DESPACHO – SUBDIRECCIÓN – DIRECCIÓN U OFICINA: Dirección de Análisis de Políticas de las Entidades Públicas Distritales del Sector Salud	**CONTRATO No.** 8622910	**PERIODO DEL CONTRATO:** Fecha de Inicio: 27/11/2025 Fecha de Terminación: 31/07/2026
ENTIDAD CONTRATANTE: Fondo Financiero Distrital de Salud		**PLAZO DE EJECUCIÓN:** 8 meses, 4 días **PRÓRROGA:** No aplica
CONTRATISTA: Diana Carolina Larrañaga Calvache		Fecha de Inicio (Prórroga): No aplica Fecha de Terminación (Prórroga): No aplica **SUSPENSIÓN*:*** No aplica
SUPERVISOR (Nombre y cargo): **MANUEL ALEJANDRO GODOY CUBILLOS** DIRECTOR DE ANALISIS DE ENTIDADES PUBLICAS DISTRITALES DEL SECTOR SALUD-DIRECTOR OPERATIVO – Profesional especializado Grado 009 código 007		Fecha de Inicio (Suspensión): No aplica Nueva Fecha de Terminación (Suspensión): No aplica **PERIODO DEL INFORME:** 01/12/2025 – 31/12/2025
OBJETO DEL CONTRATO: prestar servicios profesionales especializados en la Dirección de Análisis de Entidades Públicas Distritales del Sector Salud para el acompañamiento, gestión y seguimiento de políticas, planes, programas, Rutas de atención integral en salud, priorizadas en las cuatro Subredes Integradas de Servicios de Salud, en armonización al Modelo de Salud		

BALANCE FINANCIERO DEL CONTRATO	
VALOR INICIAL DEL CONTRATO:	$ 63.325.665,00
VALOR ADICIÓN (SI APLICA):	$ 0,00
VALOR INDEXACIÓN (SI APLICA):	$ 0,00
VALOR CEDIDO (SI APLICA)	$ 0,00
VALOR A LIBERAR (SI APLICA)	$0,00
VALOR PAGADO AL CONTRATISTA O CESIONARIO (SI APLICA):	$1.033,888,00
VALOR A PAGAR EN EL PRESENTE PERIODO DEL INFORME:	$7.754,163,00
SALDO POR EJECUTAR:	$54.537.614,00

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 los procesos relacionados al cumplimiento de acciones y metas del Plan Distrital de Desarrollo y Plan Territorial de Salud en el contexto de las RIAS cardiocerebrovascular y metabólica y los eventos priorizados que le sean asignados.	1.1 Se participó en mesa de trabajo de revisión de indicadores asistenciales – cardiocerebrovascular DAEPDSS circular 008 de 2021	1.1.1 Soporte mesa de trabajo de revisión de indicadores asistenciales – cardiocerebrovascular DAEPDSS circular 008 de 2021
2. Participar en la implementación y mantenimiento del Modelo de Atención en Salud y articular sectorial e intersectorialmente las acciones necesarias para su cumplimiento, coordinando con las	2.1 Se participa revisión modelo de eficiencia SISS - DAEPDSS	2.1.1 Soporte revisión modelo de eficiencia SISS - DAEPDSS

diferentes áreas de la Secretaría Distrital de Salud, entidades del sector salud, y demás sectores e instituciones que contribuyan a la consolidación de un enfoque integral y territorial en la atención en salud.		
3. Apoyar en el acompañamiento técnico a la Red Publica Hospitalaria en la implementación y monitoreo de acciones relacionadas con los eventos priorizados en salud, la producción de servicios de salud, los indicadores trazadores y demás directrices y normativas relacionadas.	3.1 Se participa en mesa de trabajo telesalud y oferta de servicios 4 SISS	3.1.1 Soporte mesa de trabajo telesalud y oferta de servicios 4 SISS
4. Participar activamente en las reuniones, comités o espacios de trabajo a los que sea designado(a), aportando insumos técnicos y conceptuales según su área de competencia. Realizar la respectiva retroalimentación a su equipo de trabajo o superior jerárquico, cuando sea requerido, con el fin de garantizar la articulación y cumplimiento de los compromisos institucionales.	4.1 Se desarrolla comité de imagenología 4 SISS compras conjuntas	4.1.1 Soporte desarrollo comité de imagenología 4 SISS compras conjuntas
6. Elaborar informes, proyectar y emitir respuestas a derechos de petición, solicitudes de información y requerimientos formulados por organismos de control, el Concejo Distrital y demás autoridades competentes, en relación con los temas asignados a su dependencia. Así mismo, realizar el seguimiento correspondiente a los radicados generados, garantizando una respuesta oportuna, clara, completa y conforme con la normativa vigente y los lineamientos institucionales.	6.1 Solicitud información análisis de ahorro en compras conjuntas medicamentos en articulación con componente financiero DAEPDSS	6.1.1 Soporte solicitud información análisis de ahorro en compras conjuntas medicamentos en articulación con componente financiero DAEPDSS
7. Realizar acciones necesarias relacionadas con el objeto contractual para contribuir desde la Dirección, al mantenimiento y sostenibilidad del Modelo Integrado de Planeación, Gestión y Medición del Desarrollo Institucional.	7.1 Se desarrolla comité de imagenología 4 SISS compras conjuntas – sistemas de información	7.1.1 Soporte comité de imagenología 4 SISS compras conjuntas – sistemas de información
8. Proyectar para revisión y aprobación de supervisor, Plan de actividades que permita materializar el objeto contractual, así como realizar el cargue de información en el Repositorio de la Dirección, de los productos y avances que se materializan en el marco del mismo.	8.1 Se elabora informe de actividades para el periodo de tiempo con los soportes pertinentes	8.1.1. Soporte informe de actividades para el periodo de tiempo con los soportes pertinentes

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 E.P. S	Empresa:	Porvenir	Empresa:	Positiva
				Nivel Riesgo:	1

Suma cancelada:	$387,900,00	Suma cancelada:	$496,500,00	Suma cancelada:	$16,200,00
No Planilla:	9496345063	No Planilla:	9496345063	No Planilla:	9496345063
Mes(es) cancelado(s):	Noviembre_2025	Mes(es) cancelado(s):	Noviembre_2025	Mes(es) cancelado(s):	Noviembre_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, 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 Carolina Larrañaga Calvache
	FIRMA: Carolina Larrañaga
	No. DOCUMENTO DE IDENTIDAD: 59314246

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 ***13,87%*** 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***	
10	Incumplimiento de las obligaciones contractuales		*x*	
11	El contratista no presenta los pagos a la seguridad social de acuerdo a lo estipulado en el contrato y en la normatividad.		*x*	

SUPERVISOR	**NOMBRE Y APELLIDO:** **MANUEL ALEJANDRO GODOY CUBILLOS**

	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:** **OLGA LUCIA GUALDRON PACHECO** 
	FIRMA: El presente informe es revisado por el apoyo a la supervisión de manera electrónica a través de la plataforma SECOP II módulo plan de pagos, de conformidad con las condiciones establecidas por la Agencia Nacional de Contratación Pública-Colombia Compra Eficiente en su calidad de administradora del Sistema Electrónico para la Contratación Pública SECOP.

NOTAS:

** El presente informe da cumplimiento a lo citado en la ISO 9001:2015, en relación con el numeral 8.4.1.*

** Anexo: Comprobantes de pago de aportes al sistema de seguridad social en salud y pensión, Certificado ARL y Orden de Pago.*

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

aportes en línea

Planilla Resumen

DATOS GENERALES DEL APORTANTE								
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 59314246		LARRAÑAGA CALVACHE DIANA CAROLINA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	av cll 3 31c-77	BOGOTA-BOGOTA D.E.	4573661	No

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO			NOVEDADES															PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS					PARAFISCALES				
No.	Identificación	Nombre	ing	ret	tde	tae	tdp	tap	vsp	cor	vst	sln	ige	lma	vac	avp	vct	irl	vip	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Tarifa	Aporte	Días	IBC	Aporte	Exonerado SENA e ICBF	Total Aportes
SUCURSAL: PRINCIPAL (1 Afiliados)																				$3,103,000	$496,500			$3,103,000	$387,900			$0	$0			$3,103,000		$16,200		$0	$0		$900,600
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)																				$3,103,000	$496,500			$3,103,000	$387,900			$0	$0			$3,103,000		$16,200		$0	$0		$900,600
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)																				$3,103,000	$496,500			$3,103,000	$387,900			$0	$0			$3,103,000		$16,200		$0	$0		$900,600
1	CC	59314246	LARRAÑAGA DIANA																	230301	30	$3,103,000	$496,500	EPS005	30	$3,103,000	$387,900		0	$0	$0	14-23	30	$3,103,000	0.522%	$16,200	0	$0	$0	No	$900,600
Total	**Afiliados(1)**																			$3,103,000	$496,500			$3,103,000	$387,900			$0	$0			$3,103,000		$16,200		$0	$0		$900,600

aportes en línea

Planilla Resumen

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-11	2025-11	2001333288	9496345063	I	2025/12/11	2025/12/12	BANCOLOMBIA	1	$901,400

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$496,500	$400	$0	$496,900
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	$496,500	$400	$0	$496,900
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$16,200	$100	$0	$16,300
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	$16,200	$100	$0	$16,300
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$387,900	$300	$0	$388,200
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	1	$387,900	$300	$0	$388,200
TOTAL				**1**	**$900,600**	**$800**	**$0**	**$901,400**

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			
Nombres y apellidos o Razón Social	FONDO FINANCIERO DISTRITAL DE SALUD		
Tipo de documento de identificación	NI	**Número de documento de identificación**	800246953
Datos del trabajador			
Tipo documento y número de identificación	CC. 59314246	**Nombres y apellidos**	DIANA CAROLINA LARRAÑAGA CALVACHE
Fecha de afiliación	26/11/2025	**Estado de afiliación**	**Activo**
Fecha de inicio cobertura	//	**Tipo de vinculación**	Independiente
Clase de riesgo	1	**Fecha de retiro**	Sin retiro

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

Cordialmente,

Gerencia de afiliaciones y novedades

POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S. A.