

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

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

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                    |                                                                                                                                                    |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>DESPACHO – SUBDIRECCIÓN – DIRECCIÓN U OFICINA:</b><br><b>SUBDIRECCIÓN CENTRO REGULADOR DE URGENCIAS Y EMERGENCIAS</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | <b>CONTRATO No.</b><br><br>7007167 | <b>PERIODO DEL CONTRATO:</b>                                                                                                                       |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                    | Fecha de Inicio: 13/11/2024                                                                                                                        |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                    | Fecha de Terminación: 30/11/2024                                                                                                                   |
| <b>ENTIDAD CONTRATANTE:</b><br><br><b>FONDO FINANCIERO DISTRITAL DE SALUD</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                    | <b>PLAZO DE EJECUCIÓN:</b><br>Dieciocho (18) días<br><b>PRÓRROGA: N/A</b>                                                                          |
| <b>CONTRATISTA:</b><br><br>Jessica Vanessa Rodríguez Bastidas                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                    | Fecha de Inicio (Prórroga): N/A<br>Fecha de Terminación (Prórroga): N/A<br><b>SUSPENSIÓN: N/A</b>                                                  |
| <b>SUPERVISOR (Nombre y cargo):</b><br><br><b>JOSÉ VICENTE GUZMÁN GÓMEZ</b><br><b>SUBDIRECCIÓN CENTRO REGULADOR DE URGENCIAS Y EMERGENCIAS – SUBDIRECTOR TÉCNICO CÓDIGO 068 GRADO 6</b>                                                                                                                                                                                                                                    |                                    | Fecha de Inicio (Suspensión): N/A<br>Nueva Fecha de Terminación (Suspensión): N/A<br><b>PERIODO DEL INFORME:</b><br><b>13/11/2024 – 30/11/2024</b> |
| <b>OBJETO DEL CONTRATO:</b><br>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:                           | \$ 2.173.473 |
| VALOR ADICIÓN (SI APLICA):                            | \$ 0         |
| VALOR INDEXACIÓN (SI APLICA):                         | \$ 0         |
| VALOR CEDIDO (SI APLICA)                              | \$ 0         |
| VALOR A LIBERAR (SI APLICA)                           | \$ 114.394   |
| VALOR PAGADO AL CONTRATISTA O CESIONARIO (SI APLICA): | \$ 0         |
| VALOR A PAGAR EN EL PRESENTE PERIODO DEL INFORME:     | \$ 2.044.077 |
| SALDO POR EJECUTAR:                                   | \$ 15.002    |

| ACTIVIDADES ESPECIFICAS, OBLIGACIONES DEL CONTRATISTA DESARROLLADAS DE ACUERDO CON EL OBJETO CONTRACTUAL                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                       |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| OBLIGACIONES<br>(Las estipuladas en la minuta del contrato)                                                                                                                                                                                                                                                                           | AVANCE ACTIVIDADES<br>(Desarrolladas en el periodo objeto del informe - referente a la obligación)                                                                                                                                                                                                                                           | EVIDENCIAS O SOPORTE<br>(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 del 13 al 30 de noviembre 2024 con 36 registros para un total de 36 registros en el sistema Premier One con el ID <b>MJVRODRIGUEZ</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 adjunta evidencia en archivo PDF:<br><br>- 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 |

|                                                                                   |                                                                                                                                                                       |                |          |   |                                                                                     |
|-----------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------|----------|---|-------------------------------------------------------------------------------------|
|  | <b>GESTIÓN CONTRACTUAL</b><br><b>SUBDIRECCIÓN DE CONTRATACIÓN</b><br><b>SISTEMA DE GESTIÓN</b><br><b>CONTROL DOCUMENTAL</b>                                           |                |          |   |  |
|                                                                                   | <b>INFORME PARCIAL Y/O FINAL DE ACTIVIDADES ESPECÍFICAS,</b><br><b>OBLIGACIONES DEL CONTRATISTA SERVICIOS PROFESIONALES Y APOYO</b><br><b>A LA GESTIÓN SDS – FFDS</b> |                |          |   |                                                                                     |
|                                                                                   | Código:                                                                                                                                                               | SDS-CON-FT-014 | Versión: | 7 |                                                                                     |

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.                                |
| 3. Realizar la gestión de los incidentes a través de la aplicación CARBYNE en los casos definidos por el Médico Regulador en compañía de este o del Enfermero, dejando registro en las diferentes plataformas tecnológicas previstas por la Subdirección Centro Regulador de Urgencias y Emergencias (CRUE) | Durante el periodo informado, no fue requerido por el médico regulador realizar la gestión de los incidentes a través de la aplicación CARBYNE, ya que esta ayuda tecnológica fue retirada de la agencia, pero si se apoyaron las acciones de respuesta a emergencias de los incidentes que fueron transferidos al CRUE en el rol de recepción de llamadas y despacho. | Se adjunta evidencia en archivo PDF:<br><br>- Certificado Horas 2                                        |
| 4. 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>noviembre de 2024</b> se asiste a la siguiente reunión:<br><br>- Sensibilización Reporte Evento Salud Pública (Pólvora) del 21-nov-2024                                                                                                                                                                                                           | Se adjuntan PDF de nombre:<br><br>Sensibilización Reporte Evento Salud Pública (Pólvora) 21-11-24 1.40pm |

#### 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    | Empresa:              | Porvenir       | Empresa:                  | ARL positiva   |
| Suma cancelada:       | \$ 162.500     | Empresa:              | \$ 208.000     | Nivel Riesgo:             | 3              |
| No Planilla:          | 7949974086     | Empresa:              | \$ 208.000     | Empresa:                  | \$31.700       |
| No Planilla:          | 7949974086     | No Planilla:          | 7949974086     | No Planilla:              | 7949974086     |
| Mes(es) cancelado(s): | Noviembre 2024 | No Planilla:          | 7949974086     | No Planilla:              | 7949974086     |
| Mes(es) cancelado(s): | Noviembre 2024 | Mes(es) cancelado(s): | Noviembre 2024 | Mes(es) cancelado(s):     | Noviembre 2024 |

#### 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 Jrodriguez6 clave 1022345126 Premier one Usuario MJRODRIGUEZ Clave Jrodriguez6* | 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 | <b>NOMBRES Y APELLIDOS:</b><br>Jessica Vanessa Rodríguez Bastidas                                     |
|             | <b>FIRMA:</b><br> |
|             | <b>No. DOCUMENTO DE IDENTIDAD:</b><br>1.010.215.284                                                   |

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

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 100,00% de ejecución del contrato.</p> <p>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> |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                  | <b>OTRAS OBSERVACIONES:</b><br><br>NO APLICA |                                                                                    |
| INFORME SUPERVISOR DE CONTRATO – SEGUIMIENTO A LOS RIESGOS DEL CONTRATO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                  |                                              |                                                                                    |
| <p>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:</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                  |                                              |                                                                                    |
| Nº                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | Descripción del Riesgo                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | ¿Se materializó el riesgo?<br>(Marque con una X) |                                              | Observaciones<br>(Describa 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                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | <b>NOMBRE Y APELLIDO:</b><br><b>JOSÉ VICENTE GUZMÁN GÓMEZ</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.            |                                                  |                                              |                                                                                    |
| REVISÓ                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | <b>NOMBRE Y APELLIDO:</b><br><b>NEIL ANDREW BAIN FARACICA</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.

| TOTAL APORTES A PENSIÓN |                 |                |            |                     |           |             |              |            |      |            |      |              |
|-------------------------|-----------------|----------------|------------|---------------------|-----------|-------------|--------------|------------|------|------------|------|--------------|
| ADMINISTRADORA          |                 | No. COTIZANTES | COTIZACIÓN | APORTES VOLUNTARIOS |           | FSP         |              | MORA       |      | TOTALES    |      |              |
| CÓDIGO                  | NOMBRE          |                |            | EMPLEADOR           | COTIZANTE | SOLIDARIDAD | SUBSISTENCIA | COTIZACIÓN | FSP  | APORTES    | MORA | VALOR PAGADO |
| 230301                  | 230301-PORVENIR | 1              | \$ 208.000 | \$ 0                | \$ 0      | \$ 0        | \$ 0         | \$ 0       | \$ 0 | \$ 208.000 | \$ 0 | \$ 208.000   |
| SUBTOTALES:             |                 |                |            |                     |           |             |              |            |      | \$ 208.000 | \$ 0 | \$ 208.000   |

| TOTAL APORTES A SALUD |                    |                   |                            |       |                     |       |               |       |             |             |            |             |            |      |           |              |
|-----------------------|--------------------|-------------------|----------------------------|-------|---------------------|-------|---------------|-------|-------------|-------------|------------|-------------|------------|------|-----------|--------------|
| ADMINISTRADORA        |                    | No.<br>COTIZANTES | INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD |       | LICENCIA MATERNIDAD |       | SALDO A FAVOR |       | LIQUIDACIÓN |             | MORA       |             | TOTALES    |      |           |              |
| CÓDIGO                | NOMBRE             |                   | NÚMERO AUTORIZACIÓN        | VALOR | NÚMERO AUTORIZACIÓN | VALOR | PLANILLA      | VALOR | COTIZACIÓN  | VALOR ADRES | COTIZACIÓN | VALOR ADRES | APORTES    | MORA | DESCUENTO | VALOR PAGADO |
| EPS002                | EPS002-SALUD TOTAL | 1                 |                            | \$ 0  |                     | \$ 0  |               | \$ 0  | \$ 162.500  | \$ 0        | \$ 0       | \$ 0        | \$ 162.500 | \$ 0 | \$ 0      | \$ 162.500   |
| SUBTOTALES:           |                    |                   |                            |       |                     |       |               |       | \$ 162.500  |             |            |             | \$ 162.500 | \$ 0 | \$ 0      | \$ 162.500   |

| TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES |                  |                |                     |       |                      |               |       |             |           |      |           |              |
|---------------------------------------|------------------|----------------|---------------------|-------|----------------------|---------------|-------|-------------|-----------|------|-----------|--------------|
| ADMINISTRADORA                        |                  | No. COTIZANTES | INCAPACIDAD IRP     |       |                      | SALDO A FAVOR |       | LIQUIDACIÓN | TOTALES   |      |           |              |
| CÓDIGO                                | NOMBRE           |                | NÚMERO AUTORIZACIÓN | VALOR | PAGO A OTROS RIESGOS | PLANILLA      | VALOR | COTIZACIÓN  | APORTES   | MORA | DESCUENTO | VALOR PAGADO |
| 14-11                                 | 14-11 - ARL SURA | 1              |                     | \$ 0  | \$ 0                 |               | \$ 0  | \$ 31.700   | \$ 31.700 | \$ 0 | \$ 0      | \$ 31.700    |
| SUBTOTALES:                           |                  |                |                     |       |                      |               |       |             | \$ 31.700 | \$ 0 | \$ 0      | \$ 31.700    |

| LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES |                |                                    |                                      |                   |                |                 |                       |                    |           |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |                  |                 |          |              |            |              |             |                  |          |                           |              |                    |          |              |              |      |            |                  |              |              |              |           |      |        |          |      |                   |
|-------------------------------|----------------|------------------------------------|--------------------------------------|-------------------|----------------|-----------------|-----------------------|--------------------|-----------|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|------------------|-----------------|----------|--------------|------------|--------------|-------------|------------------|----------|---------------------------|--------------|--------------------|----------|--------------|--------------|------|------------|------------------|--------------|--------------|--------------|-----------|------|--------|----------|------|-------------------|
| DATOS DEL COTIZANTE           |                |                                    |                                      |                   |                |                 |                       |                    | NOVEDADES |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     | SEGURIDAD SOCIAL |                 |          |              |            |              |             |                  |          |                           |              |                    |          |              | PARAFISCALES |      |            |                  |              |              |              |           |      |        |          |      |                   |
| Nº                            | IDENTIFICACION | NOMBRES                            | TIPO COTIZANTE                       | SUBTIPO COTIZANTE | SALARIO BÁSICO | TIPO DE SALARIO | COLOMBIANO EXTRANJERO | REFORMA TRIBUTARIA | ING       | RET | TDE | TAP | COR | VSP | VST | SLN | COM | IGE | LMA | VAC | AVP | VCT | IRP              | PENSIÓN         |          |              |            |              |             | SEGURIDAD SOCIAL |          |                           |              |                    |          | DÍAS COT     | IBC          | CCF  |            |                  |              |              | SENA         | ICBF      | ESAP | MINEDU |          |      |                   |
|                               |                |                                    |                                      |                   |                |                 |                       |                    |           |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |                  | ADMIN           | DÍAS COT | IBC          | COTIZACIÓN | SUBSISTENCIA | SOLIDARIDAD | EMPLEADOR        | EMPLEADO | INDICADOR TARIFA ESPECIAL | TOTAL APORTE | ADMIN              | DÍAS COT |              |              | IBC  | COTIZACIÓN | VALOR ADRES      | TOTAL APORTE | ADMIN        |              |           |      |        | DÍAS COT | IBC  | CENTRO DE TRABAJO |
| 1                             | CC 1010215284  | RODRIGUEZ BASTIDAS JESSICA VANESSA | INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACION DE |                   | \$ 1.300.000   |                 |                       | NO                 |           |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |                  | 230301-PORVENIR | 30       | \$ 1.300.000 | \$ 208.000 | \$ 0         | \$ 0        | \$ 0             | \$ 0     | Normal                    | \$ 208.000   | EPS002-SALUD TOTAL | 30       | \$ 1.300.000 | \$ 162.500   | \$ 0 | \$ 162.500 | 14-11 - ARL SURA | 30           | \$ 1.300.000 | \$ 101021528 | \$ 31.700 | \$ 0 | \$ 0   | \$ 0     | \$ 0 | \$ 0              |

|              |                   |
|--------------|-------------------|
| <b>TOTAL</b> | <b>\$ 402.200</b> |
|--------------|-------------------|

Medellín, 11 de noviembre de 2024

LA DIRECCIÓN DE AFILIACIONES Y RECAUDOS HACE CONSTAR:

Que JESSICA VANESSA RODRIGUEZ BASTIDAS con documento de identidad C1010215284, 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      |
|--------------|------------|-------------------------------------------------------------------------|-----------------------|------------|-----------------|-----------------|-----------------------|
| 2024-11-12   | 2024-11-30 | INDEPENDIENTE CON CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS SUPERIOR A UN MES | CALL CENTER LÍNEAS R1 | 0000000015 | 1               | 0.522           | POR INICIAR COBERTURA |

