DESPACHO – SUBDIRECCIÓN – DIRECCIÓN U OFICINA: SUBDIRECCION DE GARANTIA DEL ASEGURAMIENTO – DIRECCION DE ASEGURAMIENTO Y GARANTIA DEL DERECHO A LA SALUD	**CONTRATO No. 9030342**	**PERIODO DEL CONTRATO:**
		Fecha de Inicio: Fecha de Inicio:26/01/2026
		Fecha de Terminación: 31/12/2026
ENTIDAD CONTRATANTE: **Fondo Financiero Distrital de Salud**		**PLAZO DE EJECUCIÓN:** *Trescientos treinta y cinco días (335)*
		PRÓRROGA: *N/A*
CONTRATISTA: **DEYANIRA MALAGON SANCHEZ**		Fecha de Inicio (Prórroga): ***N/A***
		Fecha de Terminación (Prórroga): ***N/A***
		SUSPENSIÓN: *N/A*
SUPERVISOR (Nombre y cargo): *Juan Carlos Ordoñez Garzón* *Subdirección de Garantía del aseguramiento –* *Profesional Especializado Código 222 Grado 27*		Fecha de Inicio (Suspensión): ***N/A***
		Nueva Fecha de Terminación (Suspensión): ***N/A***
		PERIODO DEL INFORME: 26/01/2026 – 31/01/2026
OBJETO DEL CONTRATO: 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		

BALANCE FINANCIERO DEL CONTRATO	
VALOR INICIAL DEL CONTRATO:	$ 42.422.167
VALOR ADICIÓN (SI APLICA):	$ 0,00
VALOR INDEXACIÓN (SI APLICA):	$ 0,00
VALOR CEDIDO	$ 0,00
VALOR A LIBERAR	$ 0,00
VALOR PAGADO AL CONTRATISTA O CESIONARIO	$
VALOR A PAGAR EN EL PRESENTE PERIODO DEL INFORME:	$ 633.167
SALDO POR EJECUTAR:	$41.789.000

ACTIVIDADES ESPECIFICAS, OBLIGACIONES DEL CONTRATISTA DESARROLLADAS DE ACUERDO CON EL OBJETO CONTRACTUAL		
OBLIGACIONES (Las estipuladas	**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)

<table>
<tr><td>en la minuta del contrato)</td><td></td><td></td></tr>
<tr>
<td>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.</td>
<td>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 (612), Verificaciones (957), Devoluciones (176) en el periodo comprendido del 26/01/2026 al 31/01/2026.

RADICADO
NOMBRE IPS | VALOR RADICADO | TOTAL RADICADOS
CENTRO ORIENTE E.S.E. | $ 451.570.015 | 216
NORTE E.S.E. | $ 494.288.663 | 129
SUR E.S.E. | $ 139.999.283 | 64
SUR OCCIDENTE E.S.E. | $ 410.406.438 | 203
Total general | $ 1.496.264.399 | 612

VERIFICADO
NOMBRE IPS | VALOR VERIFICADO | VERIFICACIONES
CENTRO ORIENTE E.S.E. | $ 456.350.015 | 303
NORTE E.S.E. | $ 241.169.037 | 81
FUNSABIAM | $ 6.825.704 | 1
SUR E.S.E. | $ $ 67.585.904 | 22
SUR OCCIDENTE E.S.E. | $ $945.016.420 | 550
Total general | $ 1.716.947.080 | 957

DEVOLUCIONES
NOMBRE IPS | V.DEVOLUCIONES | DEVOLUCIONES
CENTRO ORIENTE E.S.E. | $ 36.548.217 | 14
NORTE E.S.E. | $ 3.764.693 | 18
SUR E.S.E. | $ 12.437.494 | 4
OCCIDENTE E.S.E. | $ 62.606.964 | 140
Total general | $ 115.357.368 | 176</td>
<td>ANEXO 01
Se anexa Excel nombrado Evidencias Informe Radicación cuentas medicas 31012026.Se cargan las evidencias en el aplicativo SECOPII</td>
</tr>
</table>

<table>
<tr><td></td><td>Se realiza el respectivo análisis según normatividad vigente Resolución 2284 de 2023, Resolución 3047 de 2008 anexo 5.</td><td></td></tr>
<tr><td>2. Apoyar en la revisión técnico-administrativa en la sede administrativa de la IPS, cuando se requiera o lo determine el Supervisor del contrato.</td><td>Se realizaron 176 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.

DEVOLUCIONES
<table><tr><th>NOMBRE IPS</th><th>V.DEVOLUCIONES</th><th>DEVOLUCIONES</th></tr><tr><td>CENTRO ORIENTE E.S.E.</td><td>$ 36.548.217</td><td>14</td></tr><tr><td>NORTE E.S.E.</td><td>$ 3.764.693</td><td>18</td></tr><tr><td>SUR E.S.E.</td><td>$ 12.437.494</td><td>4</td></tr><tr><td>OCCIDENTE E.S.E.</td><td>$ 62.606.964</td><td>140</td></tr><tr><td>Total general</td><td>$ 115.357.368</td><td>176</td></tr></table></td><td>ANEXO 02
Se anexa Excel nombrado Evidencias Informe Radicación cuentas medicas 31012026.Se cargan las evidencias en el aplicativo SECOPII</td></tr>
<tr><td>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</td><td>Durante el periodo del 26 al 31 de Enero 2026 se identificaron un total de 176 devoluciones distribuidas entre las Subredes Integradas de Servicios de Salud, agrupadas por los siguientes conceptos:
<table><tr><th>NOMBRE IPS</th><th>TOTAL DEVOLUCIONES</th><th>VALOR DEVOLUCION</th></tr><tr><td>SUBRED SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.</td><td>14</td><td>$ 36.548.217</td></tr><tr><td>FECHA DE EGRESO ANTES 01/02/2025 - 3047</td><td>3</td><td>$ 406.824</td></tr><tr><td>MAS DE 22 DIAS - DE5601</td><td>2</td><td>$ 1.907.086</td></tr><tr><td>OTRO RESPONSABLE DE PAGO - DE1601</td><td>9</td><td>$ 34.234.307</td></tr><tr><td>SUBRED NORTE E.S.E.</td><td>18</td><td>$ 3.764.693</td></tr><tr><td>CONCEPTO CONTRACTUAL</td><td>17</td><td>$ 2.751.200</td></tr><tr><td>OTRO RESPONSABLE DE PAGO - DE1601</td><td>1</td><td>$ 1.013.493</td></tr><tr><td>SUBRED SUR E.S.E.</td><td>4</td><td>$ 12.437.494</td></tr><tr><td>CONCEPTO CONTRACTUAL</td><td>1</td><td>$ 1.439.148</td></tr></table></td><td>ANEXO 03
Se anexa Excel nombrado Evidencias Informe Radicación cuentas medicas 31012026.Se cargan las evidencias en el aplicativo SECOPII</td></tr>
</table>

de cuentas y en la elaboración de los documentos que soporten la conciliación con la entidad que prestó los servicios de salud.	MAS DE 22 DIAS - DE5601 1 $ 10.323.629 OTRO RESPONSABLE DE PAGO - DE1601 2 $ 674.717 **SUBRED SUR OCCIDENTE E.S.E. 140 $ 62.606.964** CONCEPTO CONTRACTUAL 127 $ 58.126.578 OTRO RESPONSABLE DE PAGO - DE1601 13 $ 4.480.386 **Total general 176 $ 115.357.368**	
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.	Se elaboraron (19) diecinueve informes hasta el 30 de Enero de 2026, se registraron un total de 2972 radicados, por valor de $7.445.981.041, de acuerdo con la radicación diaria presentada por las diferentes Ips-Subredes, realizando la verificación detallada de los siguientes aspectos: • **Valores** asociados a cada caso • **Fecha de ingreso** del paciente/usuario • **Fecha de egreso** del paciente/usuario • **Tipo de servicio** brindado 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.	**ANEXO 04** Se anexa Excel nombrado Evidencias Informe Radicación cuentas medicas 31012026.Se cargan las evidencias en el aplicativo SECOPII

RADICACION ENERO 30 DE 2026

NOMBR5E IPS	VALOR RADICADO	NUMERO DE RADICADO
ADMINISTRADORA COUNTRY SA	$ 7.381.815	3
CENTRO POLICLINICO DEL OLAYA	$ 5.944.500	4
CLINICA DE MARLY SA	$ 13.752.844	1
CLINICA JUAN N CORPAS LTDA	$ 8.485.456	1
CLINICA MEDICAL SAS	$ 170.544.492	4
CRUZ ROJA BOGOTA	$ 384.307	1
ESE CARMEN EMILIA OSPINA	$ 6.090	1
ESE HOSPITAL SAMARITANA	$ 117.792.155	26
FUNDACION CARDIOLOGIA	$ -	1

	FUNDACION MISERICORDIA HOMI	$ 14.020.644	3
	FUNDACION PARA FUNS ABIAM	$ 306.496.128	46
	HOSPITAL MILITAR CENTRAL	$ 1.734.167	2
	HOSPITAL CLINICA SAN RAFAEL	$ -	1
	INSTITUTO CANCEROLOGIA ESE	$ 171.376.520	5
	SOCIEDAD BOGOTA HOSPITAL DE SAN JOSE	$ 837.622	2
	SOCIEDAD MEDICA DE ALCALA	$ 3.127.123	1
	SUBRED CENTRO ORIENTE E.S.E.	$ 1.767.930.443	878
	SUBRED NORTE E.S.E.	$ 1.655.192.744	420
	SUBRED SUR E.S.E.	$ 915.686.830	412
	SUBRED SUR OCCIDENTE E.S.E.	$ 2.285.287.161	1160
	Total general	**$ 7.445.981.041**	**2972**

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.	Se elaboraron (19) diecinueve informes hasta el 30 de Enero de 2026, se registraron un total de 2972 radicados, por valor de $7.445.981.041, de acuerdo con la radicación diaria presentada por las diferentes Ips-Subredes, realizando la verificación detallada de los siguientes aspectos: • **Valores** asociados a cada caso • **Fecha de ingreso** del paciente/usuario • **Fecha de egreso** del paciente/usuario • **Tipo de servicio** brindado 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.	**ANEXO 05** Se anexa Excel nombrado Evidencias Informe Radicación cuentas medicas 31012026.Se cargan las evidencias en el aplicativo SECOPII .

RADICACION ENERO 30 DE 2026

NOMBR5E IPS	VALOR RADICADO	NUMERO DE RADICADO
ADMINISTRADORA COUNTRY SA	$ 7.381.815	3
CENTRO POLICLINICO DEL OLAYA	$ 5.944.500	4
CLINICA DE MARLY SA	$ 13.752.844	1
CLINICA JUAN N CORPAS LTDA	$ 8.485.456	1
CLINICA MEDICAL SAS	$ 170.544.492	4

CRUZ ROJA BOGOTA	$ 384.307	1	
ESE CARMEN EMILIA OSPINA	$ 6.090	1	
ESE HOSPITAL SAMARITANA	$ 117.792.155	26	
FUNDACION CARDIOLOGIA	$ -	1	
FUNDACION MISERICORDIA HOMI	$ 14.020.644	3	
FUNDACION PARA FUNS ABIAM	$ 306.496.128	46	
HOSPITAL MILITAR CENTRAL	$ 1.734.167	2	
HOSPITAL CLINICA SAN RAFAEL	$ -	1	
INSTITUTO CANCEROLOGIA ESE	$ 171.376.520	5	
SOCIEDAD BOGOTA HOSPITAL DE SAN JOSE	$ 837.622	2	
SOCIEDAD MEDICA DE ALCALA	$ 3.127.123	1	
SUBRED CENTRO ORIENTE E.S.E.	$ 1.767.930.443	878	
SUBRED NORTE E.S.E.	$ 1.655.192.744	420	
SUBRED SUR E.S.E.	$ 915.686.830	412	
SUBRED SUR OCCIDENTE E.S.E.	$ 2.285.287.161	1160	
Total general	**$ 7.445.981.041**	**2972**	

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.	1.Durante el periodo del 26 al 30 de Enero de 2026 no se asistió a reuniones.	**Anexo 6** Se adjunta soporte mensual de actividades realizadas desde el 26 al 31 de Enero de 2026Se cargan las evidencias en el aplicativo SECOPII.

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.					
INFORMACIÒN PAGOS SEGURIDAD SOCIAL					
APORTES EN SALUD		**APORTES EN PENSIÓN**		**APORTES RIESGOS LABORALES**	
Empresa:	FAMISANAR	Empresa:	COLPENSIONES	Empresa:	Positiva
				Nivel Riesgo:	1
Suma cancelada:	$180.800	Suma cancelada:	$231.400	Suma cancelada:	$ 7.600
No Planilla:	7999176131	No Planilla:	7999176131	No Planilla:	7999176131
Mes(es) cancelado(s):	Diciembre 2025	Mes(es) cancelado(s):	Diciembre 2025	Mes(es) cancelado(s):	Diciembre 2025

EN CASO DE INFORME FINAL DE EJECUCIÓN					
Relación de usuario y clave de acceso al equipo de cómputo:	N/A	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:	N/A	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):	N/A

FIRMA DEL CONTRATISTA	
CONTRATISTA	**NOMBRES Y APELLIDOS: DEYANIRA MALAGON SANCHEZ**
	FIRMA: Deyanira Malagon S. Firmado digitalmente por Deyanira Malagon S. Fecha: 2025.12.02 10:29:57 -05'00'
	No. DOCUMENTO DE IDENTIDAD: 52.335.636

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 1.43 % de ejecución del contrato. Certifico que el contratista realizó la entrega de actividades y bienes a cargo incluyéndola devolución del carné que lo identifica como contratista.	**OTRAS OBSERVACIONES:** N/A

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***	
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: 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: 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.*

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
COMPROBANTE DE PAGO

DAVIVIENDA

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:	**7999176131**	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
		SUBTOTAL:	1	**$ 231.400**
SALUD				
		ADMINISTRADORA		
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
8300035647	EPS017	EPS017-FAMISANAR	1	$ 180.800
		SUBTOTAL:	1	**$ 180.800**
CAJA DE COMPENSACIÓN				
		ADMINISTRADORA		
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
8600669427	CCF24	CCF24-COMPENSAR	1	$ 8.700
		SUBTOTAL:	1	**$ 8.700**
RIESGOS PROFESIONALES				
		ADMINISTRADORA		
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
8600111536	14-23	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	1	$ 7.600
		SUBTOTAL:	1	**$ 7.600**

VALOR SIN MORA:	**$ 428.500**
VALOR MORA:	**$ 0**
TOTAL PAGADO:	**$ 428.500**

Planilla Pagada

Medellín, 02 de febrero de 2026

CERTIFICADO DE AFILIACIÓN – ARL SURA

La Administradora de Riesgos Laborales, SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A.NIT 890.903.790 - 5, certifica:

Que DEYANIRA MALAGON SANCHEZ identificado(a) con C52335636 se encuentra afiliado(a) a Riesgos Laborales y está en estado activo.

Si desea validar que este certificado haya sido realmente emitido por ARL Sura y la información aquí contenida sea real, visite www.arlsura.com.co / validar certificados e ingrese el siguiente código único de generación válido por un mes:C523356362603361533

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Dirección de Aseguramiento Seguros Obligatorios

Dirección IP 10.205.28.18