DESPACHO – SUBDIRECCIÓN – DIRECCIÓN U OFICINA: **SUBDIRECCIÓN CENTRO REGULADOR DE URGENCIAS Y EMERGENCIAS**	**CONTRATO No.** **7142940**	**PERIODO DEL CONTRATO:** Fecha de Inicio: 15/12/2024 Fecha de Terminación: 21/05/2025
ENTIDAD CONTRATANTE: **FONDO FINANCIERO DISTRITAL DE SALUD**		**PLAZO DE EJECUCIÓN:** Cinco (5) meses siete (7) días **PRÓRROGA: N/A**
CONTRATISTA: **SERGIO ANDRES VANEGAS ROA**		Fecha de Inicio (Prórroga): 22/31/07 Fecha de Terminación (Prórroga): 31/07/2025 **SUSPENSIÓN: N/A**
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:** **22/05/2025 – 31/05/2025**
OBJETO DEL CONTRATO: Prestar servicios como Técnico Auxiliar de Enfermería, Técnico o Tecnólogo de Atención Prehospitalaria en la Subdirección Centro Regulador de Urgencias y Emergencias, con el fin de gestionar los eventos en salud transferidos desde la línea de Emergencias 123 o través de los mecanismos establecidos, en el marco del Sistema de Emergencias Médicas y el modelo de atención en salud		

BALANCE FINANCIERO DEL CONTRATO	
VALOR INICIAL DEL CONTRATO:	$ 17.959.748
VALOR ADICIÓN (SI APLICA):	$ 8.287.942
VALOR INDEXACIÓN (SI APLICA):	$ 806.472
VALOR CEDIDO (SI APLICA)	$ 0
VALOR A LIBERAR (SI APLICA)	$ 0
VALOR PAGADO AL CONTRATISTA O CESIONARIO (SI APLICA):	$ 18.752.999
VALOR A PAGAR EN EL PRESENTE PERIODO DEL INFORME:	$ 945.168
SALDO POR EJECUTAR:	$ 7.355.995

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. Atender la gestión integral de los incidentes que ingresen al Centro Operativo a través de la línea 123 o a través de otros canales de comunicación, en el ejercicio de rectoría del Sistema de Emergencias Médicas, aplicando lo definido en el Procedimiento de Regulación de la Urgencia Médica y demás documentos establecidos	Realizar la gestión durante el periodo de abril **2025** con un total de 378 registros en el sistema Premier One con el ID **MSERANDVANRO** de los incidentes que ingresan al Centro Operativo del CRUE, de acuerdo con lo definido en el procedimiento de Regulación de la Urgencia Médica para el perfil.	Se adjunta evidencia en archivo PDF: - Certificado Incidentes 2

2. Apoyar la gestión del proceso de Referencia y Contra- referencia, de los casos que ingresen al Centro Regulador de Urgencias a través de la plataforma de información de la Dirección de Urgencias y Emergencias en Salud, por correo electrónico o vía telefónica, según lo definido en el lineamiento de la Subdirección CRUE	Durante el periodo actual no fue requerida por la Subdirección la realización del apoyo al proceso de referencia y contra referencia, por tal razón no se cuenta con evidencia	Durante el periodo actual no fue requerida por la Subdirección la realización del apoyo al proceso de referencia y contra referencia, por tal razón no se cuenta con evidencia Se adjunta evidencia en archivo PDF: - Certificado Horas 2
3. Participar en las diferentes actividades de socialización que sean programadas por la Subdirección Centro Regulador de Urgencias y Emergencias en Salud	Durante el mes de **mayo de 2025** no asisti a ninguna reuniones ni capacitación convocadas por la Subdirección Centro Regulador de Urgencias y Emergencias en Salud	-No se adjunta evidencia

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:	Sanitas eps	Empresa:	Porvenir	Empresa:	ARL Sura
				Nivel Riesgo:	1
Suma cancelada:	$ 178,000	Suma cancelada:	$ 227,800	Suma cancelada:	$7.500
No Planilla:	9484738756	No Planilla:	9484738756	No Planilla:	9484738756
Mes(es) cancelado(s):	Abri2025	Mes(es) cancelado(s):	abril 2025	Mes(es) cancelado(s):	abril 2025
Suma cancelada:	$ 178,000	Suma cancelada:	$ 227,800	Suma cancelada:	$ 227,800
No Planilla:	9487450336	No Planilla:	9487450336	No Planilla:	9487450336
Mes(es) cancelado(s):	Mayo 2025	Mes(es) cancelado(s):	Mayo 2025	Mes(es) cancelado(s):	Mayo 2025
Suma cancelada:	$ 34.000	Suma cancelada:	$ 43.500	Suma cancelada:	$ 1400

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:	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):	NO APLICA

FIRMA DEL CONTRATISTA

CONTRATISTA	**NOMBRES Y APELLIDOS:** **SERGIO ANDRES VANEGAS ROA**
	FIRMA:
	No. DOCUMENTO DE IDENTIDAD: **1019059705**

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 100**%** de ejecución del contrato y del 13,04% de ejecución de la adición y prórroga 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	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:** **NEIL ANDREW BAIN FARACICA**
	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.*

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1019059705		VANEGAS ROA SERGIO ANDRES	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CARRERA 5B 81 55 SUR	BOGOTA-BOGOTA D.E.	3213389773	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-04	2025-04	1477569449	9484738756	I	2025/05/05	2025/05/13	NEQUI	8	$415,600

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO					PENSION		SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES		
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$1,423,500	$227,800			$1,423,500	$178,000			$0	$0			$1,423,500	$7,500		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$1,423,500	$227,800			$1,423,500	$178,000			$0	$0			$1,423,500	$7,500		$0	$0
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)					$1,423,500	$227,800			$1,423,500	$178,000			$0	$0			$1,423,500	$7,500		$0	$0
1	CC	1019059705	VANEGAS SERGIO	230301	30	$1,423,500	$227,800	EPS005	30	$1,423,500	$178,000		0	$0	$0	14-11	30	$1,423,500	$7,500	0	$0	$0
Total		**Afiliados(1)**				$1,423,500	$227,800			$1,423,500	$178,000			$0	$0			$1,423,500	$7,500		$0	$0

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1019059705		VANEGAS ROA SERGIO ANDRES	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CARRERA 5B 81 55 SUR	BOGOTA-BOGOTA D.E.	3213389773	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-04	2025-04	1477569449	9484738756	I	2025/05/05	2025/05/13	NEQUI	8	$415,600

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$227,800	$1,200	$0	$229,000
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	$227,800	$1,200	$0	$229,000
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$7,500	$100	$0	$7,600
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	1	$7,500	$100	$0	$7,600
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$178,000	$1,000	$0	$179,000
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	1	$178,000	$1,000	$0	$179,000
TOTAL				1	$413,300	$2,300	$0	$415,600

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1019059705		VANEGAS ROA SERGIO ANDRES	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CARRERA 5B 81 55 SUR	BOGOTA-BOGOTA D.E.	3213389773	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-05	2025-05	1557303895	9487450336	I	2025/06/04	2025/06/16	NEQUI	12	$496,100

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO					PENSION		SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES		
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$1,695,271	$271,300			$1,695,271	$212,000			$0	$0			$1,695,271	$8,900		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$1,695,271	$271,300			$1,695,271	$212,000			$0	$0			$1,695,271	$8,900		$0	$0
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)					$1,695,271	$271,300			$1,695,271	$212,000			$0	$0			$1,695,271	$8,900		$0	$0
1	CC	1019059705	VANEGAS SERGIO	230301	30	$1,695,271	$271,300	EPS005	30	$1,695,271	$212,000		0	$0	$0	14-11	30	$1,695,271	$8,900	0	$0	$0
Total		**Afiliados(1)**				$1,695,271	$271,300			$1,695,271	$212,000			$0	$0			$1,695,271	$8,900		$0	$0

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1019059705		VANEGAS ROA SERGIO ANDRES	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CARRERA 5B 81 55 SUR	BOGOTA-BOGOTA D.E.	3213389773	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-05	2025-05	1557303895	9487450336	I	2025/06/04	2025/06/16	NEQUI	12	$496,100

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$271,300	$2,100	$0	$273,400
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	$271,300	$2,100	$0	$273,400
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$8,900	$100	$0	$9,000
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	1	$8,900	$100	$0	$9,000
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$212,000	$1,700	$0	$213,700
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	1	$212,000	$1,700	$0	$213,700
TOTAL				**1**	**$492,200**	**$3,900**	**$0**	**$496,100**

ARL

Medellin, 20 de mayo de 2025

LA DIRECCIÓN DE AFILIACIONES Y RECAUDOS HACE CONSTAR:

Que **SERGIO ANDRES VANEGAS ROA** con documento de identidad **C1019059705**, 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
2024-12-12	2025-07-31	INDEPENDIENTE CON CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS SUPERIOR A UN MES	CALL CENTER LÌNEAS R1	0000000015	1	0.522	EN COBERTURA



VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

FONDO FINANCIERO DISTRITAL DE SALUD

BOGOTÁ | SECRETARÍA DE SALUD

Vig Ppto: 2025

ORDEN DE PAGO

No: 507116

Usuario Dilig: YAMEDINA
Fecha de Impresión: 27/06/2025
Estado: GIRADA

Entidad:	FONDO FINANCIERO DISTRITAL DE SALUD				
Código:	201	Unidad Eje:	01	Fecha Diligenciamiento:	05-MAY-25

1. DATOS DEL BENEFICIARIO

Nombre:	SERGIO ANDRES VANEGAS ROA	Regimen:	No Responsable		
Dirección:	CR 5 B 81 55 SUR	Teléfono y Fax:			
C.C o NIT:	1019059705	Banco/Sucursal:	DAVIVIENDA	Cuenta No/Clase:	009070306551/A

2. DATOS DEL COMPROMISO

Compromiso a Pagar:	CV - CONVENIO INTERSINSTITUCIONAL	No:	7142940	Interventor o responsable del recibo a satisfacción del bien o servicio:	TOTAL
Acta de Recibo No:		Nombre del Interventor:			

Detalle

CTO-NO7142940-PLANILLA OGI_VIGENCIA-ABRIL 2025-PERIODO DE:01-abr 30-abr-2025

Tipo de Orden de Pago: VIGENCIA

3. MOVIMIENTO PRESUPUESTAL

Fuente de financiación:

ID Rubro	Fuente	Detalle	Valor
O2-3-01-17-019-05-20240200-236083000	01	12013	$3.431.799,00

Tipo	Com	Objeto	Ingreso	Banco
O23	20202009	91122	O1-5-01-01-004-09	

IMPUTACIÓN PRESUPUESTAL

CDP	Código Rubro	Registro	Nombre	Valor Aplicación (Gasto)
537	O2-3-01-17-019-05-20240200-236083000	412	CRUE-Prestación de servicios al FFDS - SDS, Servicio de regulación de centros reguladores de urgencias, emergencias y	$3.431.799,00

VR BRUTO	TRES MILLONES CUATROCIENTOS TREINTA Y UN MIL SETECIENTOS NOVENTA Y NUEVE PESOS	$3.431.799,00

4. MOVIMIENTO FINANCIERO Y CONTABLE

Descripción	% Descuento	Base de Retención	Código Contable	VALORES
Valor Bruto			5-1-11-79-0001	$3.431.799,00
ESTAMPILLA ADULTO MAYOR 2%	2	$3.431.799,00	2-4-36-90-0007	$68.636,00
RETEICA- SERVICIOS 0,966%	.966	$3.018.499,00	2-4-36-27-0001	$29.159,00
ESTAMPILLA - EST_PROCULTURA 0,5%	.5	$3.431.799,00	2-4-36-90-0003	$17.159,00

Valor amortización:

Id fuente	Detalle
01	Recursos Del Distrito
12013	APORTE ORDINARIO

TOTAL DESCUENTOS		$114.954,00
VALOR NETO A GIRAR	TRES MILLONES TRESCIENTOS DIECISEIS MIL OCHOCIENTOS CUARENTA Y CINCO PESOS	$3.316.845,00
		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

YOLANDA PATRICIA VALDERRAMA CORTES
Responsable del Presupuesto

Consulta Pagos