

 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD	SUBDIRECCIÓN DE CONTRATACIÓN SISTEMA INTEGRADO 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 V.3	Elaborado por: Jairo Armando Moreno Revisado y Aprobado por: Andrea Pedroza Molina	
--	--	---	---

DESPACHO – SUBDIRECCIÓN – DIRECCIÓN U OFICINA: SUBDIRECCIÓN CENTRO REGULADOR DE URGENCIAS Y EMERGENCIAS	CONTRATO No. 1498163 de 2020	PERIODO DEL CONTRATO:
		Fecha de Inicio: 16-04-2020
ENTIDAD CONTRATANTE: FONDO FINANCIERO DISTRITAL DE SALUD	Fecha de Terminación: 15-07-2020	PLAZO DE EJECUCIÓN: 3 MESES
	PRÓRROGA: N/A	
CONTRATISTA: ANGIE DANIELA GONZALEZ TORRES	Fecha de Inicio: N/A	Fecha de Terminación: N/A
	SUSPENSIÓN: N/A	Fecha de Inicio: N/A
	Fecha de Terminación: N/A	
SUPERVISOR (Nombre y cargo): Diana Constanza Rodríguez Posso Subdirectora Centro Regulador de Urgencias y Emergencias en Salud	PERIODO DEL INFORME:	01 al 15 de Julio de 2020
	OBJETO DEL CONTRATO: Prestar servicios de apoyo y gestionar los eventos relacionados con COVID-19 para el ejercicio de la regulación de la urgencia médica, de acuerdo con las necesidades de la Subdirección Centro Regulador de Urgencias y Emergencias.	
BALANCE FINANCIERO DEL CONTRATO		
VALOR INICIAL DEL CONTRATO:	\$ 9.000.000	
VALOR ADICIÓN:	\$N/A	
VALOR PAGADO AL CONTRATISTA:	\$7.500.000	
VALOR A PAGAR EN EL PRESENTE PERIODO DEL INFORME:	\$1.500.000	
SALDO POR EJECUTAR:	\$0	
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. Realizar la gestión integral de los incidentes relacionados con COVID-19 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 establecido para el perfil.	Para el desarrollo de esta actividad, gestione los registros de incidentes relacionados con COVID-19 que ingresaron al Centro Operativo, haciendo seguimiento de llamadas a los casos, durante el periodo, de acuerdo a lo establecido en el Procedimiento de Regulación de la Urgencia Médica para el perfil, durante el tiempo indicado por el supervisor.	Se realizaron 231 registros en el módulo SIDCRUE, para la gestión de los incidentes relacionados con COVID-19, que ingresaron al Centro Operativo, con el ID A1GONZALEZ Se adjunta CD con el archivo "REPORTE SIDCRUE"
2. Realizar las acciones de apoyo, que permitan la respuesta ante situaciones de Urgencias, Emergencias y Desastres, incluyendo la activación de la cadena de llamadas, alertas hospitalarias, Salud Pública, así como el apoyo en la elaboración de los respectivos informes y documentos técnicos	Realice acciones de apoyo, en la plataforma PREMIER ONE, permitiendo la respuesta ante situaciones de emergencias o desastres incluyendo la activación de la Cadena de Llamadas y realice los informes y documentos técnicos relacionados con situaciones generadas de cada llamada de emergencia.	Durante este periodo realice la presente actividad bajo el perfil "MYCALDERÓNRO" suministrado por el supervisor, apoyo en actividades de referencia y contrareferencia suministradas por el supervisor

 <p>ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD</p>	<p align="center">SUBDIRECCIÓN DE CONTRATACIÓN SISTEMA INTEGRADO 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 V.3</p>	<p>Elaborado por: Jairo Armando Moreno Revisado y Aprobado por: Andrea Pedroza Molina</p>	
---	--	---	---

documentos técnicos relacionados con la situación de Urgencias, Emergencia y Desastre.		
3. Cumplir con las condiciones para la ejecución del contrato de conformidad con las necesidades del servicio atendiendo a las circunstancias de modo, tiempo y lugar.	Di cumplimiento a las condiciones para la ejecución del contrato, en circunstancias de modo, tiempo y lugar indicadas por la Subdirección Centro Regulador de Urgencias y Emergencias.	Se asiste al Centro Operativo del CRUE para el desarrollo de las obligaciones contractuales, y se realiza trabajo en casa. La evidencia reposa en lista de asistencia que reposa con la jefe de centro regulador de urgencias.
4. Participar en las diferentes orientaciones y reuniones, que sean convocadas por la Dirección Urgencias y Emergencias en Salud y la Subdirección centro regulador de Urgencias y Emergencias en Salud.	Durante el periodo asisti a las diferentes reuniones y capacitaciones convocadas por la dirección urgencias y emergencias en salud, realizadas en la SDS	Participación en las diferentes actualizaciones que informan sobre novedades relacionadas con COVID 19.
5. Las demás que le sean asignadas y que sean necesarias para atender la emergencia que se presenta en Bogotá D.C. por el COVID-19.	Realice apoyo en la plataforma "PREMIER ONE" recibiendo llamadas de la línea 123 y dando respuesta a la solicitud de acuerdo a las necesidades de cada usuario, según la instrucción del supervisor	Durante este periodo realice la presente actividad bajo el perfil "MYCALDERÓNRO" suministrado por el supervisor

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

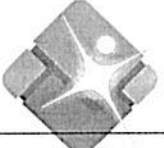
DECLARACIÓN: Manifiesto que he cumplido con las obligaciones derivadas del contrato y que las actividades mencionadas en el presente informe corresponden a las asignaciones realizadas, efectivamente desarrolladas en el periodo indicado en el mismo, declarando que será responsable por las afirmaciones contenidas en el presente documento, que sirve como soporte para certificar el cumplimiento del objeto del contrato.

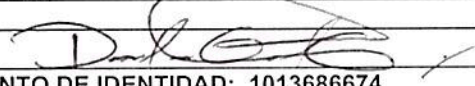
INFORMACIÓN PAGOS SEGURIDAD SOCIAL

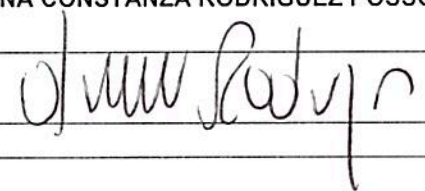
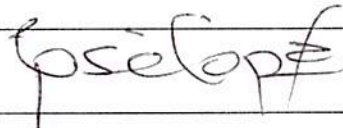
APORTES EN SALUD		APORTES EN PENSIÓN		APORTES RIESGOS LABORALES	
Empresa:	SANITAS	Empresa:	PORVENIR	Empresa:	ARL SURA
Suma cancelada:	150.000 ✓ 122.000 ✓	Suma cancelada:	192.000 ✓ 156.200 ✓	Suma cancelada:	29.300 ✓ 23.800 ✓
No Planilla:	44255347 ✓ 44141040 ✓	No Planilla:	44255347 ✓ 44141040 ✓	No Planilla:	44255347 ✓ 44141040 ✓
Mes(es) cancelado(s):	JUNIO ✓ JULIO ✓	Mes(es) cancelado(s):	JUNIO ✓ JULIO ✓	Mes(es) cancelado(s):	JUNIO ✓ JULIO ✓

EN CASO DE INFORME FINAL DE EJECUCIÓN

Relación de usuario y clave de acceso al equipo de cómputo:	N.A	Relación de usuarios y clave de acceso a los sistemas de información (SICAF, CORDIS, SICAPITAL, SIAS, SIRC, SIDBA, SIPROJ, ETC.), si aplica a sus actividades:	USUARIO: A1GONZAL EZ ✓ CLAVE: Daniela99 ✓	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):	N.A
CONTRATISTA		NOMBRES Y APELLIDOS:			
		ANGIE DANIELA GONZALEZ TORRES ✓			

 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD	SUBDIRECCIÓN DE CONTRATACIÓN SISTEMA INTEGRADO 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-ET-014 V.3	Elaborado por: Jairo Armando Moreno Revisado y Aprobado por: Andrea Pedroza Molina	
--	--	--	---

	 No. DOCUMENTO DE IDENTIDAD: 1013686674
--	---

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 <u>100</u> % de ejecución del contrato.	OTRAS OBSERVACIONES:
SUPERVISOR	NOMBRE Y APELLIDO: DRA DIANA CONSTANZA RODRIGUEZ POSSO
	FIRMA: 
REVISÓ	NOMBRE Y APELLIDO:
	FIRMA: 

Anexo: Comprobantes de pago de aportes al Sistema de Seguridad Social en Salud y Pensión. En caso de informe final correspondiente al último periodo de cobro, deberá anexarse el formato vigente de Control Documental Entrega de Actividades y Bienes a Cargo.

		DATOS DEL APORTANTE					
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TÉLEFONO	CORREO		
CC	1013886674	ANG E DANIELA GONZALEZ TORRES	cd. 100 sur # 8a - 94 trb apdo 533	4647210	danvioleta.1999@gmail.com	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO		Ciudad / Municipio	
UNICA	I - Independiente			BOGOTÁ D. C.		BOGOTÁ D. C.	

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASIGNADA	FECHA PAGO ALICUOTA (DIAMES A NO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIAMES A NO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPL/ADOS	LPC
44140354	170777/010					0
PERIODO SALUD					TOTAL A PAGAR	
2020-06	2020-06	N	240072/320	44255347	\$21.000	

DETALLE POR COTIZANTE

[illegible]

DATOS DEL APORTANTE				DATOS DE LA PLANILLA			
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TÉLEFONO	CORREO	FECHA PAGO ASOCIADA (DÍAS AÑO)	CANTIDAD
CC	1013886674	ANGIE DANIELA GONZALEZ TORRES	cd. 40 sur # 84 - 84 tr8 apto 533	4647210	daniella.1999@gmail.com	17/07/2020	EMPLEADOS
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	FECHA PAGO (DÍAS AÑO) <td>NÚMERO PLANILLA</td>	NÚMERO PLANILLA
ÚNICA	1 - Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ D. C.	24/07/2020	44255347
						PERIODO PAGO	TOTAL A PAGAR
						2020-06	\$21.000

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD				TOTALES PENSION			
Código EPS	Nombre	NIT	Coligación Obligatoria	Código AFP	Nombre	NIT	Coligación Obligatoria

TOTALES RIESGOS LABORALES				TOTALES CAJAS			
Código ARL	Nombre	NIT	Coligación Obligatoria	Código CCF	Nombre	NIT	Coligación Obligatoria

TOTALES PENSION				TOTALES CAJAS			
Código ARL	Nombre	NIT	Coligación Obligatoria	Código CCF	Nombre	NIT	Coligación Obligatoria
14-11	ARL SURA	89080790-5	23.000				

TOTALES PENSION				TOTALES CAJAS			
Código ARL	Nombre	NIT	Coligación Obligatoria	Código CCF	Nombre	NIT	Coligación Obligatoria

TOTALES PENSION				TOTALES CAJAS			
Código ARL	Nombre	NIT	Coligación Obligatoria	Código CCF	Nombre	NIT	Coligación Obligatoria

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	1013686674	ANGIE DANIELA GONZALEZ TORRES		cfl 49b sur # 9a - 94 trñb apto 5003	4647210	dannuella.1999@gmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CODIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I – Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	
						EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
						NO

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	CANTIDAD	
				EMPLEADOS	UPC
				1	0
PERIODO SALUD				TOTAL A PAGAR	
2020-07	2020-07	1	17/07/2020	44141040	\$302.000

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD			
Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria
EPS005	Santitas EPS	800251440-6	122.000

UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
	No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
0		0		0	0	0	0	122.000	1

TOTALES PENSIÓN

TOTALES PENSION			
Código AFP	Nombre	NIT	Colizzi Oblig
230301	Porvenir	600224503-8	156

Contribución Obligación	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora Cotización	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
156.200	0	0	0	0	0	0		156.200	1

TOTALES RIESGOS LABORALES

TOTALES RIESGOS LABORALES			
Código ARL	Nombre	MIT	Cotización Obligatoria
14.11	ARL SURA	890603790-5	23.600
			No. Autorizaciones
			Incapacidades

Capacidades	Aportes Círculos Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
		-21.800	0	0	21.800		238	23.800	1

TOTALES CAJAS

TOTALES CAJA	
Código CCF	Nombre

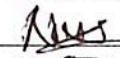
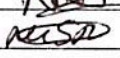
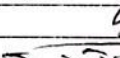
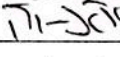
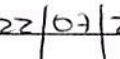
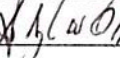
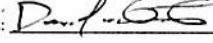
AJAS		Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
	NIT	Valor Aporte			

TOTALES PARAFISCALES

TOTALES PARAFISCALES				
Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	Nº. Afiliados
SENA				
0	0	0	0	0
ICBF				
0	0	0	0	0
ESAP				
MEN				

TOTALES POR SUBSISTEMA

TOTALES POR SUBSISTEMA			
Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valores antes de ICE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	122.000	122.000
Pensión	1	156.200	156.200
Riesgos Laborales	1	23.800	23.800
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	302.000	302.000

 <p>ALCALDIA MAYOR DE BOSCON D.C. SECRETARÍA DE SALUD</p>	<p>DIRECCIÓN DE GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL ENTREGA ACTIVIDADES Y BIENES A CARGO Código SDS-THO-FT-033 V. 7</p>	<p>Elaborado por: Dionisio Dancell Revisado por: Yilda Ponce Yanci Aprobado: Yilda Ponce Yanci</p>	
<p>FECHA: 20/07/2020 Carrera Administrativa: () Libre Nombramiento y Remoción () Provisional: () Contrato: (x) Número: 1498163</p>			
<p>NOMBRE DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA: <u>Angie Daniela Gonzalez Torres</u></p>			
<p>CARGO: Técnico Auxiliar en Regulación Médica PERFIL /categoría (en el caso de contratistas): Tecnóloga en Atención Prehospitalaria</p>			
<p>DEPENDENCIA: CRUE</p>			
<p>Este formato es de obligatorio cumplimiento para todos los servidores públicos y contratistas que se retiran de la Entidad, cambian de dependencia o terminan el Contrato, lo deben entregar completamente diligenciado y firmado por el Director y/o Subdirector y/o Jefe de Oficina.</p> <p>Es responsabilidad del Jefe inmediato o supervisor de contrato (según el caso), verificar la entrega completa oportuna de los elementos relacionados en el formato, con el fin de tener una trazabilidad de las actividades desarrolladas, así como el reintegro de los bienes entregados en custodia por la Entidad, sin importar su tipo de vinculación (Resolución 1096 de 2011).</p>			
No.	DESCRIPCIÓN	Entrega SI NO N/A	OBSERVACIONES
<p align="center">ENTREGA ACTIVIDADES A CARGO</p>			
1	<p>PERSONAL DE PLANTA: Acta de entrega de cargo (Código SDS-THO-FT-066), evaluación del desempeño definida por el Sistema de Gestión del Desempeño según corresponda (EDL, Evaluación de la Gestión de Empleados Provisionales, Acuerdos de Gestión). Todos los soportes guardados en digital en la carpeta "O".</p> <p>CONTRATISTA: Informe final del contrato, avalado por el Supervisor del contrato, en el formato establecido para tal fin. Todos los soportes guardados en digital en la carpeta "O".</p> <p>SUPERVISOR DE CONTRATO: En caso de ser supervisor de contrato incluir el Informe de avance y ejecución contractual parcial del supervisor (Código SDS-CON-FT-071)</p>		
<p align="center">ELEMENTOS Y BIENES A CARGO</p>			
2	Carné de Identificación Institucional (Se entrega en Seguridad y Control - primer piso edificio administrativo)		 22/07/20
3	Tarjeta de Control de Acceso (Se entrega en Seguridad y Control - primer piso edificio administrativo)		 22/07/20
4	Carné de ingreso vehicular (Se entrega en Seguridad y Control - primer piso edificio administrativo)		 22/07/20
5	Certificación de bienes devolutivos a cargo, expedida por Subdirección de Bienes y Servicios	X	 22-07-2020
6	Certificación de entrega recursos TIC - expedida por Dirección TIC (cuenta de usuario, cuenta de correo, permisos sobre: aplicaciones, bases de datos, escritorio remoto, páginas especiales, etc.)		TICKET: 29226
7	Relación de correspondencia pendiente por gestionar (según Sistema CORDIS)		
8	<p>Expediente o carpetas prestadas por Archivo Central (se entrega en sótano - edificio administrativo)</p> <p>Expediente o carpetas prestadas por Subdirección de Contratación (se entrega en séptimo piso - edificio administrativo)</p>	X	 22/07/20  22/07/2020
9	libros, prendas con logos institucionales y otros elementos propiedad de la SDS.		
10	Llaves y demás elementos registrados en el inventario de la entidad.		
11	Entrega y Reasignación de Planes de Mejoramiento en ISOLUCION (se entrega en séptimo piso - edificio administrativo Dirección de Planeación Institucional y Calidad)	X	 22-07-2020
12	Copia de la declaración del pago de impuesto de renta y complementarios, en caso de realizar declaración de renta, se entrega en séptimo piso - edificio administrativo Dirección de Talento Humano (funcionarios), en el caso de los contratistas, se entrega al supervisor del contrato		 22/07/2020
13	Formato declaración de bienes y rentas y registro de conflicto de intereses (función pública SIGEP): se entrega en séptimo piso - edificio administrativo Dirección de Talento Humano (funcionarios), en el caso de los contratistas, se entrega al supervisor del contrato		 22/07/2020
<p>NOMBRE DE QUIEN RECIBE LOS SOPORTES: <u>Jefe inmediato, Delegado, Supervisor del Contrato</u>: FIRMA: _____</p>			
<p><i>Nota: Con la presente firma, certifico que la información producto de las actividades a cargo de la persona que realiza la entrega, fue suministrada en medio digital e impreso y además se realizó copia de la misma en la carpeta "O" de la respectiva dependencia.</i></p>			
<p>NOMBRE DE QUIEN ENTREGA: <u>DANIELA GONZALEZ</u> FIRMA: </p>			

 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. <small>SECRETARÍA DE SALUD</small>	SUBDIRECCIÓN DE BIENES Y SERVICIOS SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN Control Documental CERTIFICACION DE INVENTARIOS Código: SDS-BYS-FT 016 V.02	Elaborado por: Maryuly Sabogal Ramos Revisado por: Oscar Ramiro Reyes Muñoz Aprobado por: Carlos Fernando Meza Solís	
---	--	--	---

**EL SUSCRITO PROFESIONAL ESPECIALIZADO DE LA
DIRECCIÓN ADMINISTRATIVA – SUBDIRECCIÓN DE BIENES
Y SERVICIOS.**

CERTIFICA

Que revisados los registros que aparecen en el Sistema de control de Propiedad Planta y Equipo de elementos devolutivos en servicio de la Entidad, se constató que, a la fecha, el (la) señor (a) **ANGIE DANIELA GONZALEZ TORRES**, Identificado (a) con la cédula de ciudadanía No. **1013686674**, dio cumplimiento a la Resolución No 1096, de fecha 8 de septiembre de 2011.

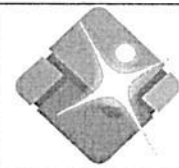
Se expide la presente certificación, a petición del (la) interesado (a), en Bogotá, D.C., a los veintidós (22) días del mes de Julio del año Dos Mil Veinte (2020).

ORIGINAL FIRMADO
CARLOS FERNANDO MEZA SOLÍS

Delegado Propiedad Planta y Equipo

Para uso exclusivo - Propiedad Planta y Equipo

Verificación realizada en el Sistema por: MARYULY SABOGAL RAMOS	Firma. 
---	---



EL (LA) SUSCRITO (A) PROFESIONAL DE LA DIRECCION
DE TECNOLOGIAS DE LA INFORMACION Y COMUNICACIONES

CERTIFICA:

No. Ticket: **29226**

Que el (la) señor (a) **ANGIE DANIELA GONZALEZ TORRES** identificado(a) con cédula de ciudadanía No. **1.013.686.674** de **Bogotá** informa la terminación de la vinculación por: Contrato de Prestación de servicios N° **1498163** o retiro de la planta de personal de la SDS --- de la dependencia **Subdirección Centro Regulador de Urgencias y Emergencias en Salud**, lo cual solicita cancelación de los siguientes recursos TIC a partir del día **15 de Julio de 2020**.

CHECK LIST	SERVICIOS	DESCRIPCIÓN
1	Cuenta de Usuario / Red	NO
2	Cuenta de Correo Personal Institucional y/u otro correo institucional	NO
3	Permisos sobre aplicaciones-	NO
4	Permisos sobre bases de datos	NO
5	Permisos de Escritorio Remoto	NO
6	Permisos a Páginas Especiales	NO
7	Permisos de Administrador local sobre maquina	NO
8	Software adicional instalado en el equipo	Windows ☒ Office ☒ Antivirus ☒ Acrobat ☒ Otros: _____
9	Permisos sobre CORDIS	NO
10	Permisos sobre carpetas	NO
11	Extensión Telefónica	NO

Se expide la presente certificación a petición del interesado (a) en Bogotá, D.C., el día martes, 21 de julio de 2020.



Yesid Ferney Lozano Suelta.

Técnico Operativo.

Dirección de Tecnologías de Información y Comunicaciones – TIC

Edificio Administrativo – Piso 4

 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD	DIRECCIÓN DE PLANEACIÓN SECTORIAL SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL CERTIFICACION DE PUBLICACIONES BIBLIOTECA Código: SDS-GCI-FT-de agosto 7 V.1	Elaborado por: Edgar Villamil Becerra Revisado por: Solangel García Ruiz Aprobado por: Adriana Posada Suarez	
--	---	--	---

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

CERTIFICA

Que revisados los registros que aparecen en el sistema de préstamos de publicaciones de la Biblioteca de la Secretaria Distrital de Salud, se constató que a la fecha el (la) señor(a), **ANGIE DANIELA GONZALEZ TORRES** identificado(a) con la cédula de ciudadanía No 1.013.686.674 dio cumplimiento al Reglamento Interno del servicio de Biblioteca y del Punto Vive Digital y a la normatividad vigente.

Se expide la presente certificación a petición del (la) interesado(a) en Bogotá D.C a los 21 días del mes de julio de 2020.

Efrén Rueda V.

Firma: _____

Nombre: **Efrén Rueda Vega**

BIBLIOTECA

Verificación realizada en el Sistema por: Efrén Rueda Vega _____	<p align="center"><i>Efrén Rueda V.</i></p> Firma.
--	--

