DESPACHO – SUBDIRECCIÓN – DIRECCIÓN U OFICINA: **SUBDIRECCIÓN CENTRO REGULADOR DE URGENCIAS Y EMERGENCIAS**	**CONTRATO No.** 7370549	**PERIODO DEL CONTRATO:** Fecha de Inicio: 05/02/2025 Fecha de Terminación: 16/06/2025
ENTIDAD CONTRATANTE: **FONDO FINANCIERO DISTRITAL DE SALUD**		**PLAZO DE EJECUCIÓN:** Cuatro (04) meses y once (11) días. **PRÓRROGA: NO APLICA**
CONTRATISTA: **ALEXANDRA TORRES SANABRIA**		Fecha de Inicio (Prórroga): N/A Fecha de Terminación (Prórroga): N/A **SUSPENSIÓN:** NO APLICA
SUPERVISOR (Nombre y cargo): **JOSÉ VICENTE GUZMÁN GÓMEZ** **SUBDIRECCIÓN CENTRO REGULADOR DE URGENCIAS Y EMERGENCIAS – SUBDIRECTOR TÉCNICO CÓDIGO 068 GRADO 6**		Fecha de Inicio (Suspensión): N/A Nueva Fecha de Terminación (Suspensión): N/A **PERIODO DEL INFORME:** **01/03/2025 – 31/03/2025**
OBJETO DEL CONTRATO: Prestar servicios de apoyo en la Subdirección Centro Regulador de Urgencias y Emergencias, en relación con el seguimiento a los vehículos de emergencia (ambulancias) para gestionar la respuesta sanitaria a los incidentes en salud de las Urgencias, Emergencias y desastres en el marco del Sistema de Emergencias Médicas y el modelo de atención en salud		

BALANCE FINANCIERO DEL CONTRATO	
VALOR INICIAL DEL CONTRATO:	$ 14.352.281
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):	$ 2.823.457
VALOR A PAGAR EN EL PRESENTE PERIODO DEL INFORME:	$ 1.683.552
SALDO POR EJECUTAR:	$ 9.845.272

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 la gestión de la liberación de camillas de los vehículos de emergencia que participan en el Programa de Atención Prehospitalaria, retenidas en las instituciones prestadoras de servicios de salud de la Red Hospitalaria pública y privada en el Distrito Capital, según las directrices definidas por la Subdirección Centro Regulador de Urgencias y Emergencias, con el registro físico y reporte oportuno en los sistemas de información establecidos.	Durante el mes de **marzo** de 2024, se apoyó la gestión para la liberación de camillas presencial y/o telefónica de los vehículos de emergencia (ambulancias) del Sistema de Emergencias Médicas, retenidas en las instituciones prestadoras de servicios de salud de la ciudad, según las directrices definidas por la Subdirección Centro regulador de Urgencias y Emergencias, así: Primer corte: 82 Segundo corte: 58	Carpeta Obligación No.1 *Certif Liberación presencial 1er corte *Certif Liberación presencial 2do corte

2. Apoyar el seguimiento al reporte de sobreocupación de los servicios de urgencias y otros servicios hospitalarios, según las indicaciones de la Subdirección Centro Regulador de Urgencias y Emergencias, para lo cual deberá realizar el registro físico y reporte oportuno en los sistemas de información destinados para ello.	Durante el mes de **marzo** de 2024, se apoyó el seguimiento al reporte de sobreocupación de los servicios de urgencias y otros servicios hospitalarios, según las indicaciones de la Subdirección Centro Regulador de Urgencias y Emergencias, así: Primer corte: 07 Segundo corte: 01	Carpeta Obligación No. 2 *Certif Visitas servurgencias 1er corte *Certif Visitas servurgencias 2do corte
3. Realizar la validación técnica de los criterios aplicables al servicio de traslado asistencial de pacientes y atención Prehospitalaria (talento humano, carrocería, dotación, registros, entre otros), así como la validación de las condiciones para la prestación de servicios de salud según las directrices definidas por la Subdirección Centro Regulador de Urgencias y Emergencias, para lo cual deberá realizar el registro físico y reporte oportuno en los sistemas de información destinados para ello.	Durante el mes de **marzo** de 2024, se apoyó la validación técnica de los criterios aplicables al servicio de traslado asistencial de pacientes y atención Prehospitalaria (talento humano, carrocería, dotación, registros, entre otros), así como la validación de las condiciones para la prestación de servicios de salud según las directrices definidas por la Subdirección Centro Regulador de Urgencias y Emergencias, así: Primer corte Revisiones: 03 Segundo corte Revisiones: 01	Carpeta Obligación No. 3 *Certif revisión vehemerge 1er corte *Certif revisión vehemerge 2do corte
4. Realizar el seguimiento a los puestos de primeros auxilios ubicados en los portales del Sistema Transmilenio de conformidad con lo establecido en el Acuerdo 334 del 2008 y según las directrices definidas por la Subdirección Centro Regulador de Urgencias y Emergencias, para lo cual deberá realizar el registro físico y reporte oportuno en los sistemas de información destinados para ello.	Durante el mes de **marzo** de 2024, se apoyó el seguimiento a los puestos de primeros auxilios ubicados en los portales del Sistema Transmilenio de conformidad con lo establecido en el Acuerdo 334 del 2008 y según las directrices definidas por la Subdirección Centro Regulador de Urgencias y Emergencias, así: Primer corte: 02 Segundo corte: 01	Carpeta Obligación No. 4 *Revisión puesto de 1ros auxilios Portal 20 de Julio 1er corte *Revisión puesto de 1ros auxilios Portal El Dorado 1er corte *Revisión puesto de 1ros auxilios Portal 20 de Julio 2do corte
5. Apoyar la caracterización de espacios estratégicos para la eventual ubicación de vehículos de emergencia, así como, en el seguimiento a las bases de los vehículos de emergencias que participan en el Programa de Atención Prehospitalaria, con el registro físico y reporte oportuno en los sistemas de información establecidos.	Durante el mes de **marzo de 2024**, no se apoyó visitas de caracterización y seguimiento a las bases de los vehículos de emergencias que participan en el Programa de Atención Prehospitalaria.	No se realiza esta actividad durante el periodo del presente informe.
6. Participar activamente en las diferentes reuniones, convocadas por la Subdirección Centro Regulador de Urgencias y Emergencias en Salud.	Durante el mes de **marzo de 2024**, no se participó en las diferentes orientaciones y reuniones, que fueron convocadas por la Dirección Urgencias y Emergencias en Salud y la Subdirección Centro Regulador de Urgencias y Emergencias en Salud.	No se realiza esta actividad durante el periodo del presente informe.
7. Apoyar en las demás actividades que sean requeridas dentro del procedimiento de regulación de la urgencia médica acorde a la indicación del Supervisor con ocasión al objeto contractual.	Durante el mes de **marzo** de 2024, se apoyó las demás actividades que requirió el Supervisor en ocasión al objeto del contrato, así:	Carpeta Obligación No.7 1. Certif Resumen ingreso GT SIDCRUE 1er corte. Certif Resumen ingreso GT SIDCRUE 2do corte

	1. Entrega de actividades Gestor de Transporte	

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:
N/A

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 EPS	Empresa:	Colpensiones	Empresa:	ARL Sura
				Nivel Riesgo:	3
Suma cancelada:	$225.000	Suma cancelada:	$288.000	Suma cancelada:	$43.900
No Planilla:	8384434046	No Planilla:	8384434046	No Planilla:	8384434046
Mes(es) cancelado(s):	FEBRERO 2025	Mes(es) cancelado(s):	FEBRERO 2025	Mes(es) cancelado(s):	FEBRERO 2025
Empresa:	Compensar EPS	Empresa:	Colpensiones	Empresa:	ARL Sura
Suma cancelada:	$225.000	Suma cancelada:	$288.000	Suma cancelada:	$43.900
No Planilla:	8385247012	No Planilla:	8385247012	No Planilla:	8385247012
Mes(es) cancelado(s):	MARZO 2025	Mes(es) cancelado(s):	MARZO 2025	Mes(es) cancelado(s):	MARZO 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:	Premier One: Usuario: MATORRES Contraseña: Prueba@18 SIDCRUE: Usuario: Atorres1 Contraseña: Cami2004	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:** **ALEXANDRA TORRES SANABRIA**
	
	No. DOCUMENTO DE IDENTIDAD: **63.366.999 de Bucaramanga - Santander**

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 42,42**%** de ejecución del contrato	**OTRAS OBSERVACIONES:** NO APLICA

Certificó que el contratista realizó la entrega de actividades y bienes a cargo incluyendo la devolución del carné que lo identifica como contratista de la entidad.	

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	N/A
2	Inadecuado manejo de la información a la cual tiene acceso el contratista		X	N/A
3	Suspensión o cancelación de la tarjeta o matrícula profesional, para aquellas profesiones que así lo establecen		X	N/A

SUPERVISOR	**NOMBRE Y APELLIDO:** **JOSÉ VICENTE GUZMÁN GÓMEZ**
	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** **DIANA CAROLINA TORRES TORRES**
	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 operador de información certifica que procesó el pago realizado por:

Señor(a): ALEXANDRA TORRES SANABRIA
No. Identificación: CC63366999
Dirección: KR 63 23A 84 TO 3 AP 303
Telefono: 3125135973
Correo: mariacajimenezto@hotmail.com
Ciudad: BOGOTÁ, D.C.
Número de Planilla: 8384434046

CITE EL NÚMERO DE PLANILLA PARA CUALQUIER CONSULTA DE PAGO

Nombre Aportante	ALEXANDRA TORRES SANABRIA
Tipo y número de identificación	CC63366999
Número de planilla	8384434046
Fecha pago	2025-03-06
Número de autorización pago	84434046
Banco	1052

Número de Empleados	1
Periodo de Cotización Salud	febrero de 2025
Periodo de Cotización Pensión	febrero de 2025
Número de Administradoras	4
Total Pagado	592900
Total Intereses de Mora	0

PAGADA

CÓDIGO ADMINISTRADORA	NOMBRE	TOTAL PAGADO	NÚMERO DE AFILIADOS
14-11	ARL SURA	43900	1
25-14	Administradora Colombiana de Pensiones - Colpensiones	288000	1
CCF24	Compensar Caja de Compensacion Fliar	36000	1
EPS008	Compensar EPS	225000	1

8384434046

TIPO DOC.: CC
NO. DOCUMENTO: 63366999
APELLIDOS Y NOMBRES: ALEXANDRA TORRES SANABRIA

Cód. EPS	Cód. AFP	IBC SALUD	IBC PENSIÓN	IBC RIESGOS	IBC CAJAS	COTIZACIÓN SALUD	VALOR UPC	COTIZACIÓN PENSIÓN	FONDO SOLIDARIDAD Y SUBSISTENCIA	COTIZACIÓN RIESGOS	APORTE CAJAS
EPS008	25-14	1800000	1800000	1800000	1800000	225000	0	288000	0	43900	36000

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

Compensar operador de información certifica que procesó el pago realizado por:

Señor(a): ALEXANDRA TORRES SANABRIA
No. Identificación: CC63366999
Dirección: KR 63 23A 84 TO 3 AP 303
Telefono: 3125135973
Correo: mariacajimenezto@hotmail.com
Ciudad: BOGOTÁ, D.C.
Número de Planilla: 8385247012

CITE EL NÚMERO DE PLANILLA PARA CUALQUIER CONSULTA DE PAGO

Nombre Aportante	ALEXANDRA TORRES SANABRIA	**Número de Empleados**	1
Tipo y número de identificación	CC63366999	**Periodo de Cotización Salud**	marzo de 2025
Número de planilla	8385247012	**Periodo de Cotización Pensión**	marzo de 2025
Fecha pago	2025-03-27	**Número de Administradoras**	4
Número de autorización pago	85247012	**Total Pagado**	592900
Banco	1052	**Total Intereses de Mora**	0

PAGADA

CÓDIGO ADMINISTRADORA	NOMBRE	TOTAL PAGADO	NÚMERO DE AFILIADOS
14-11	ARL SURA	43900	1
25-14	Administradora Colombiana de Pensiones - Colpensiones	288000	1
CCF24	Compensar Caja de Compensacion Fliar	36000	1
EPS008	Compensar EPS	225000	1

8385247012

TIPO DOC.: CC
NO. DOCUMENTO: 63366999
APELLIDOS Y NOMBRES: ALEXANDRA TORRES SANABRIA

Cód. EPS	Cód. AFP	IBC SALUD	IBC PENSIÓN	IBC RIESGOS	IBC CAJAS	COTIZACIÓN SALUD	VALOR UPC	COTIZACIÓN PENSIÓN	FONDO SOLIDARIDAD Y SUBSISTENCIA	COTIZACIÓN RIESGOS	APORTE CAJAS
EPS008	25-14	1800000	1800000	1800000	1800000	225000	0	288000	0	43900	36000

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

ARL

Medellin, 17 de marzo de 2025

LA DIRECCIÓN DE AFILIACIONES Y RECAUDOS HACE CONSTAR:

Que **ALEXANDRA TORRES SANABRIA** con documento de identidad **C63366999**, 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
2024-09-06	2025-06-16	INDEPENDIENTE CON CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS SUPERIOR A UN MES	LINEAS Y RADIOCOMUNICACIONES R3	0000000007	3	2.436	EN COBERTURA

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

EL SUSCRITO PROFESIONAL ESPECIALIZADO DE LA DIRECCION DE PLANEACION SECTORIAL - BIBLIOTECA

CERTIFICA

Que revisados los registros que aparecen en el Sistema Bibliográfico de la Biblioteca de la Secretaría Distrital de Salud, se constató que a la fecha el (la) Señor(a), **ALEXANDRA TORRES SANABRIA** identificado(a) con la cédula de ciudadanía N°**: 63366999,** no tiene material bibliográfico en préstamo.

Se expide la presente certificación a petición del (la) interesado(a) en Bogotá D.C a los 02 días del mes de abril de 2025.

ANGIE PAEZ Firmado digitalmente por Angie Liseth Páez Lara

Firma: _____

Nombre: Angie Liseth Páez Lara
Profesional Universitario

Verificación realizada en el Sistema por: EFREN RUEDA VEGA	Firma.___ Efren Rueda Vega

FONDO FINANCIERO DISTRITAL DE SALUD

BOGOTÁ | SECRETARÍA DE SALUD

Vig Ppto: 2025

ORDEN DE PAGO

No: 502879

Usuario Dilig: YAMEDINA
Fecha de Impresión: 17/03/2025
Estado: GIRADA

Entidad:	FONDO FINANCIERO DISTRITAL DE SALUD				
Código:	201	Unidad Eje:	01	Fecha Diligenciamiento:	04-MAR-25

1. DATOS DEL BENEFICIARIO

Nombre:	ALEXANDRA TORRES SANABRIA	Regimen:	No Responsable		
Dirección:	KR 63 23A 84 T3 APTO 303	Teléfono y Fax:	4059809		
C.C o NIT:	63366999	Banco/Sucursal:	BANCO DE BOGOTA	Cuenta No/Clase:	015008238/A

2. DATOS DEL COMPROMISO

Compromiso a Pagar:	CONTRATACION DIRECTA	No:	7370549	Interventor o responsable del recibo a satisfacción del bien o servicio:	TOTAL
Acta de Recibo No:		Nombre del Interventor:			

Detalle

CTO-NO7370549-PLANILLA OGI_VIGENCIA-FEBRERO 2025-PERIODO DE:05-feb 28-feb-2025

Tipo de Orden de Pago: VIGENCIA

3. MOVIMIENTO PRESUPUESTAL

Fuente de financiación:

ID Rubro	Fuente	Detalle	Valor	
O2-3-01-17-019-05-20240200-236083051	01	12013	$2.823.457,00	
Tipo	**Com**	**Objeto**	**Ingreso**	**Banco**
O23	20202009	91122	O1-5-01-01-001	

IMPUTACIÓN PRESUPUESTAL

CDP	Código Rubro	Registro	Nombre	Valor Aplicación (Gasto)
1901	O2-3-01-17-019-05-20240200-236083051	1809	Contratacion del Recurso Humano	$2.823.457,00

VR BRUTO	DOS MILLONES OCHOCIENTOS VEINTITRES MIL CUATROCIENTOS CINCUENTA Y SIETE PESOS	$2.823.457,00

4. MOVIMIENTO FINANCIERO Y CONTABLE

Descripción	% Descuento	Base de Retención	Código Contable	VALORES
Valor Bruto			5-1-11-79-0001	$2.823.457,00
ESTAMPILLA - EST_PROCULTURA 0,5%	.5	$2.823.457,00	2-4-36-90-0003	$14.117,00
RETEICA- SERVICIOS 0,966%	.966	$2.442.157,00	2-4-36-27-0001	$23.591,00
ESTAMPILLA ADULTO MAYOR 2%	2	$2.823.457,00	2-4-36-90-0007	$56.469,00

Valor amortización:

Id fuente	Detalle
01	Recursos Del Distrito
12013	APORTE ORDINARIO

TOTAL DESCUENTOS		$94.177,00
VALOR NETO A GIRAR	DOS MILLONES SETECIENTOS VEINTINUEVE MIL DOSCIENTOS OCHENTA PESOS	$2.729.280,00
		Código contable
		2-4-01-02-0003

MOVIMIENTO TESORERÍA

Endosado a:

Observaciones

Acreedor (Exclusivamente para transferencia de la administración)

Nombre _____

Cédula _____ Firma _____

YURY ANGELICA MEDINA OSPINA
GESTION DE PAGOS

ANGEL ANTONIO ZABALETA GALINDO
Responsable del Presupuesto

Consulta Pagos