>
NOMBRE IPS	VALOR DEVOLUCION	DEVOLUCIONES REALIZADAS																														
<b>SUBRED CENTRO ORIENTE E.S.E.</b>	<b>\$ 275.792.598</b>	<b>20</b>																														
CONCEPTO CONTRACTUAL	\$ 59.515.961	5																														
MAS DE 22 DIAS - DE5601	\$ 215.787.593	13																														
OTRO RESPONSABLE DE PAGO - DE1601	\$ 489.044	2																														
<b>SUBRED SUR E.S.E.</b>	<b>3.206.658</b>	<b>1</b>																														
MAS DE 22 DIAS - DE5601	\$ 3.206.658	1																														
<b>SUBRED SUR OCCIDENTE E.S.E.</b>	<b>\$ 466.580</b>	<b>1</b>																														
OTRO RESPONSABLE DE PAGO - DE1601	\$ 466.580	1																														
Total general	<b>279.465.836</b>	<b>22</b>																														



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

<p>elaboración de los documentos que soporten la conciliación con la entidad que prestó los servicios de salud.</p>																																																		
<p>4. Presentar con el informe de actividades en cuadro anexo el valor de las facturas auditadas y conciliadas, de servicios de salud prestados a la población con cargo al Fondo Financiero Distrital de Salud-FFDS, por parte de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud-IPS.</p>	<p>Se elaboraron (15) quince informes hasta el 23 de Diciembre de 2025, se registraron un total de 2004 radicados, por valor de \$6.136.805.953, de acuerdo con la radicación diaria presentada por las diferentes Ips-Subredes, realizando la verificación detallada de los siguientes aspectos:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Valores</b> asociados a cada caso</li> <li>• <b>Fecha de ingreso</b> del paciente/usuario</li> <li>• <b>Fecha de egreso</b> del paciente/usuario</li> <li>• <b>Tipo de servicio</b> brindado</li> </ul> <p>Esta revisión se lleva a cabo con el objetivo de garantizar la correcta radicación de la información y la trazabilidad de los datos, permitiendo así un adecuado seguimiento administrativo y operativo.</p> <table border="1" data-bbox="391 1339 1114 2047"> <thead> <tr> <th colspan="3">RADICACION CON CORTE AL 26 DE DICIEMBRE 2025</th> </tr> <tr> <th>NOMBRE IPS</th> <th>TOTAL RADICADO</th> <th>TOTAL FACTURAS</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>ADMINISTRADORA COUNTRY SA</td> <td>\$ 17.211.177</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>CLINICA DEL OCCIDENTE SA</td> <td>\$ 8.811.732</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>CLINICA LOS NOGALES SAS</td> <td>-</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>CLINICA MEDICAL SAS</td> <td>\$ 10.963.844</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>CLINICA PALERMO</td> <td>\$ 2.820.199</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>CRUZ ROJA SECCIONAL</td> <td>\$ 1.934.047</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>ESE CARMEN EMILIA OSPINA</td> <td>81.400</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>ESE HOSPITAL SAMARITANA</td> <td>\$ 482.993.064</td> <td>20</td> </tr> <tr> <td>FUNDACION MISERICORDIA HOMI</td> <td>\$ 4.691.167</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>FUNDACION DE SAN JOSE</td> <td>\$ 23.179.753</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>FUNDACION FUNSABIAM</td> <td>\$ 632.588.632</td> <td>97</td> </tr> <tr> <td>HOSPITAL SAN RAFAEL</td> <td>\$ 2.190.946</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>HOSPITAL SAN IGNACIO</td> <td>\$ 2.918.443</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>SOCIEDAD SAN JOSE</td> <td>\$ 3.282.451</td> <td>1</td> </tr> </tbody> </table>	RADICACION CON CORTE AL 26 DE DICIEMBRE 2025			NOMBRE IPS	TOTAL RADICADO	TOTAL FACTURAS	ADMINISTRADORA COUNTRY SA	\$ 17.211.177	3	CLINICA DEL OCCIDENTE SA	\$ 8.811.732	1	CLINICA LOS NOGALES SAS	-	2	CLINICA MEDICAL SAS	\$ 10.963.844	1	CLINICA PALERMO	\$ 2.820.199	1	CRUZ ROJA SECCIONAL	\$ 1.934.047	3	ESE CARMEN EMILIA OSPINA	81.400	1	ESE HOSPITAL SAMARITANA	\$ 482.993.064	20	FUNDACION MISERICORDIA HOMI	\$ 4.691.167	2	FUNDACION DE SAN JOSE	\$ 23.179.753	3	FUNDACION FUNSABIAM	\$ 632.588.632	97	HOSPITAL SAN RAFAEL	\$ 2.190.946	1	HOSPITAL SAN IGNACIO	\$ 2.918.443	2	SOCIEDAD SAN JOSE	\$ 3.282.451	1	<p><b>ANEXO 04</b> Se adjuntan soportes de los correos enviados al coordinador del área y el archivo nombrado Informe de Radicacion Facturas Cuentas Medicas del 01 al 26 de Diciembre de 2025. Se cargan las evidencias en el aplicativo SECOPII.</p>
RADICACION CON CORTE AL 26 DE DICIEMBRE 2025																																																		
NOMBRE IPS	TOTAL RADICADO	TOTAL FACTURAS																																																
ADMINISTRADORA COUNTRY SA	\$ 17.211.177	3																																																
CLINICA DEL OCCIDENTE SA	\$ 8.811.732	1																																																
CLINICA LOS NOGALES SAS	-	2																																																
CLINICA MEDICAL SAS	\$ 10.963.844	1																																																
CLINICA PALERMO	\$ 2.820.199	1																																																
CRUZ ROJA SECCIONAL	\$ 1.934.047	3																																																
ESE CARMEN EMILIA OSPINA	81.400	1																																																
ESE HOSPITAL SAMARITANA	\$ 482.993.064	20																																																
FUNDACION MISERICORDIA HOMI	\$ 4.691.167	2																																																
FUNDACION DE SAN JOSE	\$ 23.179.753	3																																																
FUNDACION FUNSABIAM	\$ 632.588.632	97																																																
HOSPITAL SAN RAFAEL	\$ 2.190.946	1																																																
HOSPITAL SAN IGNACIO	\$ 2.918.443	2																																																
SOCIEDAD SAN JOSE	\$ 3.282.451	1																																																



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

	<p>SUBRED CENTRO ORIENTE E.S.E. \$ 2.356.304.927 809</p> <p>SUBRED NORTE E.S.E. \$ 1.198.345.496 363</p> <p>SUBRED SUR E.S.E. \$ 716.152.625 225</p> <p>SUBRED SUR OCCIDENTE E.S.E. \$ 672.336.050 469</p> <hr/> <p><b>Total general \$ 6.136.805.953 2004</b></p>																																																													
<p>5. Realizar el diligenciamiento del formato de reconocimiento y pago de la facturación según resultados de auditoría y conciliación, con las facturas y los soportes ordenados de acuerdo a la relación registrada en el formato.</p>	<p>Se elaboraron (15) quince informes hasta el 23 de diciembre de 2025, se registraron un total de 2004 radicados, por valor de \$6.136.805.953, de acuerdo con la radicación diaria presentada por las diferentes Ips-Subredes, realizando la verificación detallada de los siguientes aspectos:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Valores</b> asociados a cada caso</li> <li>• <b>Fecha de ingreso</b> del paciente/usuario</li> <li>• <b>Fecha de egreso</b> del paciente/usuario</li> <li>• <b>Tipo de servicio</b> brindado</li> </ul> <p>Esta revisión se lleva a cabo con el objetivo de garantizar la correcta radicación de la información y la trazabilidad de los datos, permitiendo así un adecuado seguimiento administrativo y operativo.</p> <p style="text-align: center;">RADICACION CON CORTE AL 26 DE DICIEMBRE 2025</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>NOMBRE IPS</th> <th>TOTAL RADICADO</th> <th>TOTAL FACTURAS</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>ADMINISTRADORA COUNTRY SA</td> <td>\$ 17.211.177</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>CLINICA DEL OCCIDENTE SA</td> <td>\$ 8.811.732</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>CLINICA LOS NOGALES SAS</td> <td>-</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>CLINICA MEDICAL SAS</td> <td>\$ 10.963.844</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>CLINICA PALERMO</td> <td>\$ 2.820.199</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>CRUZ ROJA SECCIONAL</td> <td>\$ 1.934.047</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>ESE CARMEN EMILIA OSPINA</td> <td>81.400</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>ESE HOSPITAL SAMARITANA</td> <td>\$ 482.993.064</td> <td>20</td> </tr> <tr> <td>FUNDACION MISERICORDIA HOMI</td> <td>\$ 4.691.167</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>FUNDACION DE SAN JOSE</td> <td>\$ 23.179.753</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>FUNDACION FUNSABIAM</td> <td>\$ 632.588.632</td> <td>97</td> </tr> <tr> <td>HOSPITAL SAN RAFAEL</td> <td>\$ 2.190.946</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>HOSPITAL SAN IGNACIO</td> <td>\$ 2.918.443</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>SOCIEDAD SAN JOSE</td> <td>\$ 3.282.451</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>SUBRED CENTRO ORIENTE E.S.E.</td> <td>\$ 2.356.304.927</td> <td>809</td> </tr> <tr> <td>SUBRED NORTE E.S.E.</td> <td>\$ 1.198.345.496</td> <td>363</td> </tr> <tr> <td>SUBRED SUR E.S.E.</td> <td>\$ 716.152.625</td> <td>225</td> </tr> <tr> <td>SUBRED SUR OCCIDENTE E.S.E.</td> <td>\$ 672.336.050</td> <td>469</td> </tr> <tr> <td><b>Total general</b></td> <td><b>\$ 6.136.805.953</b></td> <td><b>2004</b></td> </tr> </tbody> </table>	NOMBRE IPS	TOTAL RADICADO	TOTAL FACTURAS	ADMINISTRADORA COUNTRY SA	\$ 17.211.177	3	CLINICA DEL OCCIDENTE SA	\$ 8.811.732	1	CLINICA LOS NOGALES SAS	-	2	CLINICA MEDICAL SAS	\$ 10.963.844	1	CLINICA PALERMO	\$ 2.820.199	1	CRUZ ROJA SECCIONAL	\$ 1.934.047	3	ESE CARMEN EMILIA OSPINA	81.400	1	ESE HOSPITAL SAMARITANA	\$ 482.993.064	20	FUNDACION MISERICORDIA HOMI	\$ 4.691.167	2	FUNDACION DE SAN JOSE	\$ 23.179.753	3	FUNDACION FUNSABIAM	\$ 632.588.632	97	HOSPITAL SAN RAFAEL	\$ 2.190.946	1	HOSPITAL SAN IGNACIO	\$ 2.918.443	2	SOCIEDAD SAN JOSE	\$ 3.282.451	1	SUBRED CENTRO ORIENTE E.S.E.	\$ 2.356.304.927	809	SUBRED NORTE E.S.E.	\$ 1.198.345.496	363	SUBRED SUR E.S.E.	\$ 716.152.625	225	SUBRED SUR OCCIDENTE E.S.E.	\$ 672.336.050	469	<b>Total general</b>	<b>\$ 6.136.805.953</b>	<b>2004</b>	<p><b>ANEXO 05</b></p> <p>Se adjuntan soportes de los correos enviados al coordinador del área y el archivo nombrado Informe de Radicacion Facturas Cuentas Medicas del 01 al 26 de Diciembre de 2025. Se cargan las evidencias en el aplicativo SECOPII.</p>
NOMBRE IPS	TOTAL RADICADO	TOTAL FACTURAS																																																												
ADMINISTRADORA COUNTRY SA	\$ 17.211.177	3																																																												
CLINICA DEL OCCIDENTE SA	\$ 8.811.732	1																																																												
CLINICA LOS NOGALES SAS	-	2																																																												
CLINICA MEDICAL SAS	\$ 10.963.844	1																																																												
CLINICA PALERMO	\$ 2.820.199	1																																																												
CRUZ ROJA SECCIONAL	\$ 1.934.047	3																																																												
ESE CARMEN EMILIA OSPINA	81.400	1																																																												
ESE HOSPITAL SAMARITANA	\$ 482.993.064	20																																																												
FUNDACION MISERICORDIA HOMI	\$ 4.691.167	2																																																												
FUNDACION DE SAN JOSE	\$ 23.179.753	3																																																												
FUNDACION FUNSABIAM	\$ 632.588.632	97																																																												
HOSPITAL SAN RAFAEL	\$ 2.190.946	1																																																												
HOSPITAL SAN IGNACIO	\$ 2.918.443	2																																																												
SOCIEDAD SAN JOSE	\$ 3.282.451	1																																																												
SUBRED CENTRO ORIENTE E.S.E.	\$ 2.356.304.927	809																																																												
SUBRED NORTE E.S.E.	\$ 1.198.345.496	363																																																												
SUBRED SUR E.S.E.	\$ 716.152.625	225																																																												
SUBRED SUR OCCIDENTE E.S.E.	\$ 672.336.050	469																																																												
<b>Total general</b>	<b>\$ 6.136.805.953</b>	<b>2004</b>																																																												



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

<p>6. 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.</p>	<p>1. Se adjunta cuadro correspondiente a las actividades adicionales realizadas del 01 al 26 de diciembre 2025.</p> <p>2. Se asistió a reunión el día 15 de diciembre de 2025 para realizar seguimiento al proceso de radicación y auditoria en las Subredes e Ips.</p>	<p><b>Anexo 6</b></p> <p>Se adjunta soporte mensual de actividades realizadas desde el 01 de diciembre hasta el 26 de diciembre 2025. Se carga soporte de Acta correspondiente a seguimiento al proceso de radicación y auditoria en las Subredes e IPS. Se cargan las evidencias en el aplicativo SECOPII.</p>
---	--	---

**ESTADO TEMAS PENDIENTES DE TRÁMITE**

**En el desarrollo de las obligaciones pactadas no quedan actividades pendientes por ejecutar.**

**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:	FAMISANAR	Empresa:	COLPENSIONES	Empresa:	Positiva
				Nivel Riesgo:	1
Suma cancelada:	\$181.400	Suma cancelada:	\$232.200	Suma cancelada:	\$ 7.700
No Planilla:	7995383955	No Planilla:	7995383955	No Planilla:	7995383955
Mes(es) cancelado(s):	Noviembre 2025	Mes(es) cancelado(s):	Noviembre 2025	Mes(es) cancelado(s):	Noviembre 2025
Suma cancelada:	\$180.800	Suma cancelada:	\$231.400	Suma cancelada:	7.600
No Planilla:	7999176131	No Planilla:	7999176131	No Planilla:	7999176131



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

Mes(es) cancelado(s):	Diciembre 2025	Mes(es) cancelado(s):	Diciembre 2025	Mes(es) cancelado(s):	Diciembre 2025
<b>EN CASO DE INFORME FINAL DE EJECUCIÓN</b>					
Relación de usuario y clave de acceso al equipo de cómputo:	Felicidad1976\$	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:	Felicidad1976\$	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):	Felicidad1976\$

<b>FIRMA DEL CONTRATISTA</b>	
<b>CONTRATISTA</b>	<b>NOMBRES Y APELLIDOS: DEYANIRA MALAGON SANCHEZ</b>
	<b>FIRMA:</b> 
	<b>No. DOCUMENTO DE IDENTIDAD: 52.335.636</b>

<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 100% de ejecución del contrato.</p> <p>Certifico que el contratista realizó la entrega de actividades y bienes a cargo incluyéndola devolución del carné que lo identifica como contratista.</p>	<p><b>OTRAS OBSERVACIONES:</b> <b>El supervisor del presente contrato certifica:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Que ha verificado la existencia de cada uno de los soportes que se mencionan por parte del contratista como evidencia de la ejecución de las respectivas obligaciones contractuales.</li> <li>2. Que de estas evidencias se cuenta con el soporte físico y digital.</li> <li>3. Que la información obtenida de las EAPB en ejecución de la función de inspección, vigilancia y seguimiento se considera sensible por consiguiente no puede ser expuesta.</li> </ol> <p>A partir del 4 de noviembre 2025 se presenta novedad de cambio de Supervisor de contrato del profesional especializado</p>



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

código 222 grado 27 Martha Judith Fonseca Suárez, al profesional especializado código 222 grado 27 Juan Carlos Ordoñez Garzón, por medio de memorando 2025 IE-46457 del 20/11/2025.

**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 materializó el riesgo? (Marque con una X)		Observaciones (Describe la(s) causa(s) por las cuales se materializó el riesgo)
		SI	NO	
8	Cambio de régimen NO responsables 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	----
10	Demoras por parte de la entidad contratante (Supervisor) en la aprobación de los productos y/o informes presentados por el contratista		X	----

**SUPERVISOR**

**NOMBRE Y APELLIDO: JUAN CARLOS ORDOÑEZ GARZON**

**FIRMA:**

Firmado digitalmente por  
JUAN CARLOS  
ORDÓÑEZ GARZÓN

**REVISÓ**

**NOMBRE Y APELLIDO: N/A**

**FIRMA:**

**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.

**DATOS GENERALES DEL APORTANTE**

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CÉDULA DE CIUDADANÍA NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	52335636
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:	DEYANIRA MALAGON SANCHEZ	
CIUDAD/MUNICIPIO:	BOGOTA DISTRITO CAPITAL DEPARTAMENTO:	BOGOTA - DISTRITO CAPITAL
DIRECCIÓN:	CL 1 B 51 A 52 TELÉFONO:	3172610
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA ACTIVIDAD ECONOMICA:	Actividades reguladoras y
FORMA DE PRESENTACIÓN:	SUCURSAL SUCURSAL / DEPENDENCIA:	02 - FONDOS FINANCIEROS
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):		NO

**DATOS GENERALES DE LA PLANILLA**

NÚMERO PLANILLA:	<b>7999176131</b>	TIPO DE PLANILLA:	I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN	MES: diciembre	PERIODO COTIZACIÓN	MES: diciembre
OTROS SUBSISTEMAS:	AÑO: 2025	SALUD:	AÑO: 2025
DÍAS DE MORA:	0		
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):	2025/12/23	NÚMERO AUTORIZACIÓN:	2030471078

**NOVEDADES**

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

**LIQUIDACIÓN GENERAL**

			TOTALES	
			COTIZANTES	TOTAL PAGADO

**PENSIÓN**

ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
9003360047	25-14	25-14 COLPENSIONES	1	\$ 231.400
<b>SUBTOTAL:</b>			<b>1</b>	<b>\$ 231.400</b>

**SALUD**

ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
8300035647	EPS017	EPS017-FAMISANAR	1	\$ 180.800
<b>SUBTOTAL:</b>			<b>1</b>	<b>\$ 180.800</b>

**CAJA DE COMPENSACIÓN**

ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
8600669427	CCF24	CCF24-COMPENSAR	1	\$ 8.700
<b>SUBTOTAL:</b>			<b>1</b>	<b>\$ 8.700</b>

**RIESGOS PROFESIONALES**

ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
8600111536	14-23	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	1	\$ 7.600
<b>SUBTOTAL:</b>			<b>1</b>	<b>\$ 7.600</b>

<b>VALOR SIN MORA:</b>	<b>\$ 428.500</b>
<b>VALOR MORA:</b>	<b>\$ 0</b>
<b>TOTAL PAGADO:</b>	<b>\$ 428.500</b>

**DATOS GENERALES DEL APORTANTE**

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CÉDULA DE CIUDADANÍA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	52335636
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:	DEYANIRA MALAGON SANCHEZ		
CIUDAD/MUNICIPIO:	BOGOTA DISTRITO CAPITAL	DEPARTAMENTO:	BOGOTA - DISTRITO CAPITAL
DIRECCIÓN:	CL 1 B 51 A 52	TELÉFONO:	3172610
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Actividades reguladoras y
FORMA DE PRESENTACIÓN:	SUCURSAL	SUCURSAL / DEPENDENCIA:	02 - FONDOS FINANCIEROS
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):	NO		

**DATOS GENERALES DE LA PLANILLA**

NÚMERO PLANILLA:	<b>7995383955</b>	TIPO DE PLANILLA:	I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN	MES: noviembre	PERIODO COTIZACIÓN	MES: noviembre
OTROS SUBSISTEMAS:	AÑO: 2025	SALUD:	AÑO: 2025
DÍAS DE MORA:	5		
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):	2025/12/15	NÚMERO AUTORIZACIÓN:	2004955316

**NOVEDADES**

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

**LIQUIDACIÓN GENERAL**

										TOTALES	
										COTIZANTES	TOTAL PAGADO

**PENSIÓN**

ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
9003360047	25-14	25-14 COLPENSIONES	1	\$ 232.200
<b>SUBTOTAL:</b>			<b>1</b>	<b>\$ 232.200</b>

**SALUD**

ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
8300035647	EPS017	EPS017-FAMISANAR	1	\$ 181.400
<b>SUBTOTAL:</b>			<b>1</b>	<b>\$ 181.400</b>

**CAJA DE COMPENSACIÓN**

ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
8600669427	CCF24	CCF24-COMPENSAR	1	\$ 8.800
<b>SUBTOTAL:</b>			<b>1</b>	<b>\$ 8.800</b>

**RIESGOS PROFESIONALES**

ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
8600111536	14-23	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	1	\$ 7.700
<b>SUBTOTAL:</b>			<b>1</b>	<b>\$ 7.700</b>

<b>VALOR SIN MORA:</b>	<b>\$ 428.500</b>
<b>VALOR MORA:</b>	<b>\$ 1.600</b>
<b>TOTAL PAGADO:</b>	<b>\$ 430.100</b>

Entidad:	FONDO FINANCIERO DISTRITAL DE SALUD				
Código:	201	Unidad Eje:	01	Fecha Diligenciamiento:	04-DEC-25

**1. DATOS DEL BENEFICIARIO**

Nombre:	DEYANIRA MALAGON SANCHEZ	Regimen:	No Responsable
Dirección:	CL 1B 51A 52 BRR LA PONDEROSA	Teléfono y Fax:	
C.C o NIT:	52335636	Banco/Sucursal:	DAVIVIENDA
Cuenta No/Clase:			002100126370/A

**2. DATOS DEL COMPROMISO**

Compromiso a Pagar:	CONTRATACION DIRECTA	No:	7785199	Interventor o responsable del recibo a satisfacción del bien o servicio:	TOTAL
Acta de Recibo No:		Nombre del Interventor:			

**Detalle**

CTO-NO7785199-PLANILLA OGI\_VIGENCIA-NOVIEMBRE 2025-PERIDO DE:01-nov 30-nov-2025

Tipo de Orden de Pago:	VIGENCIA
------------------------	----------

**3. MOVIMIENTO PRESUPUESTAL**

Fuente de financiación:

IMPUTACIÓN PRESUPUESTAL

CDP	Código Rubro	Registro	Nombre	Valor Aplicación (Gasto)
2178	O2-3-01-17-019-06-20240203-228036051	3427	Contratacion de Recurso Humano	\$3.615.290,00
<b>VR BRUTO</b>	<b>TRES MILLONES SEISCIENTOS QUINCE MIL DOSCIENTOS NOVENTA PESOS</b>			<b>\$3.615.290,00</b>

ID Rubro	Fuente	Detalle	Valor	
O2-3-01-17-019-06-20240203-228036051	01	12013	\$3.615.290,00	
Tipo	Com	Objeto	Ingreso	Banco
O23	20202009	91122	01-5-01-01-001	

**4. MOVIMIENTO FINANCIERO Y CONTABLE**

Descripción	% Descuento	Base de Retención	Código Contable	VALORES
Valor Bruto			5-1-11-79-0001	\$3.615.290,00
ESTAMPILLA - EST_PROCULTURA 0,5%	.5	\$3.615.290,00	2-4-36-90-0003	\$18.076,00
RETEICA- SERVICIOS 0,966%	.966	\$3.195.490,00	2-4-36-27-0001	\$30.868,00
ESTAMPILLA ADULTO MAYOR 2%	2	\$3.615.290,00	2-4-36-90-0007	\$72.306,00
<b>TOTAL DESCUENTOS</b>				<b>\$121.250,00</b>
<b>VALOR NETO A GIRAR</b>	<b>TRES MILLONES CUATROCIENTOS NOVENTA Y CUATRO MIL CUARENTA PESOS</b>			<b>\$3.494.040,00</b>
			<b>Código contable</b>	<b>2-4-01-02-0003</b>

**MOVIMIENTO TESORERÍA**

Endosado a:

Observaciones	Acreeedor (Exclusivamente para transferencia de la administración)
	Nombre _____
	Cédula _____ Firma _____

YURY ANGELICA MEDINA OSPINA GESTION DE PAGOS	YOLANDA PATRICIA VALDERRAMA CORTES Responsable del Presupuesto
---	---



# LA GERENCIA DE AFILIACIONES Y NOVEDADES

## CERTIFICA QUE:

El usuario mencionado a continuación registra la siguiente información en el ramo de Riesgos Laborales. La información aquí proporcionada es verídica y se registra conforme a los datos suministrados.

Datos del empleador			
<b>Nombres y apellidos o Razón Social</b>	FONDO FINANCIERO DISTRITAL DE SALUD		
<b>Tipo de documento de identificación</b>	NI	<b>Número de documento de identificación</b>	800246953
Datos del trabajador			
<b>Tipo documento y número de identificación</b>	CC. 52335636	<b>Nombres y apellidos</b>	DEYANIRA MALAGON SANCHEZ
<b>Fecha de afiliación</b>	23/04/2025	<b>Estado de afiliación</b>	Activo
<b>Fecha de inicio cobertura</b>	//	<b>Tipo de vinculación</b>	Independiente
<b>Clase de riesgo</b>	1	<b>Fecha de retiro</b>	Sin retiro

Esta certificación se expide a los 11 días del mes de diciembre del 2025.

Cordialmente,

Gerencia de afiliaciones y novedades

**POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S. A.**

**Positiva Compañía de Seguros S.A.:**

Nit. 860.011.153-6 | Línea Gratuita Nacional: (+57) 01-8000-111-170 - Teléfono: +57 (601) 330 7000

**Defensor del Consumidor Financiero:** Ana María Giraldo (Principal) - Pablo Valencia(Suplente) | defensordelcliente@positiva.gov.co | Carrera 10 #97A - 13, Oficina 502. Bogotá | +57 (601) 610 8164 | Lunes a Viernes 8:00 a. m. – 6:00 p. m. | El Defensor, resolverá las quejas o reclamos, actuará como Conciliador ante Positiva.

Más información: <https://www.positiva.gov.co/web/guest/defensoria-del-consumidor>

Puedes interponer una queja ante Positiva, o el Defensor, o la SFC u otro organismo de autorregulación.

 Positiva Compañía de Seguros  @PositivaCol  PositivaCol  PositivaSeguros

**www.positiva.gov.**

LA ASEGURADORA  
DE TODOS LOS  
COLOMBIANOS



ALCALDÍA MAYOR  
DE BOGOTÁ D.C.  
SECRETARÍA DE SALUD

**ACTA DE COMPROMISO  
PAGO DICIEMBRE**

<b>Código:</b>	SDS-CON-FT-111	<b>Fecha:</b>	23/09/2025	<b>Versión:</b>	1
----------------	----------------	---------------	------------	-----------------	---

**ACTA DE COMPROMISO PAGO DICIEMBRE**

**CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS 7785199-  
2025**

La suscrita Deyanira Malagon Sanchez identificada con cedula de ciudadanía 52335636 de Bogotá, contratista de prestación de servicios profesionales o de apoyo a la gestión en el Fondo Financiero Distrital de Salud y Juan Carlos Ordoñez Garzón, Profesional Especializado código 222 grado 27 de la Subdirección de garantía del Aseguramiento de la Secretaría Distrital de Salud del Contrato 7785199-2025, ante el cierre de la vigencia fiscal 2025 para la prestación de los servicios correspondientes al mes de diciembre de la citada vigencia y pago de estos.

**HACEN CONSTAR QUE:**

La contratista se compromete a prestar sus servicios profesionales o de apoyo a la gestión al Fondo Financiero Distrital de Salud además de cumplir cabalmente sus obligaciones contractuales durante todo el mes de diciembre de 2025, teniendo en cuenta que el pago de honorarios de dicho mes se realizará con anterioridad a la causación, debido al cierre de la vigencia fiscal.

Con la suscripción de esta acta, la contratista autoriza a la entidad para que, se inicien los procesos sancionatorios correspondientes en caso de incumplimiento contractual y se adelanten las gestiones necesarias para solicitar la devolución de los valores acreditados a su cuenta, en el caso de que no cumpla con la prestación de los servicios requeridos, o estos carezcan de soporte hasta el 31 de diciembre de 2025, de acuerdo con el objeto del contrato 7785199-2025, por el valor no ejecutado que haya sido pagado por concepto de honorarios del mes.

De conformidad con el artículo 23 de la ley 1150 de 2007, la Ley 100 de 1993, Ley 789 de 2002, Ley 828 de 2003 y Ley 797 de 2003, así como lo establecido en el Decreto 1703 de 2002 y las demás normas concordantes y complementarias sobre la materia, el supervisor del contrato certifica que la contratista se encuentra al día con los pagos mensuales de Salud, Pensión y ARL correspondiente a los meses de noviembre y diciembre del 2025.

Respecto del informe parcial o final de actividades específicas, obligaciones del contratista y sus correspondientes anexos, la contratista se compromete a presentarlos ante su supervisor a más tardar el día el 31 de diciembre de 2025, para su revisión, aprobación y aval de publicación en el aplicativo SECOP II y posterior remisión del informe y anexos al expediente contractual mediante el gestor documental.

Se suscribe en la ciudad de Bogotá al 01 de diciembre de 2025.



ALCALDÍA MAYOR  
DE BOGOTÁ D.C.  
SECRETARÍA DE SALUD

**ACTA DE COMPROMISO  
PAGO DICIEMBRE**

<b>Código:</b>	SDS-CON-FT-111	<b>Fecha:</b>	23/09/2025	<b>Versión:</b>	1
----------------	----------------	---------------	------------	-----------------	---

Deyanira Malagon S.

Firmado digitalmente por Deyanira Malagon S.  
Fecha: 2025.12.11 10:27:39 -05'00'

**DEYANIRA MALAGON SANCHEZ**  
CC 52.335.636  
Subdirección de garantía del  
Aseguramiento

Firmado  
digitalmente por  
JUAN CARLOS  
ORDÓÑEZ GARZÓN

**JUAN CARLOS ORDÓÑEZ GARZÓN**  
Profesional Especializado código 222 grado 27  
Subdirección de garantía del  
Aseguramiento