


	<b>GESTIÓN CONTRACTUAL</b> <b>SUBDIRECCIÓN DE CONTRATACIÓN</b> <b>SISTEMA DE GESTIÓN</b> <b>CONTROL DOCUMENTAL</b>			
	<b>INFORME PARCIAL Y/O FINAL DE ACTIVIDADES ESPECÍFICAS,</b> <b>OBLIGACIONES DEL CONTRATISTA SERVICIOS PROFESIONALES Y APOYO</b> <b>A LA GESTIÓN SDS – FFDS</b>			
	Código:	SDS-CON-FT-014	Versión:	

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

<b>DESPACHO – SUBDIRECCIÓN – DIRECCIÓN U OFICINA:</b> <b>SUBDIRECCIÓN CENTRO REGULADOR DE URGENCIAS Y EMERGENCIAS</b>	<b>CONTRATO No.</b>  <b>8637211</b>	<b>PERIODO DEL CONTRATO:</b>
		Fecha de Inicio: 28/11/2025 Fecha de Terminación: 31/07/2026
<b>ENTIDAD CONTRATANTE:</b>  <b>FONDO FINANCIERO DISTRITAL DE SALUD</b>		<b>PLAZO DE EJECUCIÓN:</b> Ocho (8) meses y tres (3) días <b>PRÓRROGA: N/A</b>
<b>CONTRATISTA:</b>  <b>CARLOS ALBERTO FANDIÑO RINCÓN</b>		Fecha de Inicio (Prórroga): N/A Fecha de Terminación (Prórroga): N/A <b>SUSPENSIÓN: N/A</b>
<b>SUPERVISOR:</b>  <b>JOSÉ DARÍO VARGAS OROZCO</b> <b>SUBDIRECCIÓN CENTRO REGULADOR DE URGENCIAS Y EMERGENCIAS – SUBDIRECTOR TÉCNICO CÓDIGO 068 GRADO 6</b>		Fecha de Inicio (Suspensión): N/A Nueva Fecha de Terminación (Suspensión): N/A <b>PERIODO DEL INFORME:</b> <b>01/04/2026 – 30/04/2026</b>
<b>OBJETO DEL CONTRATO:</b> 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.		

<b>BALANCE FINANCIERO DEL CONTRATO</b>	
<b>VALOR INICIAL DEL CONTRATO:</b>	\$ 29.187.969
<b>VALOR ADICIÓN (SI APLICA):</b>	\$ 0
<b>VALOR INDEXACIÓN (SI APLICA):</b>	\$ 0
<b>VALOR CEDIDO (SI APLICA)</b>	\$ 0
<b>VALOR A LIBERAR (SI APLICA)</b>	\$ 0
<b>VALOR PAGADO AL CONTRATISTA O CESIONARIO (SI APLICA):</b>	\$ 14.650.104
<b>VALOR A PAGAR EN EL PRESENTE PERIODO DEL INFORME:</b>	\$ 3.544.380
<b>SALDO POR EJECUTAR:</b>	\$ 10.993.485

<b>ACTIVIDADES ESPECÍFICAS, OBLIGACIONES DEL CONTRATISTA DESARROLLADAS DE ACUERDO CON EL OBJETO CONTRACTUAL</b>		
<b>OBLIGACIONES</b> (Las estipuladas en la minuta del contrato)	<b>AVANCE ACTIVIDADES</b> (Desarrolladas en el periodo objeto del informe - referente a la obligación)	<b>EVIDENCIAS O SOPORTE</b> (Con respecto a la actividad desarrollada y donde reposan)
<b>1.</b> 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 <b>abril de 2026</b> con un total de <b>1181 + 846</b> registros en el sistema Premier One con el ID <b>MCAFANDINORIN</b> 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 descarga incidentes del sistema PREMIER ONE del <b>01 al 30 de abril de 2026</b>  Se adjuntan los archivos PDF de nombre: - Certificación Incidentes 1 - Certificación Incidentes 2
<b>2.</b> Apoyar la gestión del proceso de Referencia y Contra- referencia, de los casos que ingresen al Centro Regulador	Durante el periodo actual no fue requerida por la Subdirección la realización del apoyo al proceso de	Durante el periodo actual no fue requerida por la Subdirección la realización del apoyo al proceso de

	<b>GESTIÓN CONTRACTUAL</b> <b>SUBDIRECCIÓN DE CONTRATACIÓN</b> <b>SISTEMA DE GESTIÓN</b> <b>CONTROL DOCUMENTAL</b>			
	<b>INFORME PARCIAL Y/O FINAL DE ACTIVIDADES ESPECÍFICAS,</b> <b>OBLIGACIONES DEL CONTRATISTA SERVICIOS PROFESIONALES Y APOYO</b> <b>A LA GESTIÓN SDS – FFDS</b>			
	Código:	SDS-CON-FT-014	Versión:	

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

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 y contra referencia, por tal razón no se cuenta con evidencia	referencia y contra referencia, por tal razón no se cuenta con evidencia  - 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 <b>abril de 2026</b> se realizaron actividades de socialización programadas por la Subdirección:  Nuevo Modelo Más Bienestar - Línea 137	No hay evidencias porque no se asistió a la actividad programada por la Dirección de socialización a la línea 137

#### 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.

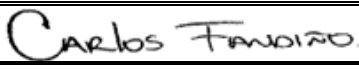
#### INFORMACIÓN PAGOS SEGURIDAD SOCIAL

APORTES EN SALUD		APORTES EN PENSIÓN		APORTES RIESGOS LABORALES	
Empresa:	Salud Total EPS	Empresa:	Porvenir	Empresa:	ARL Sura
Suma cancelada:	\$218.900	Suma cancelada:	\$280.200	Nivel Riesgo:	1
No Planilla:	9502079786	No Planilla:	9502079786	Suma cancelada:	\$9.200
Mes(es) cancelado(s):	Marzo 2026	No Planilla:	9502079786	No Planilla:	9502079786
		Mes(es) cancelado(s):	Marzo 2026	Mes(es) cancelado(s):	Marzo 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

<b>CONTRATISTA</b>	<b>NOMBRES Y APELLIDOS:</b> CARLOS ALBERTO FANDIÑO RINCÓN
	<b>FIRMA:</b> 
	<b>No. DOCUMENTO DE IDENTIDAD:</b> 1.016.088.152

#### 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 <b>62%</b> de ejecución del contrato.	<b>OTRAS OBSERVACIONES:</b>  NO APLICA
--	--

	<b>GESTIÓN CONTRACTUAL</b> <b>SUBDIRECCIÓN DE CONTRATACIÓN</b> <b>SISTEMA DE GESTIÓN</b> <b>CONTROL DOCUMENTAL</b>			
	<b>INFORME PARCIAL Y/O FINAL DE ACTIVIDADES ESPECÍFICAS,</b> <b>OBLIGACIONES DEL CONTRATISTA SERVICIOS PROFESIONALES Y APOYO</b> <b>A LA GESTIÓN SDS – FFDS</b>			
	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 – 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

<b>SUPERVISOR</b>	<b>NOMBRE Y APELLIDO:</b> <b>JOSÉ DARÍO VARGAS OROZCO</b>
	<b>FIRMA:</b> 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.

<b>REVISÓ</b>	<b>NOMBRE Y APELLIDO:</b> <b>DIANA CAROLINA TORRES TORRES</b>
	<b>FIRMA:</b> 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.

DATOS GENERALES DEL APORTANTE								
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Dirección	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1016088152		FANDIÑO RINCON CARLOS ALBERTO	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	Cra 57# 93 A 61	BOGOTÁ-BOGOTÁ D.E.	3102307595	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Días Mora	Valor
2026-03	2026-03	241744213	9502079786	I	2026/04/15	2026/04/21	NEQUI	6	\$545,800

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	
<b>Sucursal: PRINCIPAL ( 1 Afiliados)</b>						\$1,750,905	\$280,200			\$1,750,905	\$218,900			\$1,750,905	\$35,100			\$1,750,905	\$9,200			\$0	\$0
<b>Centro de Trabajo: PRINCIPAL ( 1 Afiliados)</b>						\$1,750,905	\$280,200			\$1,750,905	\$218,900			\$1,750,905	\$35,100			\$1,750,905	\$9,200			\$0	\$0
<b>Ciudad: BOGOTÁ Depto: BOGOTÁ D.E. ( 1 Afiliados)</b>						\$1,750,905	\$280,200			\$1,750,905	\$218,900			\$1,750,905	\$35,100			\$1,750,905	\$9,200			\$0	\$0
1	CC	1016088152	FANDIÑO CARLOS	230301	30	\$1,750,905	\$280,200	EP5002	30	\$1,750,905	\$218,900	CCF22	30	\$1,750,905	\$35,100	14-11	30	\$1,750,905	\$9,200	30	\$0	\$0	
<b>Total</b>	<b>Afiliados ( 1)</b>					\$1,750,905	\$280,200			\$1,750,905	\$218,900			\$1,750,905	\$35,100			\$1,750,905	\$9,200			\$0	\$0

DATOS GENERALES DEL APORTANTE								
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1016088152		FANDIÑO RINCON CARLOS ALBERTO	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	Cra 57# 93 A 61	BOGOTA-BOGOTA D.E.	3102307595	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2026-03	2026-03	241744213	9502079786	I	2026/04/15	2026/04/21	NEQUI	6	\$545,800

RESUMEN DE PAGO									
RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR	
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$280,200	\$1,200	\$0	\$281,400	
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	\$280,200	\$1,200	\$0	\$281,400	
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$9,200	\$100	\$0	\$9,300	
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	1	\$9,200	\$100	\$0	\$9,300	
CCF (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$35,100	\$200	\$0	\$35,300	
COLSUBSIDIO	CCF22	860,007,336	1	1	\$35,100	\$200	\$0	\$35,300	
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$218,900	\$900	\$0	\$219,800	
SALUD TOTAL	EP5002	800,130,907	4	1	\$218,900	\$900	\$0	\$219,800	
<b>TOTAL</b>				<b>1</b>	<b>\$543,400</b>	<b>\$2,400</b>	<b>\$0</b>	<b>\$545,800</b>	

Medellin, 11 de abril de 2026

**LA DIRECCIÓN DE ASEGURAMIENTO SEGUROS OBLIGATORIOS HACE CONSTAR:**

Que **CARLOS ALBERTO FANDIÑO RINCON** con documento de identidad **C1016088152**, 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
2025-11-26	2026-07-31	INDEPENDIENTE CON CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS SUPERIOR A UN MES	CALL CENTER LINEAS R1	0000000 015	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**

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

**1. DATOS DEL BENEFICIARIO**

Nombre:	CARLOS ALBERTO FANDIÑO RINCON	Regimen:	No Responsable
Dirección:	CL 94 A 58 10	Teléfono y Fax:	
C.C o NIT:	1016088152	Banco/Sucursal:	DAVIVIENDA
Cuenta No/Clase:			458270055361/A

**2. DATOS DEL COMPROMISO**

Compromiso a Pagar:	CONTRATACION DIRECTA	No:	8637211	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-NO8637211-PERIDO DE:01-mar 30-mar-2026

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

**3. MOVIMIENTO PRESUPUESTAL**

Fuente de financiación:				IMPUTACIÓN PRESUPUESTAL				
ID Rubro	Fuente	Detalle	Valor	CDP	Código Rubro	Registro	Nombre	Valor Aplicación (Gasto)
02-3-01-17-019-05-20240200-236083000	01	12013	\$3.544.380,00	719	02-3-01-17-019-05-20240200-236083000	1331	CRUE-Prestación de servicios al FFDS - SDS, Servicio de regulación de centros reguladores de urgencias, emergencias y	\$3.544.380,00
				<b>VR BRUTO</b>	TRES MILLONES QUINIENTOS CUARENTA Y CUATRO MIL TRESCIENTOS OCHENTA PESOS			\$3.544.380,00

**4. MOVIMIENTO FINANCIERO Y CONTABLE**

Descripción	% Descuento	Base de Retención	Código Contable	VALORES
Valor Bruto			5-1-11-79-0001	\$3.544.380,00
ESTAMPILLA ADULTO MAYOR 2%	2	\$3.544.380,00	2-4-36-90-0007	\$70.888,00
RETEICA- SERVICIOS 0,966%	.966	\$3.044.380,00	2-4-36-27-0001	\$29.409,00
ESTAMPILLA - EST_PROCULTURA 0,5%	.5	\$3.544.380,00	2-4-36-90-0003	\$17.722,00
<b>TOTAL DESCUENTOS</b>				<b>\$118.019,00</b>
<b>VALOR NETO A GIRAR</b>	TRES MILLONES CUATROCIENTOS VEINTISEIS MIL TRESCIENTOS SESENTA Y UN PESOS			<b>\$3.426.361,00</b>
			<b>Código contable</b>	<b>2-4-01-02-0003</b>

<b>Valor amortización:</b>			
Id fuente	Detalle		
01	Recursos Del Distrito		
12013	APORTE ORDINARIO		

**MOVIMIENTO TESORERÍA**

Endosado a:	
Observaciones	Acreedor (Exclusivamente para transferencia de la administración)
	Nombre _____
	Cédula _____ Firma _____

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

