


	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	

Elaborado por: Carlos Andrés Montaña Buitrago /Revisado por: Nureidis Torres Vivas /Aprobado por: Katty Johana Rodríguez Lozano

DESPACHO – SUBDIRECCIÓN – DIRECCIÓN U OFICINA: Dirección de Calidad de Servicios de Salud – Subdirección Inspección Vigilancia y Control de Servicios de Salud	CONTRATO No. 8187630 DE 2025	PERIODO DEL CONTRATO: Fecha de Inicio: 21/08/2025
		Fecha de Terminación: 07/07/2026
ENTIDAD CONTRATANTE: Fondo Financiero Distrital de Salud		PLAZO DE EJECUCIÓN: 318 días
CONTRATISTA: MONICA JANETH GAMEZ MURILLO		PRÓRROGA: Fecha de Inicio (Prórroga): Fecha de Terminación (Prórroga):
		SUSPENSIÓN: Fecha de Inicio (Suspensión): Nueva Fecha de Terminación (Suspensión):
SUPERVISOR (Nombre y cargo): MARIANA BARROS CADENA- Subdirectora Inspección Vigilancia y Control de Servicios de Salud- SUBDIRECTOR TECNICO CODIGO 68 GRADO 06		PERIODO DEL INFORME: 01/04/2026-30/04/2026
OBJETO DEL CONTRATO: Prestar servicios profesionales especializados en la Subdirección de Inspección, Vigilancia y Control de Servicios de Salud para el apoyo en la implementación y fortalecimiento del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de servicios de Salud.		

BALANCE FINANCIERO DEL CONTRATO	
VALOR INICIAL DEL CONTRATO:	\$ 78.069.000
VALOR ADICIÓN (SI APLICA):	\$ 0
VALOR INDEXACIÓN (SI APLICA):	\$ 0
VALOR CEDIDO (SI APLICA)	\$ 0
VALOR A LIBERAR (SI APLICA)	\$ 0
VALOR PAGADO AL CONTRATISTA O CESIONARIO (SI APLICA):	\$ 47.627.000
VALOR A PAGAR EN EL PRESENTE PERIODO DEL INFORME:	\$ 7.365.000
SALDO POR EJECUTAR:	\$ 23.077.000

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 y visitas de inspección, vigilancia y control a los Prestadores de Servicios de Salud y otras empresas de SST, de acuerdo con la asignación correspondiente y al anexo técnico, según las metas de la Subdirección, contribuyendo así, al logro de las mismas según la tipología de las visitas programadas, con el fin de verificar el cumplimiento del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad en Salud (SOGCS) y demás normatividad vigente.	Para este periodo se realizaron 30 visitas a Empresas que solicitaron licencia SST PJ. Se elaboraron 21 licencias SST para persona jurídica.	PROGRAMACION DE VISITAS PJ ABRIL 2026.xlsx LICENCIAS SST PERSONA JURIDICA MARZO- ABRIL - 2026.xlsx

	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	
Elaborado por: Carlos Andrés Montaña Buitrago /Revisado por: Nureidis Torres Vivas /Aprobado por: Katty Johana Rodríguez Lozano			

<p>2. Ejecutar las actividades administrativas de competencia de la Subdirección Inspección, Vigilancia y Control de Servicios de Salud, aportando evidencia documental que, de cuenta de las acciones y visitas realizadas, de conformidad con lo establecido en el anexo técnico, las normas del SOGCS y las de inspección, vigilancia y control de servicios de salud.</p>	<p>Se elaboraron y revisaron 30 planes de cumplimiento correspondientes a las visitas PJ mes de marzo- abril 2026</p>	<p>PLANES DE CUMPLIMIENTO MES ABRIL 2026.xlsx</p>
<p>3. Asistir a las reuniones internas y/o externas, talleres ético-normativos dirigidos a la homologación de criterios para el ejercicio de las visitas de Inspección, vigilancia y control y demás actividades programadas, de acuerdo con la coordinación que se efectuó con el supervisor del contrato.</p>	<p>Acta reunión asistencia técnica resolución 908 2025 equipo SST PJ 01-04-2026.</p> <p>Acta reunión inquietudes MSPS 15-04-2026.</p> <p>Acta reunión equipo licencias SST persona jurídica 23-04-2026.</p>	<p>ACTA ASISTENCIA TECNICA 1 DE ABRIL 2026 (1).pdf</p> <p>Acta reunion Proceso visitas LSST PJ 15-04-2026.pdf</p> <p>ACTA REUNION EQUIPO SST 23-04-2026.pdf</p>
<p>4. Realizar seguimiento y actualización a los diferentes sistemas de información manejados en la dependencia, bases de datos y expedientes digitales, que se generen en el marco de la ejecución del contrato, en los plazos establecidos y cuando haya lugar a ello.</p>	<p>Programación visitas persona jurídica</p> <p>Matriz productividad</p> <p>Se adjunta Radicado Agilsalud. 2026-IE-15611</p> <p>Pantallazo cargue SECOP</p>	<p>PROGRAMACION DE VISITAS PJ ABRIL 2026.xlsx</p> <p>PRODUCTIVIDAD ABRIL 2026.xlsx</p> <p>Agilsalud marzo 2026-IE-15611.pdf</p> <p>pantallazo SECOP marzo 2026.pdf</p>



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.

INFORMACIÓN PAGOS SEGURIDAD SOCIAL

APORTES EN SALUD		APORTES EN PENSIÓN		APORTES RIESGOS LABORALES	
Empresa:	COMPENSAR	Empresa:	PROTECCION	Empresa:	POSITIVA
				Nivel Riesgo:	3

	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:	

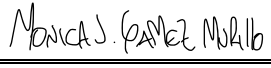
Elaborado por: Carlos Andrés Montaña Buitrago /Revisado por: Nureidis Torres Vivas /Aprobado por: Katty Johana Rodríguez Lozano

Suma cancelada:	\$ 368.300	Suma cancelada:	\$ 471.400	Suma cancelada:	\$ 71.800
No Planilla:	75727563	No Planilla:	75727563	No Planilla:	75727563
Mes(es) cancelado(s):	Abril 2026	Mes(es) cancelado(s):	Abril 2026	Mes(es) cancelado(s):	Abril 2026

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: MONICA JANETH GAMEZ MURILLO
	FIRMA: 
	No. DOCUMENTO DE IDENTIDAD: CC 52.507.132

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 <u>70,44%</u> de ejecución del contrato.	OTRAS OBSERVACIONES: NO APLICA
---	--


INFORME SUPERVISOR DE CONTRATO – SEGUIMIENTO A LOS RIESGOS DEL CONTRATO

En la siguiente tabla se registra e informa el estado de los riesgos de la etapa contractual (ejecución), reportados en la matriz de riesgos de los estudios previos al corte de este informe:

Nº	Descripción del Riesgo	¿Se materializo el riesgo? (Marque con una X)		Observaciones (Describa la(s) causa(s) por las cuales se materializo el riesgo)
		SI	NO	
1	Cambio de régimen No responsable de IVA a común o viceversa a cargo del contratista		X	No aplica
2	Inadecuado manejo de la información a la cual tiene acceso el contratista		X	No aplica
3	Suspensión o cancelación de la tarjeta o matrícula profesional, para aquellas profesiones que así lo establecen		X	No aplica

SUPERVISOR	NOMBRE Y APELLIDO: MARIANA BARROS CADENA Subdirectora de Inspección Vigilancia y Control de Servicios de Salud
	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

	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	
Elaborado por: Carlos Andrés Montaña Buitrago /Revisado por: Nureidis Torres Vivas /Aprobado por: Katty Johana Rodríguez Lozano			

REVISÓ	NOMBRE Y APELLIDO: MARIA JESUS OLIVO DIAZ	
	FIRMA:	
	El presente informe es suscrito por el apoyo a la supervisión de manera electrónica a través de la plataforma SECOP II módulo plan de pagos, de conformidad con las condiciones establecidas por la Agencia Nacional de Contratación Pública – Colombia Compra Eficiente en su calidad de administradora del Sistema Electrónico para la contratación Pública SECOP	

NOTAS:

- * El presente informe da cumplimiento a lo citado en la ISO 9001:2015, en relación con el numeral 8.4.1.
- * Anexo: Comprobantes de pago de aportes al sistema de seguridad social en salud y pensión, Certificado ARL y Orden de Pago.
- * Para el cálculo del % de ejecución del contrato se deben tener en cuenta las adiciones si aplica.
- * 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 DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	52507132	WONICA JANETH GAMEZ MURILLO		calle 123 No 47-41	3872875	monيجا35@hotmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I - Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
		75727563	15/04/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-04	2026-04	I	\$0	\$911.500	

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					
EPS008	Compensar EPS	860066942-7	368.300	0		0		0	0	0	0	368.300	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	
230201	Proteccion (ING + Proteccion)	800229739-0	471.400	0	0	0	0	0	0		471.400	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	71.800				71.800	0	0	71.800			718	71.800	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	0	0	0	0
ICBF				
0	0	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	368.300	368.300
Pensión	1	471.400	471.400
Riesgos Laborales	1	71.800	71.800
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	911.500	911.500

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	52507132	WONICA JANETH GAMEZ MURILLO		calle 123 No 47-41	3872875	monيجا35@hotmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I - Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
		75727563	15/04/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-04	2026-04	I	\$0	\$911.500	

DETALLE POR COTIZANTE																																																					
INFORMACIÓN COTIZANTE					INFORMACIÓN NOVEDADES													PENSIÓN				SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES																					
No.	Tipo y Número de Identificación	Apellidos y Nombres			Cotizante	Subleigo	Extranjero	Colom. anterior	Exonerado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	USP	SAJ	ICE	LMA	VAC	APP	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 52507132	GAMEZ MURILLO MONICA JANETH			59	0			N															230201	2.946.000	30	471.400	0	0	0	0	EPS008	2.946.000	30	368.300	14-23	2.946.000	30	3	71.800		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA



LA GERENCIA DE AFILIACIONES Y NOVEDADES

CERTIFICA QUE:

MONICA JANETH GAMEZ MURILLO identificado con CC. 52507132 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	2025/12/05	Fecha inicio contrato	2025/12/05
Tipo de vinculación	Independiente con Contrato	Fecha de fin contrato	2026/07/07
Riesgo	1	Código actividad económica	1841201 - Actividades ejecutivas de la administración pública, incluye el desempeño de las funciones
Estado afiliación	Activa		
Fecha retiro	-	Estado del contrato	Activa

Esta certificación se expide a los 28 días del mes de abril 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: **CC28042026N52507132A17561627**. Este código es válido por un mes.

Cordialmente,

Gerencia de afiliaciones y novedades ARL
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

LA ASEGURADORA
 DE TODOS LOS
 COLOMBIANOS

Entidad:	FONDO FINANCIERO DISTRITAL DE SALUD				
Código:	201	Unidad Eje:	01	Fecha Diligenciamiento:	09-APR-26

1. DATOS DEL BENEFICIARIO

Nombre:	MONICA JANETH GAMEZ MURILLO	Regimen:	No Responsable
Dirección:	CL 123 47 41 AP 508	Teléfono y Fax:	
C.C o NIT:	52507132	Banco/Sucursal:	BANCOLOMBIA
Cuenta No/Clase:			03200021842/A

2. DATOS DEL COMPROMISO

Compromiso a Pagar:	CONTRATACION DIRECTA	No:	8187630	Interventor o responsable del recibo a satisfacción del bien o servicio:	TOTAL
Acta de Recibo No:		Nombre del Interventor:			

Detalle

PLANILLA OGI_VIGENCIA-MARZO 2026 CTO-CE8187630-PERIDO DE:01-mar 30-mar-2026

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

3. MOVIMIENTO PRESUPUESTAL

Fuente de financiación:

IMPUTACIÓN PRESUPUESTAL

CDP	Código Rubro	Registro	Nombre	Valor Aplicación (Gasto)
242	02-3-01-17-019-03-20240137-233175000	406	IVC-Prestación de servicios al FFDS - SDS	\$7.365.000,00
VR BRUTO	SIETE MILLONES TRESCIENTOS SESENTA Y CINCO MIL PESOS			\$7.365.000,00

ID Rubro	Fuente	Detalle	Valor	
02-3-01-17-019-03-20240137-233175000	01	12013	\$7.365.000,00	
Tipo	Com	Objeto	Ingreso	Banco
023	20202009	91122	01-5-01-01-004-11	

4. MOVIMIENTO FINANCIERO Y CONTABLE

Descripción	% Descuento	Base de Retención	Código Contable	VALORES
Valor Bruto			5-1-11-79-0001	\$7.365.000,00
ESTAMPILLA - EST_PRO CULTURA 0,5%	.5	\$7.365.000,00	2-4-36-90-0003	\$36.825,00
RETEICA- SERVICIOS 0,766%	.766	\$6.453.500,00	2-4-36-27-0001	\$49.434,00
ESTAMPILLA ADULTO MAYOR 2%	2	\$7.365.000,00	2-4-36-90-0007	\$147.300,00

Valor amortización:	TOTAL DESCUENTOS		\$233.559,00
Id fuente	Detalle	VALOR NETO A GIRAR	\$7.131.441,00
01	Recursos Del Distrito	SIETE MILLONES CIENTO TREINTA Y UN MIL CUATROCIENTOS CUARENTA Y UN PESOS	Código contable
12013	APORTE ORDINARIO		2-4-01-02-0003

MOVIMIENTO TESORERÍA

Endosado a:

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

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

