

 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	

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

DESPACHO – SUBDIRECCIÓN – DIRECCIÓN U OFICINA: SUBDIRECCION DE INSPECCIÓN, VIGILANCIA Y CONTROL DE SERVICIOS DE SALUD	CONTRATO No. 8232722	PERIODO DEL CONTRATO: Fecha de Inicio: 12/09/2025
		Fecha de Terminación: 31/07/2026
		PLAZO DE EJECUCIÓN: Trescientos diecinueve (319) días
ENTIDAD CONTRATANTE: Fondo Financiero Distrital de Salud		PRÓRROGA:
CONTRATISTA: CARLOS JULIO LOPEZ ALFONSO		Fecha de Inicio (Prórroga):
		Fecha de Terminación (Prórroga):
		SUSPENSIÓN:
SUPERVISOR (Nombre y cargo): MARIANA BARROS CADENA - Subdirectora de Inspección Vigilancia y Control de servicios de salud - Subdirectora técnico código 68 grado 06		Fecha de Inicio (Suspensión):
		Nueva Fecha de Terminación (Suspensión):
		PERIODO DEL INFORME: 01/06/2026 – 30/06/2026
OBJETO DEL CONTRATO: Prestar servicios como bachiller en las actividades desarrolladas en el marco del proyecto del Fortalecimiento para el acceso a los servicios de salud con calidad en la población Bogotá D.C. en la Subdirección Inspección Vigilancia y Control de Servicios de Salud		

BALANCE FINANCIERO DEL CONTRATO	
VALOR INICIAL DEL CONTRATO:	\$ 27.806.167,00
VALOR ADICIÓN (SI APLICA):	\$ 00.000.000,00
VALOR INDEXACIÓN (SI APLICA):	\$ 00.933.555,00
VALOR CEDIDO (SI APLICA);	\$ 00.000.000,00
VALOR A LIBERAR (SI APLICA):	\$ 00.000.000,00
VALOR PAGADO AL CONTRATISTA O CESIONARIO (SI APLICA):	\$ 22.576.167,00
VALOR A PAGAR EN EL PRESENTE PERIODO DEL INFORME:	\$ 03.415.190,00
SALDO POR EJECUTAR:	\$ 02.748.365,00

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

ACTIVIDADES ESPECÍFICAS, 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 las actividades relacionadas con archivo e incorporación de la documentación en los expedientes dentro de los dos (2) días siguientes al reparto asignado, dejando la respectiva evidencia de la fecha de incorporación de la información, así mismo la radicación de correspondencia interna y externa en el aplicativo y/o herramienta destinada para tal fin, manteniéndola actualizada dentro de un tiempo no mayor a dos (2) días.	Archivar correspondencia física a las preliminares	Se registraron 327 oficios de correspondencia Ubicación: Drive SDS, Inv-lvc Área dueña de dato: Subdirección De Inspección, Vigilancia Y Control De Servicios De Salud. Para tener accesos a la evidencia o soporte lo invitamos hacerlo mediante los canales institucionales establecidos por la Secretaria Distrital de Salud en el siguiente cjlópez-8232722 (Ver Secop II)
2. Gestionar la correspondencia y documentación, mediante la organización, clasificación y archivo, realizando el respectivo registro en las herramientas establecidas con el fin de facilitar la búsqueda y recuperación de estos de acuerdo con los procedimientos establecidos por la Subdirección Inspección Vigilancia y Control de Servicios de Salud.	Apoyar en la organización y foliación de la correspondencia anexada a las preliminares	Re-foliación de 2.322 hojas
3. Apoyar el trámite de notificación de las actuaciones de acuerdo con el cronograma establecido por el área según la necesidad de esta, dejando la evidencia en la herramienta definida por el área.	Prestar apoyo en la notificación personal	No se requirió en el presente informe
4. Mantener la actualización entre las bases de datos y la información del archivo físico existente, de competencia de la Subdirección Inspección Vigilancia y Control de Servicios de Salud.	Actualización de base de correspondencia	Registro de 327 oficios
5. Dar estricto cumplimiento al Anexo Técnico dependiendo de la necesidad o prioridad de los	Prestar apoyo en cambio de carpetas de las preliminares	Se realizo el cambio de 327 carpetas nuevas

	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

procedimientos que requiera la Subdirección de Inspección Vigilancia y Control de Servicios de Salud		
6. Asistir a las reuniones, talleres ético-normativos y demás actividades programadas por la Dirección de Calidad de Servicios de Salud — Subdirección Inspección, Vigilancia y Control de Servicios de Salud, con el fin de unificar criterios y verificar las actividades adelantadas, de acuerdo con los lineamientos emitidos por el supervisor del contrato.	Se realiza según se va generando la necesidad	No se requirió en el presente informe.
7. 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.	Cargue del informe mensual al AGILSALUD	Radicado No. 2026-IE-13523
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
Empresa:	COMPENSAR	Empresa:
Suma cancelada:	\$ 2188.900,00	Suma cancelada:
No Planilla:	89418003	No Planilla:
Mes(es) cancelado(s):	Mayo 2026	Mes(es) cancelado(s):
		APORTES RIESGOS LABORALES
		Empresa:
		Nivel Riesgo:
		Suma cancelada:
		No Planilla:
		Mes(es) cancelado(s):

	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

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: CARLOS JULIO LOPEZ ALFONSO				
	FIRMA: 				
	No. DOCUMENTO DE IDENTIDAD: 79.461.481				

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 90,60% 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

 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:	

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

SUPERVISOR	BOMBRE Y APELLIDO: MARIANA BARROS CADENA Subdirectora Inspección, Vigilancia y Control de Servicios de Salud Subdirectora Técnico Código 68 Grado 06				
	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: OMAR JACKSON ORTEGA Profesional especializado
	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.

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	79461481	CARLOS JULIO LOPEZ ALFONSO		calle 63 n 23 40 apto 301	3105537950	cjlopeza1924@gmail.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 (DÍAS/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DÍAS/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
		89418003	17/06/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-05	2026-05	I	\$0	\$508.300	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD					Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS008	Compensar EPS	860066942-7	218.900	0		0		0	0	0	0	218.900	1

TOTALES PENSIÓN					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
Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria										
25-14	Colpensiones	900336004-7	280.200		0	0	0	0	0	0		280.200	1

TOTALES RIESGOS LABORALES					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
Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria		No. Autorización	Valor										
14-11	ARL SURA	890903790-5	9.200					9.200	0	0	9.200			92	9.200	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	218.900	218.900
Pensión	1	280.200	280.200
Riesgos Laborales	1	9.200	9.200
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	508.300	508.300

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	79461481	CARLOS JULIO LOPEZ ALFONSO		calle 63 n 23 40 apto 301	3105537950	cjlopeza1924@gmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I – Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	
						EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
						NO

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
		89418003	17/06/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-05	2026-05	I	\$0	\$508.300	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE			INFORMACIÓN NOVEDADES										PENSIÓN					SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES																			
No.	Tipo y Número de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Salud	Extranjero	Colom. exterior	Exonente	ING	RET	TDE	TAE	TAP	VST	VST	SAN	AGE	LVA	ANF	VCT	IRL	CORRECCION	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 79461481	LOPEZ ALFONSO CARLOS JULIO	59	0			N															25-14	1.750.905	30	280.200	0	0	0	0	EPS008	1.750.905	30	218.900	14-11	1.750.905	30	1	9.200	0	0	0	0	0	0	0	0	

Medellin, 24 de junio de 2026

LA DIRECCIÓN DE ASEGURAMIENTO SEGUROS OBLIGATORIOS HACE CONSTAR:

Que **CARLOS JULIO LOPEZ ALFONSO** con documento de identidad **C79461481**, se encuentra afiliado(a) a la Administradora de Riesgos Laborales **SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A.** como trabajador(a) de **FONDO FINANCIERO DISTRITAL DE SALUD** con NIT **N800246953**.

A continuación, se relacionan las fechas de afiliación:

Información general de la afiliación

Fecha inicio	Fecha fin	Tipo cotizante	Centro de trabajo	Código C.T	Clase de riesgo	Tasa cotización	Estado cobertura
2025-09-12	2026-07-31	INDEPENDIENTE CON CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS SUPERIOR A UN MES	PRINCIPAL DC	0000000 001	1	0.522	EN COBERTURA

- Medellín 604 4444578
- Bogotá 601 4055911
- Cali 602 3808938
- Pereira 606 3138400

- Manizales 606 8811280
- Bucaramanga 607 6917938
- Cartagena 605 6424938
- Barranquilla 605 3197938

- Líneas de atención 01 8000 511 414 6 01 8000 941 414
- Línea de conciliación ARL 3103157562
- sura.co/arl

BOGOTÁ SECRETARÍA DE SALUD Vig Ppto: 2026 FONDO FINANCIERO DISTRITAL DE SALUD ORDEN DE PAGO No: 610288 Usuario Dilig: ACBOTELLO Fecha de Impresión: 24/06/2026 Estado: GIRADA														
Entidad:		FONDO FINANCIERO DISTRITAL DE SALUD												
Código:		201		Unidad Eje:		01		Fecha Diligenciamiento:		05-JUN-26				
1. DATOS DEL BENEFICIARIO														
Nombre:		CARLOS JULIO LOPEZ ALFONSO			Regimen:		No Responsable							
Dirección:		CL 36 F BIS SUR 9 08 ESTE			Teléfono y Fax:									
C.C o NIT:		79461481			Banco/Sucursal:		BCSC S.A.		Cuenta No/Clase:		24104294758/A			
2. DATOS DEL COMPROMISO														
Compromiso a Pagar:		CONTRATACION DIRECTA			No:		8232722		Interventor o responsable del recibo a satisfacción del bien o servicio:		TOTAL			
Acta de Recibo No:					Nombre del Interventor:									
Detalle														
PLANILLA OGI_VIGENCIA-MAYO 2026 CTO-NO8232722-PERIDO DE:01-may 30-may-2026														
Tipo de Orden de Pago:		VIGENCIA												
3. MOVIMIENTO PRESUPUESTAL														
Fuente de financiación:				IMPUTACIÓN PRESUPUESTAL										
				CDP		Código Rubro		Registro		Nombre		Valor Aplicación (Gasto)		
				179		02-3-01-17-019-03-20240137-233175000		280		IVC-Prestación de servicios al FFDS - SDS		\$2.615.000,00		
				VR BRUTO		DOS MILLONES SEISCIENTOS QUINCE MIL PESOS						\$2.615.000,00		
ID Rubro				Fuente		Detalle		Valor						
02-3-01-17-019-03-20240137-233175000				01		12013		\$2.615.000,00						
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		\$2.615.000,00				
ESTAMPILLA ADULTO MAYOR 2%				2		\$2.615.000,00		2-4-36-90-0007		\$52.300,00				
RETEICA- SERVICIOS 0,966%				.966		\$2.106.700,00		2-4-36-27-0001		\$20.351,00				
ESTAMPILLA - EST_PROCLTURA 0,5%				.5		\$2.615.000,00		2-4-36-90-0003		\$13.075,00				
TOTAL DESCUENTOS										\$85.726,00				
Valor amortización:														
Id fuente				Detalle		VALOR NETO A GIRAR		DOS MILLONES QUINIENTOS VEINTINUEVE MIL DOSCIENTOS SETENTA Y CUATRO PESOS		\$2.529.274,00				
01				Recursos Del Distrito						Código contable				
12013				APORTE ORDINARIO						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						SANDRA MILENA MONROY RAMIREZ Responsable del Presupuesto								
														