


	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				

DESPACHO – SUBDIRECCIÓN – DIRECCIÓN U OFICINA: SUBDIRECCIÓN CENTRO REGULADOR DE URGENCIAS Y EMERGENCIAS	CONTRATO No. 8475279	PERIODO DEL CONTRATO:
		Fecha de Inicio: 22/10/2025
		Fecha de Terminación: 25/11/2025
ENTIDAD CONTRATANTE: FONDO FINANCIERO DISTRITAL DE SALUD		PLAZO DE EJECUCIÓN: Dos (2) meses y (8) ocho días
CONTRATISTA: Angela Viviana Blanco Ortiz		PRÓRROGA: N/A Fecha de Inicio (Prórroga): N/A Fecha de Terminación (Prórroga): N/A
SUPERVISOR (Nombre y cargo): JOSÉ VICENTE GUZMÁN GÓMEZ SUBDIRECCIÓN CENTRO REGULADOR DE URGENCIAS Y EMERGENCIAS – SUBDIRECTOR TÉCNICO CÓDIGO 068 GRADO 6		SUSPENSIÓN: N/A Fecha de Inicio (Suspensión): N/A Nueva Fecha de Terminación (Suspensión): N/A
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		PERIODO DEL INFORME: 01/11/2025 – 28/11/2025

BALANCE FINANCIERO DEL CONTRATO	
VALOR INICIAL DEL CONTRATO:	\$ 10.209.784
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):	\$ 1.063.314
VALOR A PAGAR EN EL PRESENTE PERIODO DEL INFORME:	\$ 2.981.290
SALDO POR EJECUTAR:	\$ 6.165.180

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. 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 noviembre 2025 con 902 +182 registros en el sistema Premier One con el ID MAVBLANCOORT 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 1 - Certificado Incidentes 2
2. Apoyar la gestión del proceso de Referencia y Contra- referencia, de los casos que ingresen al Centro	Durante el periodo actual no fue requerida por la Subdirección la realización del apoyo al proceso de referencia y contra	Durante el periodo actual no fue requerida por la Subdirección la realización del apoyo al proceso de

	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

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	referencia, por tal razón no se cuenta con evidencia	referencia y contra referencia, por tal razón no se cuenta con evidencia Se adjunta evidencia en archivo PDF: - Certificado Horas 1 - 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 noviembre de 2025 no fueron convocadas reuniones ni capacitaciones 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.

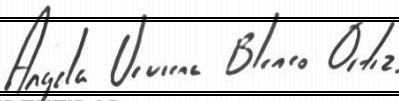
INFORMACIÓN PAGOS SEGURIDAD SOCIAL



APORTES EN SALUD		APORTES EN PENSIÓN		APORTES RIESGOS LABORALES	
Empresa:	Famisanar	Empresa:	Porvenir	Empresa:	ARL Sura
Suma cancelada:	\$ 178.000	Suma cancelada:	\$ 227.800	Nivel Riesgo:	3
No Planilla:	1075721314	No Planilla:	1075721314	Suma cancelada:	\$34.700
Mes(es) cancelado(s):	Octubre 2025	No Planilla:	1075721314	No Planilla:	1075721314
Suma cancelada:	\$ 178.000	Mes(es) cancelado(s):	Octubre 2025	Mes(es) cancelado(s):	Octubre 2025
No Planilla:	1076607628	Suma cancelada:	\$ 227.800	Suma cancelada:	\$34.700
Mes(es) cancelado(s):	Noviembre 2025	No Planilla:	1076607628	No Planilla:	1076607628
		Mes(es) cancelado(s):	Noviembre 2025	Mes(es) cancelado(s):	Noviembre 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, SIAS, SIRC, SIDBA, SIPROJ, ETC.), si aplica a sus actividades:	SIDCRUE Usuario avblanco Contraseña Viviana PREMIER ONE Usuario MAVBLANCOORT Contraseña Servicios2025++	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: Angela Viviana Blanco Ortiz
	FIRMA: 
	No. DOCUMENTO DE IDENTIDAD: 53.053.530

	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

INFORME SUPERVISOR DE CONTRATO – CERTIFICADO DE CUMPLIMIENTO

<p>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 57,00% de ejecución del contrato. Certifico 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.</p>	<p>OTRAS OBSERVACIONES: NO APLICA</p>
--	--

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 materializó el riesgo? (Marque con una X)		Observaciones (Describe la(s) causa(s) por las cuales se materializó 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.



PAGOSIMPLE |

AUTOLIQUIDACION
CONSOLIDADA

Fecha creación reporte: 2025-10-22, 10:01:20 AM

Tipo Planilla:

I: PLANILLA INDEPENDIENTES

Número Planilla:

1075721314

Periodo Cotización:

octubre de 2025

Periodo Servicio:

octubre de 2025

PAGADO 22/10/2025

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	ANGELA VIVIANA BLANCO ORTIZ		
Documento	CC53053520	Dirección	CR 78P SUR #54 B - 00
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	Teléfono	4083837
Tipo Persona	NATURAL	Forma Presentación	ÚNICO
Ciudad	BOGOTA D.C.	Departamento	BOGOTA D.C.
Representante Legal		Identificación	
Total Afiliados	1	ARP	ARL SURA

II. DETALLE DEL APORTANTE

Datos del Afiliado				Novedades													Pensiones			Salud			Riesgos			Cajas			Parafiscales				Total									
Identificación	Apellidos y Nombres	Tipo Cotizante	Subtipo Cotizante	ING	RET	RET P	TDE	TAE	TOP	TAP	VSP	CDR	VST	SUN	ICE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	Días AFP	Días EPS	Días ARP	Días CCF	Administradora	IBC Pensión	Aporte Pensión	Administradora	IBC Salud	Aporte Salud	Tarifa	IBC Riesgos	Aporte Riesgos	Administradora	IBC Caja	Aporte Caja	Aporte SENA	Aporte ICBF	ESAP	Aporte Ministerio	Total	
CC 53053520	ANGELA VIVIANA BLANCO ORTIZ	59	00																		0	30	30	0	(230301) PORVENIR	\$ 1.423.500	\$ 227.800	(EPS017) FAMISANAR EPS	\$ 1.423.500	\$ 178.000	2.436	\$ 1.423.500	\$ 34.700	(NIN-CC) NINGUNA CCF	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 440.500

III. TOTALES

IBC Pensión	IBC Salud	IBC Riesgos	IBC Cajas	Aportes Pensión	Aportes Salud	Aportes Riesgos	Aportes Cajas	Aportes Sena	Aportes ICBF	Aportes ESAP	Aportes Min Educación	(Incapacidades, Licencias, Saldos a Favor) EPS	Incapacidades ARP	SUBTOTAL SIN INTERESES DE MORA	TOTAL INTERESES DE MORA	TOTAL FINAL
\$ 1.423.500	\$ 1.423.500	\$ 1.423.500	\$ 0	\$ 227.800	\$ 178.000	\$ 34.700	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 440.500	\$ 0	\$ 440.500





PAGOSIMPLE | REPORTE INDIVIDUAL

Fecha creación reporte 2025-11-21, 11:46:10 a. m. Tipo Planilla | Número Planilla 1076607628

Periodo Cotización 202511

Periodo Servicio 202511

PAGADA 2025-11-21 11:44:59.0

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	ANGELA VIVIANA BLANCO ORTIZ		
Documento	CC 53053520	Dirección	CR 78P SUR #54 B - 00
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	Teléfono	4083837
Tipo Persona	NATURAL	Forma Presentación	ÚNICO
Ciudad	BOGOTA D.C.	Departamento	BOGOTA D.C.
Representante Legal		Identificación	
		Total Afiliados	1

II. DATOS DEL AFILIADO

Documento	CC 53053520	Residente	Exonerado	N	Apellidos y Nombres	Código Ciudad - Departamento	Centro de Trabajo	Ubicación Laboral
Tipo Cotizante	59 00				BLANCO ORTIZ ANGELA VIVIANA	11001000 - 11		BOGOTA D.C.

III. APORTE POR CADA UNA DE LAS ADMINISTRADORAS ASOCIADAS AL AFILIADO:

Novedades														Extranjero	Tipo salario	Salario	Pensión						Salud				Riesgos				Caja				Parafiscales											
ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	CCR	VST	SUN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT				IRP	Dias AFP	Dias EPS	Dias AFP	Dias CCF	Código AFP	Código Tras. AFP	Tarifa AFP	IBC	Total Aporte AFP	Total Aporte FSP	Total Aporte FSPS	Código EPS	Código Tras. EPS	Tarifa EPS	IBC EPS	Aporte Salud	Aporte UPC	Código ARL	Clase Riesgo	Tarifa ARL	IBC ARL	Aporte Riesgos	Código CCF	Tarifa CCF	IBC CCF	Aporte Caja	Tarifa SENA	Aporte SENA	Tarifa ICBF
															0	30	30	0			16 %	\$ 1.423.500	\$ 227.800	\$ 0	\$ 0	EPS017		12,5 %	\$ 1.423.500	\$ 178.000	\$ 0	14-11	3	2,436 %	\$ 1.423.500	\$ 34.700	NIN-CC	0 %	\$ 0	\$ 0	0 %	\$ 0	0 %	\$ 0	0 %	\$ 0

IV. TOTALES

Total Aportes Pensión	Total Aportes FSP	Total Aportes FSPS	Total Aportes Salud	Total Aportes Riesgos	Total Aportes Cajas	Total Aportes SENA	Total Aportes ICBF	Total Aportes ESAP	Total Aportes MEN	Total Final
PORVENIR	FSP SOLIDARIDAD	FSP SUBSISTENCIA	FAMISANAR EPS	ARL SURA	NINGUNA CCF	SENA	ICBF	ESAP	MEN	
\$ 227.800	\$ 0	\$ 0	\$ 178.000	\$ 34.700	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	



Medellin, 21 de noviembre de 2025

LA DIRECCIÓN DE AFILIACIONES Y RECAUDOS HACE CONSTAR:

Que **ANGELA BLANCO ORTIZ** con documento de identidad **C53053520**, 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
2024-09-12	2025-11-30	INDEPENDIENTE CON CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS SUPERIOR A UN MES	CALL CENTER LINEAS R1	000000015	1	0.522	EN COBERTUR A



• Medellín **604 4444578**
 • Bogotá **6014055911**
 • Cali **602 3808938**
 • Pereira **606 3138400**

• Manizales **606 8811280**
 • Bucaramanga **6076917938**
 • Cartagena **605 6424938**
 • Barranquilla **605 3197938**

Líneas de atención **01 8000 511 414 ó 01 8000 941 414**
 Línea de conciliación ARL **3103157562**
segurossura.com.co arlsura.com

FONDO FINANCIERO DISTRITAL DE SALUD



Vig Ppto: 2025

ORDEN DE PAGO

No: 523209

Usuario Dilig: JA3SANCHEZ
Fecha de Impresión: 09/12/2025
Estado: GIRADA

Entidad:	FONDO FINANCIERO DISTRITAL DE SALUD				
Código:	201	Unidad Eje:	01	Fecha Diligenciamiento:	07-NOV-25

1. DATOS DEL BENEFICIARIO

Nombre:	ANGELA VIVIANA BLANCO ORTIZ	Regimen:	No Responsable	
Dirección:	CR 78 P 54 B 00 SUR MA 40 IN 7 AP 401	Teléfono y Fax:	3048668	
C.C o NIT:	53053520	Banco/Sucursal:	BANCOLOMBIA	
			Cuenta No/Clase:	455287050/A

2. DATOS DEL COMPROMISO

Compromiso a Pagar:	CONTRATACION DIRECTA	No:	7986172	Interventor o responsable del recibo a satisfacción del bien o servicio:	TOTAL
Acta de Recibo No:	Nombre del Interventor:				

Detalle

CTO-NO7986172-PLANILLA OGI_VIGENCIA-OCTUBRE 2025-PERIDO DE:01-oct 03-oct-2025

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

3. MOVIMIENTO PRESUPUESTAL

Fuente de financiación:				IMPUTACIÓN PRESUPUESTAL				
CDP	Código Rubro			Registro	Nombre	Valor Aplicación (Gasto)		
3305	02-3-01-17-019-05-20240200-236083051			3924	Contratacion del Recurso Humano	\$472.584,00		
VR BRUTO				CUATROCIENTOS SETENTA Y DOS MIL QUINIENTOS OCHENTA Y CUATRO PESOS			\$472.584,00	
ID Rubro	Fuente	Detalle	Valor					
02-3-01-17-019-05-20240200-236083051	01	12013	\$472.584,00					
Tipo	Com	Objeto	Ingreso	Banco				
023	20202009	91122	01-5-01-01-001					

4. MOVIMIENTO FINANCIERO Y CONTABLE

Descripción	% Descuento	Base de Retención	Código Contable	VALORES
Valor Bruto			5-1-11-79-0001	\$472.584,00
ESTAMPILLA - EST_PROCLTURA 0,5%	.5	\$472.584,00	2-4-36-90-0003	\$2.363,00
ESTAMPILLA ADULTO MAYOR 2%	2	\$472.584,00	2-4-36-90-0007	\$9.452,00
RETEICA- SERVICIOS 0,966%	.966	\$417.684,00	2-4-36-27-0001	\$4.035,00

Valor amortización:	TOTAL DESCUENTOS			\$15.850,00
Id fuente	Detalle	VALOR NETO A GIRAR	CUATROCIENTOS CINCUENTA Y SEIS MIL SETECIENTOS TREINTA Y CUATRO PESOS	\$456.734,00
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 _____

JAZMIN ALEXANDRA SANCHEZ ARISTIZABAL
GESTION DE PAGOS

YOLANDA PATRICIA VALDERRAMA CORTES
Responsable del Presupuesto

