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: DIRECCION DE CALIDAD DE SERVICIOS DE SALUD – SUBDIRECCION INSPECCION, VIGILANCIA Y CONTROL DE SERVICIOS DE SALUD	**CONTRATO No.** 8383027	**PERIODO DEL CONTRATO:**
		Fecha de Inicio: 08/10/2025
		Fecha de Terminación: 30/09/2026
ENTIDAD CONTRATANTE: FONDO FINANCIERO DISTRITAL DE SALUD		**PLAZO DE EJECUCIÓN: Trecientos cincuenta y tres (353)** Días
		PRÓRROGA:
CONTRATISTA: ANGIE LEFERGIE BERMUDEZ AGUIRRE		Fecha de Inicio (Prórroga):
		Fecha de Terminación (Prórroga):
		SUSPENSIÓN:
SUPERVISOR: MARIANA BARROS CADENA Subdirectora Técnico 68 grado 6		Fecha de Inicio (Suspensión):
		Nueva Fecha de Terminación (Suspensión):
		PERIODO DEL INFORME: 01/03/2026 al 31/03/2026
OBJETO DEL CONTRATO: Prestar servicios profesionales de apoyo a la gestión de implementación y fortalecimiento de Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad en la Dirección de Calidad de Servicios de Salud - Subdirección Inspección, Vigilancia y Control de Servicios de Salud.		

BALANCE FINANCIERO DEL CONTRATO	
VALOR INICIAL DEL CONTRATO:	$ 77.342.300.00
VALOR ADICIÓN (SI APLICA):	$ 00.000.000.00
VALOR INDEXACIÓN (SI APLICA):	$ 00.000.000.00
2VALOR CEDIDO (SI APLICA)	$ 00.000.000.00
VALOR A LIBERAR (SI APLICA)	$ 00.000.000.00
VALOR PAGADO AL CONTRATISTA:	$ 31.331.300.00
VALOR A PAGAR EN EL PRESENTE PERIODO DEL INFORME:	$ 6.573.000.00
SALDO POR EJECUTAR:	$ 39.438.000.00

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. Realizar acciones relacionadas con los procedimientos de verificación del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad en Salud (SOGCS) y demás normatividad vigente en lo relacionado con inscripción	Se realizaron tamizajes de Enfermería de acuerdo con la programación entregada por la Subdirección Inspección Vigilancia y Control de Servicios de Salud, los cuales se encuentran registrados en el formato relación Conceptos Técnicos y/o Actos Administrativos Elaborados SDS-IVC-FT-350 V.1, que ya cuentan con soporte de visitas de IVC.	Se realizo entrega de expedientes de manera diaria con los respectivos tamizajes relacionados en hoja de ruta. No obstante, se deja la claridad que los actos administrativos y/o oficios con relación a las preliminares adelantadas

y novedades de los prestadores de servicios de salud, programación, preparación y conductas derivadas de las visitas y acciones para Inspección, Vigilancia y Control de servicios de salud de acuerdo con la coordinación realizada con el supervisor del contrato.	Total, Tamizajes: **con 3 ACTAS DE VISITA.**	por la Subdirección no fueron cargados por reserva legal. EVIDENCIAS MARZO 2026
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, de acuerdo con la normatividad vigente y las políticas de la entidad.	Se realizaron tamizajes de Enfermería de acuerdo con la programación entregada por la Subdirección Inspección Vigilancia y Control de Servicios de Salud, los cuales se encuentran registrados en el formato relación Conceptos Técnicos y/o Actos Administrativos Elaborados SDS-IVC-FT-350 V.1 **Se realizaron 125 tamizajes de profesional salud con requerimiento en etapa preliminar.**	EVIDENCIAS MARZO 2026
3. Atender al cliente interno y externo en temas relacionados con el Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad (SOGC), Sistema único de habilitación 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.	Se atendió al cliente interno y externo por medio del tamizaje de profesional salud del expediente preliminar, una vez realizado paso a notificarse o al abogado para que lo haga de manera formal a la IPS, al mismo peticionario y/o entidad que se considere competente, de acuerdo con la programación entregada por la Subdirección Inspección Vigilancia y Control de Servicios de Salud, los cuales se encuentran registrados en el formato relación Conceptos Técnicos y/o Actos Administrativos Elaborados SDS-IVC-FT-350 V.1 **- Se realizaron 9 tamizajes de profesional salud que requirieron revisión documental los cuales pasaron a concepto médico o de enfermería.** **- Se realizaron 2 tamizajes de profesional salud que requirieron revisión documental y un Segundo requerimiento.** **- Se realizaron 125 tamizajes de profesional salud con requerimiento en etapa preliminar.** **- No se tuvieron casos para paso apliego de cargos en este periodo.** **Total: 136 tamizajes realizados por profesional salud.**	Se realizo entrega de expedientes físicos de manera diaria con los respectivos tamizajes y soportes allegados relacionados en hoja de ruta. Los demás están gestionados en agilsalud. No obstante, se deja la claridad que los actos administrativos y/o oficios con relación a las preliminares adelantadas por la Subdirección no fueron cargados por reserva legal. EVIDENCIAS MARZO 2026
4. Asistir a las reuniones internas y/o externas, talleres ético-normativos dirigidos a la homologación de	Se realizaron reuniones tanto virtuales como presenciales con el equipo preliminares, los días 2,9,16 y 25 de marzo con el fin de hacer seguimiento a productividad, avances,	EVIDENCIAS MARZO 2026

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.	contingencia del proceso de ágil salud por parte de él coordinador Dr. Oscar Ramos.	EVIDENCIAS MARZO 2026
5. 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 genera cargue tanto de informe como de evidencias en ágil salud.	No Radicado: 2026-IE-13455

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:	PORVENIR	Empresa:	POSITIVA
				Nivel Riesgo:	3
Suma cancelada:	$ 330.500	Suma cancelada:	$ 423.000	Suma cancelada:	$ 64.500
No Planilla:	52239890	No Planilla:	52239890	No Planilla:	52239890
Mes(es) cancelado(s):	Febrero 2026	Mes(es) cancelado(s):	Febrero 2026	Mes(es) cancelado(s):	Febrero 2026

EN CASO DE INFORME FINAL DE EJECUCION					
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:** ANGIE LEFERGIE BERMUDEZ AGUIRRE
	FIRMA: 
	No. DOCUMENTO DE IDENTIDAD: 1077968200

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 **49.01%** 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 redimen 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		***X***	*NO APLICA*
3	Suspensión o cancelación de la tarjeta o matricula profesional		***X***	*NO APLICA*

SUPERVISOR	**NOMBRE Y APELLIDO**: MARIANA BARROS CADENA Subdirectora Técnico 68 grado 6

	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:** OSCAR EDUARDO RAMOS ZAMORA Profesional Especializado  Firmado digitalmente por Oscar Ramos
	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.*

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	1077968200	ANGIE LEFERGIE BERMUDEZ AGUIRRE	CRA 89 número 17 B 57	3117078920	angielove1988@hotmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente		BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		NO

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
		52239890	11/03/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-02	2026-02	I	$0	$818.000	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD

Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS005	Sanitas EPS	800251440-6	328.800	0		0		0	8	1.700	0	330.500	1

TOTALES PENSIÓN

Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
230301	Porvenir	800224808-8	420.800	0	0	0	0	8	2.200	0	423.000	1

TOTALES RIESGOS LABORALES

Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-23	Positiva Seguros	860011153-6	64.100				64.100	8	400	64.500			641	64.500	1

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados

TOTALES PARAFISCALES

Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	8	0	0	0
ICBF				
0	8	0	0	0
ESAP				
MEN				

TOTALES POR SUBSISTEMA

Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	328.800	330.500
Pensión	1	420.800	423.000
Riesgos Laborales	1	64.100	64.500
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	813.700	818.000

PAGADA

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	1077968200	ANGIE LEFERGIE BERMUDEZ AGUIRRE	CRA 89 número 17 B 57	3117078920	angielove1988@hotmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente		BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		NO

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
		52239890	11/03/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-02	2026-02	I	$0	$818.000	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE								INFORMACIÓN NOVEDADES																		PENSIÓN								SALUD				RIESGOS LABORALES					CCF				PARAFISCALES				
No.	Tipo y Número de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Colom. exterior	Exonerado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Días	Cotización	Voluntario Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Días	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Días	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Días	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
1	CC 1077968200	BERMUDEZ AGUIRRE ANGIE LEFERGIE	59	0			N																	230301	2.630.000	30	420.800	0	0	0	0	EPS005	2.630.000	30	328.800	14-23	2.630.000	30	3	64.100		0	0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

LA GERENCIA DE AFILIACIONES Y NOVEDADES

CERTIFICA QUE:

ANGIE LEFERGIE BERMUDEZ AGUIRRE identificado con CC. 1077968200 registra la siguiente información en el ramo de Riesgos Laborales:

INFORMACIÓN DEL CONTRATANTE	
Nombres y/o Razón	FONDO FINANCIERO DISTRITAL DE SALUD
Tipo y Numero de Documento	NI - 800246953

INFORMACIÓN RELACIÓN LABORAL			
Fecha de inicio de cobertura	2025/10/04	**Fecha inicio contrato**	2025/10/04
Tipo de vinculación	Independiente con Contrato	**Fecha de fin contrato**	2026/09/30
Riesgo	3	**Código actividad económica**	3861001 - ACTIVIDADES DE HOSPITALES Y CLINICAS, CON INTERNACION, COMPRENDE LAS ACTIVIDADES QUE
Estado afiliación	Activo		
Fecha retiro		**Estado del contrato**	Activo

Esta certificación se expide a los 26 días del mes de marzo del 2026.

Tenga en cuenta que, una vez finalice la fecha de terminación del contrato, el sistema aplicará automáticamente el retiro. Si tiene un nuevo contrato o prórroga, registre la novedad en www.positivaenlinea.gov.co para mantener la cobertura.

Para verificar la autenticidad de este certificado, escanea el código QR incluido o visita nuestra página web. Selecciona la opción "Validar certificados de afiliación" e ingresa el siguiente código: **CC26032026A1077968200B14930570.** Este código es válido por un mes.

Cordialmente,

Gerencia de afiliaciones y novedades ARL
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS

FONDO FINANCIERO DISTRITAL DE SALUD

BOGOTÁ | SECRETARÍA DE SALUD

Vig Ppto: 2026

ORDEN DE PAGO

No: 603160

Usuario Dilig: ACBOTELLO
Fecha de Impresión: 26/03/2026
Estado: GIRADA

Entidad:	FONDO FINANCIERO DISTRITAL DE SALUD				
Código:	201	Unidad Eje:	01	Fecha Diligenciamiento:	06-MAR-26

1. DATOS DEL BENEFICIARIO

Nombre:	ANGIE LEFERGIE BERMUDEZ AGUIRRE	Regimen:	No Responsable		
Dirección:	KR 89 17 B 57 AP TORRE 4 APTO 101	Teléfono y Fax:			
C.C o NIT:	1077968200	Banco/Sucursal:	BBVA	Cuenta No/Clase:	0073660748/A

2. DATOS DEL COMPROMISO

Compromiso a Pagar:	CONTRATACION DIRECTA	No:	8383027	Interventor o responsable del recibo a satisfacción del bien o servicio:	TOTAL
Acta de Recibo No:		Nombre del Interventor:			

Detalle

CTO-NO8383027-PLANILLA OGI_VIGENCIA-FEBRERO 2026-PERIODO DE:01-feb 28-feb-2026

Tipo de Orden de Pago: VIGENCIA

3. MOVIMIENTO PRESUPUESTAL

Fuente de financiación:

IMPUTACIÓN PRESUPUESTAL

CDP	Código Rubro	Registro	Nombre	Valor Aplicación (Gasto)
386	O2-3-01-17-019-03-20240137-233175000	692	IVC-Prestación de servicios a FFDS - SDS	$6.573.000,00

VR BRUTO	SEIS MILLONES QUINIENTOS SETENTA Y TRES MIL PESOS	$6.573.000,00

ID Rubro	Fuente	Detalle	Valor	
O2-3-01-17-019-03-20240137-233175000	01	12013	$6.573.000,00	
Tipo	Com	Objeto	Ingreso	Banco
O23	20202009	91122	O1-5-01-01-004-11	

4. MOVIMIENTO FINANCIERO Y CONTABLE

Descripción	% Descuento	Base de Retención	Código Contable	VALORES
Valor Bruto			5-1-11-79-0001	$6.573.000,00
RETEICA- SERVICIOS 0,766%	.766	$5.809.800,00	2-4-36-27-0001	$44.503,00
ESTAMPILLA - EST_PROCULTURA 0,5%	.5	$6.573.000,00	2-4-36-90-0003	$32.865,00
ESTAMPILLA ADULTO MAYOR 2%	2	$6.573.000,00	2-4-36-90-0007	$131.460,00

Valor amortización:	TOTAL DESCUENTOS	$208.828,00

Id fuente	Detalle
01	Recursos Del Distrito
12013	APORTE ORDINARIO

VALOR NETO A GIRAR	SEIS MILLONES TRESCIENTOS SESENTA Y CUATRO MIL CIENTO SETENTA Y DOS PESOS	$6.364.172,00
		Código contable
		2-4-01-02-0003

MOVIMIENTO TESORERÍA

Endosado a:

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

ANGELICA CELINA BOTELLO QUINTANA GESTION DE PAGOS	YOLANDA PATRICIA VALDERRAMA CORTES Responsable del Presupuesto

Consulta Pagos