| | | | |
|---|---|---|---|
| ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.<br>SECRETARÍA DE SALUD | SUBDIRECCIÓN DE CONTRATACIÓN<br>SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN<br>CONTROL DOCUMENTAL<br>INFORME PARCIAL Y/O FINAL DE ACTIVIDADES ESPECÍFICAS, OBLIGACIONES DEL CONTRATISTA SERVICIOS PROFESIONALES Y APOYO A LA GESTIÓN<br>SDS – FFDS<br>Código: SDS-CON-FT-014 V.3 | Elaborado por: Jairo Armando Moreno<br>Revisado y Aprobado por: Andrea Pedroza Molina | |

| | | |
|---|---|---|
| **DESPACHO – SUBDIRECCIÓN – DIRECCIÓN U OFICINA:**<br>**SUBDIRECCIÓN CENTRO REGULADOR DE URGENCIAS Y EMERGENCIAS** | **CONTRATO No.**<br>CO1.PCCNTR.1498153 | **PERIODO DEL CONTRATO:**<br>Fecha de Inicio: 15-04-2020<br>Fecha de Terminación: 14-07-2020 |
| **ENTIDAD CONTRATANTE:**<br>**FONDO FINANCIERO DISTRITAL DE SALUD** | | **PLAZO DE EJECUCIÓN: 3 MESES**<br>**PRÓRROGA: N/A** |
| **CONTRATISTA: Zulma Farfán Lancheros** | | Fecha de Inicio: N/A<br>Fecha de Terminación: N/A<br>**SUSPENSIÓN:** N/A |
| **SUPERVISOR (Nombre y cargo):**<br>**Diana Constanza Rodriguez Posso**<br>**Subdirectora Centro Regulador de Urgencias y Emergencias en Salud** | | Fecha de Inicio: N/A<br>Fecha de Terminación: N/A<br>**PERIODO DEL INFORME:**<br>**01 a 14 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:** | $7.600.000 |
| **VALOR A PAGAR EN EL PRESENTE PERIODO DEL INFORME:** | $ 1.400.000 |
| **SALDO POR EJECUTAR:** | $ 0 |

| **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**. 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, se realizaron 184 registros en el sistema SIDCRUE, con el usuario **zfarfan** para la gestión integral de los incidentes relacionados con COVID-19, que ingresaron 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. | Se adjunta certificación de incidentes o registros en cd, archivo "**CERTIFICACION REGISTROS COVID19 ZULMA FARFAN LANCHEROS**" registros del mes de Julio. |
| **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 | Para el desarrollo de esta actividad se realizaron 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 | La evidencia anteriormente relacionada se encuentra bajo custodia del área de sistemas de la Dirección de Urgencias y Emergencias de la Salud dentro del módulo correspondiente SIDCRUE. |

| | | |
|---|---|---|
| como el apoyo en la elaboración de los respectivos informes y documentos técnicos relacionados con la situación de Urgencias, Emergencia y Desastre. | 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. | Se cumplieron las condiciones para la ejecución del contrato de conformidad con las necesidades del servicio atendiendo a las circunstancias de modo, tiempo y lugar. | Se adjunta el listado de asistencia en CD, Archivo "**ASISTENCIA ETB JUNIO Y ASISTENCIA ETB JULIO**"<br><br>Se adjunta en CD la certificación de registros de los días trabajados en casa. CARPETA "TC JUNIO Y TC JULIO". Se adjunta en CD informes trabajados en Excel solicitados por los médicos reguladores archivos " |
| 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. | Se asistió a la capacitación los días 25/07/2020, 27/07/2020 y 29/07/2020 de la guía de tipificación y geolocalización con el ingeniero FELIPE VELEZ. | La asistencia de capacitación se encuentra bajo custodia del ingeniero Felipe Vélez. |
| 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. | Para el desarrollo de esta actividad se realizaron 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. Se relaciona la asignación a trabajo en casa, donde se realizan rellamadas. | La evidencia anteriormente relacionada se encuentra bajo custodia del área de sistemas de la Dirección de urgencias y Emergencias en Salud dentro del módulo correspondiente SIDCRUE. La asistencia se relaciona en la carpeta " TC JUNIO y TC JULIO" |

**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: | Nueva EPS | Empresa: | Protección | Empresa: | ARL Sura |
| Suma cancelada: | $ 150.000<br>$ 70.000 | Suma cancelada: | $ 192.000<br>$ 89.600 | Suma cancelada: | $ 29.300<br>$ 13.700 |
| No Planilla: | **44028603**<br>**44207537** | No Planilla: | **44028603**<br>**44207537** | No Planilla: | **44028603**<br>**44207537** |
| Mes(es) cancelado(s): | Junio<br>Julio | Mes(es) cancelado(s): | Junio<br>Julio | Mes(es) cancelado(s): | Junio<br>Julio |

**N CASO DE INFORME FINAL DE EJECUCIÓN**

| | | | |
|---|---|---|---|
| ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.<br>SECRETARÍA DE SALUD | SUBDIRECCIÓN DE CONTRATACIÓN<br>SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN<br>CONTROL DOCUMENTAL<br>INFORME PARCIAL Y/O FINAL DE ACTIVIDADES ESPECÍFICAS, OBLIGACIONES DEL CONTRATISTA SERVICIOS PROFESIONALES Y APOYO A LA GESTIÓN<br>SDS – FFDS<br>Código: SDS-CON-FT-014 V.3 | Elaborado por: Jairo Armando Moreno<br>Revisado y Aprobado por: Andrea Pedroza Molina | |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| Relación de usuario y clave de acceso al equipo de cómputo: | **SIDCRUE**<br>Usuario ZFARFAN<br>Contraseña Zulma2016* | Relación de usuarios y clave de acceso a los sistemas de información (SICAF, CORDIS, SICAPITAL, SIIAS, SIRC, SIDBA, SIPROJ, ETC.), si aplica a sus actividades: | N/A | Relación y entrega de archivos físicos y back up de información de archivos digitales, resultado de su gestión. (por favor indicar nombres, cantidades y ubicación): | N/A |

| | |
|---|---|
| **CONTRATISTA** | **NOMBRES Y APELLIDOS:** Zulma Farfán Lancheros |
| | **FIRMA:** |
| | **No. DOCUMENTO DE IDENTIDAD:** 1.056.955.823 |

| **INFORME SUPERVISOR DE CONTRATO – CERTIFICADO DE CUMPLIMIENTO** | |
|---|---|
| Que, de conformidad con el informe de actividades presentado para el periodo indicado en el mismo, el supervisor da cuenta del cumplimiento de las actividades específicas, obligaciones del contratista desarrolladas de acuerdo con el objeto contractual, las cuales fueron descritas en el informe, y según el periodo de ejecución reportado. Acreditando un cumplimiento hasta la fecha de reporte del **100%** de ejecución del contrato. | **OTRAS OBSERVACIONES:** |

| | |
|---|---|
| **SUPERVISOR** | **NOMBRE Y APELLIDO: DIANA CONSTANZA RODRIGUEZ POSSO** |
| | **FIRMA:** |

| | |
|---|---|
| **REVISÓ** | **NOMBRE Y APELLIDO: YANIDIS ANDREA PINILLA ARMENTA** |
| | **FIRMA:** |

Anexo: Comprobantes de pago de aportes al Sistema de Seguridad Social en Salud y Pensión y 1 CD con la información solicitada

compensar | miplanilla.com

# PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES



| DATOS DEL APORTANTE | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| TIPO | NÚMERO | NOMBRE APORTANTE | | DIRECCIÓN | TELÉFONO | CORREO | EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD |
| CC | 1056955823 | ZULMA FARFAN LANCHEROS | | transv 32 C 19 C 21 | 3203597425 | zufalla2014@hotmail.com | |
| FORMA PRESENTACIÓN | CLASE APORTANTE | NOMBRE SUCURSAL | CÓDIGO | DEPARTAMENTO | CIUDAD / MUNICIPIO | | |
| UNICA | I - Independiente | | | BOGOTA D.C. | BOGOTÁ, D.C. | | NO |

| DATOS DE LA PLANILLA | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| PLANILLA ASOCIADA | FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO) | TIPO PLANILLA | FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO) | NÚMERO PLANILLA | CANTIDAD | |
| | | | | | EMPLEADOS | UPC |
| PERIODO SALUD | PERIODO PENSIONES | | | | 1 | 0 |
| | | | | | TOTAL A PAGAR | |
| 2020-06 | 2020-06 | I | 13/07/2020 | 44028603 | $371.300 | |

## DETALLE POR COTIZANTE

| INFORMACIÓN COTIZANTE | | | | | | | | INFORMACIÓN NOVEDADES | | | | | | | | | | | | | | | | PENSIÓN | | | | | | SALUD | | | RIESGOS LABORALES | | | | CCF | | | PARAFISCALES | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| No. | Tipo | No. de Identificación | Apellidos y Nombres | Ubicación | Salario | Integral | Extranjero | Colombiano en el Exterior | Estudiante | VSP | SLN | IGE | LMA | VAC | AVP | VCT | IRP | SUS | ING | RET | TDE | TAE | TDP | TAP | VSP | Cód. AFP | IBC AFP | Cotización | Voluntario Afiliado | Voluntario Aportante | Fondo pensional de solidaridad | Fondo pensional de subsistencia | Cód. EPS | IBC EPS | Cotización / Valor UPC | Cód. ARL | IBC ARL | Clase de Riesgo | Cotización | Código CCF | IBC CCF | Aporte CCF | IBC otros parafiscales | Aporte SENA | Aporte ICBF | Aporte ESAP | Aporte MEN |
| 1 | CC | 1056955823 | FARFAN LANCHEROS ZULMA | 59 | 0 | | | | N | | | | | | | | | | | | | | | | | 23201 | 1.200.000 | 192.000 | 0 | 0 | 0 | 0 | EPS037 | 1.200.000 | 156.000 | 14-11 | 1.200.000 | 3 | 29.300 | | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

compensar | miplanilla.com

# PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES



| DATOS DEL APORTANTE | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| TIPO | NUMERO | NOMBRE APORTANTE | DIRECCIÓN | TELÉFONO | CORREO | EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD |
| CC | 1058955823 | ZULMA FARFAN LANCHEROS | transv 32 C 19 C 21 | 3203597425 | zufalla2014@hotmail.com | |
| FORMA PRESENTACIÓN | CLASE APORTANTE | NOMBRE SUCURSAL | CÓDIGO | DEPARTAMENTO | CIUDAD / MUNICIPIO | |
| UNICA | 1 - Independiente | | | BOGOTÁ D.C. | BOGOTÁ, D.C. | NO |

| DATOS DE LA PLANILLA | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| PLANILLA ASOCIADA | FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO) | TIPO PLANILLA | FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO) | NÚMERO PLANILLA | CANTIDAD | |
| | | | | | EMPLEADOS | UPC |
| | | | | | 1 | 0 |
| PERIODO SALUD | PERIODO PENSIONES | | | | TOTAL A PAGAR | |
| 2020-06 | 2020-06 | I | 13/07/2020 | 44028603 | $371.300 | |

## TOTALES POR SUBSISTEMAS

**TOTALES SALUD**

| Código EPS | Nombre | NIT | Cotización Obligatoria | UPC Adicional | Incapacidades | | Licencia Maternidad | | Dias Mora | Valor Mora Cotización | Valor Mora UPC | Total a Pagar | No. Afiliados |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | No. Autorización | Valor | No. Autorización | Valor | | | | | |
| EPS037 | Nueva EPS | 900156264-2 | 150.000 | 0 | | 0 | | 0 | 0 | 0 | 0 | 150.000 | 1 |

**TOTALES PENSIÓN**

| Código AFP | Nombre | NIT | Cotización Obligatoria | Aporte Voluntario Afiliado | Aporte Voluntario Aportante | Aporte FSP - Solidaridad | Aporte FSP - Subsistencia | Dias Mora | Valor Mora Cotización | Valor Mora FSP | Total a Pagar | No. Afiliados |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 230201 | Proteccion (INQ + Proteccion) | 800229739-0 | 192.000 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | | 192.000 | 1 |

**TOTALES RIESGOS LABORALES**

| Código ARL | Nombre | NIT | Cotización Obligatoria | Incapacidades | | Aportes Otros Sistemas | Valor Neto Cotización | Dias Mora | Valor Mora Cotización | Subtotal Cotización | No. Radicado Saldo a Favor | Valor Saldo a Favor | Fondo Solidaridad | Total a Pagar | No. Afiliados |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | No. Autorización | Valor | | | | | | | | | | |
| 14-11 | ARL SURA | 860903790-5 | 29.300 | | | | 29.300 | 0 | 0 | 29.300 | | | 293 | 29.300 | 1 |

**TOTALES CAJAS**

| Código CCF | Nombre | NIT | Valor Aporte | Dias Mora | Valor Mora Aporte | Total a Pagar | No. Afiliados |
|---|---|---|---|---|---|---|---|

**TOTALES PARAFISCALES**

| Valor Aporte | Dias 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**

| Tipo Administradora | No. Administradoras Reportadas | Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora | Total a Pagar |
|---|---|---|---|
| Salud | 1 | 150.000 | 150.000 |
| Pensión | 1 | 192.000 | 192.000 |
| Riesgos Laborales | 1 | 29.300 | 29.300 |
| CCF | 0 | 0 | 0 |
| ESAP | 0 | 0 | 0 |
| ICBF | 0 | 0 | 0 |
| MEN | 0 | 0 | 0 |
| SENA | 0 | 0 | 0 |
| TOTALES | 3 | 371.300 | 371.300 |

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

compensar | miplanilla.com

# PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES



| DATOS DEL APORTANTE | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| TIPO | NÚMERO | NOMBRE APORTANTE | | DIRECCIÓN | TELÉFONO | CORREO | EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD |
| CC | 1056955823 | ZULMA FARFAN LANCHEROS | | transv 32 C 19 C 21 | 3203597425 | zufala2014@hotmail.com | |
| FORMA PRESENTACIÓN | CLASE APORTANTE | NOMBRE SUCURSAL | CÓDIGO | DEPARTAMENTO | CIUDAD / MUNICIPIO | | |
| UNICA | 1 - Independiente | | | BOGOTÁ D.C | BOGOTÁ D.C | | NO |

| DATOS DE LA PLANILLA | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| PLANILLA ASOCIADA | FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO) | TIPO PLANILLA | FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO) | NÚMERO PLANILLA | CANTIDAD | |
| | | | | | EMPLEADOS | UPC |
| | | | | | 1 | 0 |
| PERIODO SALUD | PERIODO PENSIONES | | | | TOTAL A PAGAR | |
| 2020-07 | 2020-07 | 1 | 23/07/2020 | 44207537 | $173.300 | |

## DETALLE POR COTIZANTE

| INFORMACIÓN COTIZANTE | | | | | | | | INFORMACIÓN NOVEDADES | | | | | | | | | | | | | | PENSIÓN | | | | | | SALUD | | | RIESGOS LABORALES | | | | CCF | | | PARAFISCALES | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| No. | Tipo | No. de identificación | Apellidos y Nombres | Dependiente | Estudiante | Extranjero en Colombia | Colombiano en el Exterior | ING | RET | TDE | TAE | TDP | TAP | VSP | SLN | IGE | LMA | VAC | AVP | VCT | IRP | Cod. AFP | IBC AFP | Cotizacion | Voluntario a Afiliado | Voluntario Aportante | Fondo pensional de solidaridad | Fondo pensional de subsistencia | Cod. EPS | IBC EPS | Cotizacion / Valor UPC | Cod. ARL | IBC ARL | Clase de Riesgo | Cotizacion | Codigo CCF | IBC CCF | Aporte CCF | IBC otros parafiscales | Aporte SENA | Aporte ICBF | Aporte ESAP | Aporte MEN |
| 1 | CC | 1056955823 | FARFAN LANCHEROS ZULMA | 58 | 0 | | N | X | | | | | | | | | | | | | | 23001 | 560.000 | 80.800 | 0 | 0 | 0 | 0 | EPS037 | 560.000 | 78.000 | 14-11 | 560.000 | 3 | 13.700 | | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

compensar | miplanilla.com

# PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES



| DATOS DEL APORTANTE | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| TIPO | NÚMERO | NOMBRE APORTANTE | DIRECCIÓN | TELÉFONO | CORREO | EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD |
| CC | 1056955823 | ZULMA FARFAN LANCHEROS | transv 32 C 19 C 21 | 3203597425 | zufala2014@hotmail.com | |
| FORMA PRESENTACIÓN | CLASE APORTANTE | NOMBRE SUCURSAL | CÓDIGO | DEPARTAMENTO | CIUDAD / MUNICIPIO | |
| UNICA | I - Independiente | | | BOGOTÁ, D.C. | BOGOTÁ, D.C. | NO |

| DATOS DE LA PLANILLA | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| PLANILLA ASOCIADA | FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO) | TIPO PLANILLA | FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO) | NÚMERO PLANILLA | CANTIDAD | |
| | | | | | EMPLEADOS | UPC |
| | | | | | 1 | 0 |
| PERIODO SALUD | PERIODO PENSIONES | | | | TOTAL A PAGAR | |
| 2020-07 | 2020-07 | I | 23/07/2020 | 44207537 | $173.300 | |

## TOTALES POR SUBSISTEMAS

**TOTALES SALUD**

| Código EPS | Nombre | NIT | Cotización Obligatoria | UPC Adicional | Incapacidades | | Licencia Maternidad | | Días Mora | Valor Mora Cotización | Valor Mora UPC | Total a Pagar | No. Afiliados |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | No. Autorización | Valor | No. Autorización | Valor | | | | | |
| EPS037 | Nueva EPS | 900156264-2 | 70.000 | 0 | | 0 | | 0 | 0 | 0 | 0 | 70.000 | 1 |

**TOTALES PENSIÓN**

| Código AFP | Nombre | NIT | Cotización Obligatoria | Aporte Voluntario Afiliado | Aporte Voluntario Aportante | Aporte FSP - Solidaridad | Aporte FSP - Subsistencia | Días Mora | Valor Mora Cotización | Valor Mora FSP | Total a Pagar | No. Afiliados |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 230201 | Proteccion (ING + Proteccion) | 800229739-0 | 89.600 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | | 89.600 | 1 |

**TOTALES RIESGOS LABORALES**

| Código ARL | Nombre | NIT | Cotización Obligatoria | Incapacidades | | Aportes Otros Sistemas | Valor Neto Cotización | Días Mora | Valor Mora Cotización | Subtotal Cotización | No. Radicado Saldo a Favor | Valor Saldo a Favor | Fondo Solidaridad | Total a Pagar | No. Afiliados |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | No. Autorización | Valor | | | | | | | | | | |
| 14-11 | ARL SURA | 890903790-5 | 13.700 | | | | 13.700 | 0 | 0 | 13.700 | | | 137 | 13.700 | 1 |

**TOTALES CAJAS**

| Código CCF | Nombre | NIT | Valor Aporte | Días Mora | Valor Mora Aporte | Total a Pagar | No. Afiliados |
|---|---|---|---|---|---|---|---|

**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**

| Tipo Administradora | No. Administradoras Reportadas | Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora | Total a Pagar |
|---|---|---|---|
| Salud | 1 | 70.000 | 70.000 |
| Pensión | 1 | 89.600 | 89.600 |
| Riesgos Laborales | 1 | 13.700 | 13.700 |
| CCF | 0 | 0 | 0 |
| ESAP | 0 | 0 | 0 |
| ICBF | 0 | 0 | 0 |
| MEN | 0 | 0 | 0 |
| SENA | 0 | 0 | 0 |
| TOTALES | 3 | 173.300 | 173.300 |

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE SALUD

DIRECCION DE GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO
SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN
CONTROL DOCUMENTAL
ENTREGA ACTIVIDADES Y BIENES A CARGO
Código SDS-THO-FT-033 V. 7

Elaborado por: Dionisio Doncell
Revisado por: Ylida Ponce Yanci
Aprobado: Ylida Ponce Yanci

FECHA : 23/07/2020 Carrera Administrativa: ( ) Libre Nombramiento y Remoción: ( ) Provisional: ( ) Contrato: ( X ) Número: 1498153

NOMBRE DEL SERVIDOR PUBLICO O CONTRATISTA: Zulma Farfán Lancheros

CARGO:TARM (Tecnico auxiliar Regulacion Medica) PERFIL /categoría (en el caso de contratistas): TARM

DEPENDENCIA: Centro Regulador de Urgencias y Emergencias (CRUE)

Este formato es de obligatorio cumplimiento para todos los servidores publicos 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.

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).

| No. | DESCRIPCIÓN | Entrega SI | Entrega NO | Entrega N/A | OBSERVACIONES |
|---|---|---|---|---|---|
| | **ENTREGA ACTIVIDADES A CARGO** | | | | |
| 1 | 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". | | | X | N/A |
| | 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". | X | | | Se adjunta cuenta de cobro del mes Julio con los debidos soportes, tanto en fisico como en CD |
| | 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 ) | | | X | N/A |
| | **ELEMENTOS Y BIENES A CARGO** | | | | **FIRMA DEPENDENCIA QUE RECIBE O CERTIFICA** |
| 2 | Carné de Identificación Institucional (Se entrega en Seguridad y Control - primer piso edificio administrativo) | | | X | N/A 23-07-20 |
| 3 | Tarjeta de Control de Acceso (Se entrega en Seguridad y Control - primer piso edificio administrativo) | | | X | N/A 23-07-20 |
| 4 | Carné de ingreso vehicular (Se entrega en Seguridad y Control - primer piso edificio administrativo) | | | X | N/A 23-07-20 |
| 5 | Certificación de bienes devolutivos a cargo, expedida por Subdirección de Bienes y Servicios | ✓ | | | |
| 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 29314 Fecha: 23/07/2020 |
| 7 | Relación de correspondencia pendiente por gestionar (según Sistema CORDIS) | | | | N/A |
| 8 | Expediente o carpetas prestadas por Archivo Central (se entrega en sótano - edificio administrativo) | | | X | 23-07-20 |
| | Expediente o carpetas prestadas por Subdirección de Contratación (se entrega en séptimo piso - edificio administrativo) | | | | 23/07/2020 |
| 9 | libros, prendas con logos institucionales y otros elementos propiedad de la SDS. | | | | |
| 10 | Llaves y demas elementos registrados en el inventario de la entidad. | | | | N/A |
| 11 | Entrega y Reasignación de Planes de Mejoramiento en ISOLUCION (se entrega en séptimo piso - edificio administrativo Dirección de Planeación Institucional y Calidad). | | | X | N/A 23/07/2020 |
| 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. | | | X | N/A 23/07/2020 |
| 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. | | | | 23/07/2020 |

**NOMBRE DE QUIEN RECIBE LOS SOPORTES:** (Jefe inmediato, Delegado, Supervisor del Contrato): **FIRMA:**

*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.*

**NOMBRE DE QUIEN ENTREGA: Zulma Farfán Lancheros** **FIRMA:**

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) **ZULMA FARFAN LANCHEROS,** Identificado (a) con la cédula de ciudadanía No. 1.056.955.823, 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 Veintitrés (23) días del mes de Julio del año Dos Mil Veinte (2020).

ORIGINAL FIRMADO
CARLOS FERNANDO MEZA SOLIS

**Delegado Propiedad Planta y Equipo**

Para uso exclusivo - Propiedad Planta y Equipo

| | |
|---|---|
| Verificación realizada en el Sistema por:<br>**ALEXANDER CÁRDENAS SUÁREZ** | Firma. |

| | | | |
|---|---|---|---|
| ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD | DIRECCION DE TIC<br>SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN<br>CONTROL DOCUMENTAL<br>CERTIFICACIÓN DE ENTREGA DE RECURSOS TIC<br>Código: SDS-TIC-FT-037 V.1 | Elaborado por: Mary Suárez<br>Revisado por: Isabel Mira R.<br>Aprobado por: Arleth Patricia Saurith Contreras | |

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

## CERTIFICA:

No. Ticket: **29314**

Que el (la) señor (a) **ZULMA FARAN LANCHEROS** identificado(a) con cédula de ciudadanía No. **1056955823** de **Ventaquemada** informa la terminación de la vinculación por: Contrato de Prestación de servicios N° **1498153** 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 **14 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 X Office X<br>Antivirus X Acrobat X<br>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 miércoles, 22 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. SECRETARIA DE SALUD | DIRECCIÓN DE PLANEACIÓN SECTORIAL<br>SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN<br>CONTROL DOCUMENTAL<br>CERTIFICACION DE PUBLICACIONES BIBLIOTECA<br>Código: SDS-GCI-FT-de agosto 7 V.1 | Elaborado por: Edgar Villamil Becerra<br>Revisado por: Solangel García Ruiz<br>Aprobado por: Adriana Posada Suarez | |

EL SUSCRITO PROFESIONAL ESPECIALIZADADO 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), ZULMA FARFAN LANCHEROS identificado(a) con la cédula de ciudadanía No 1056955823 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 22 días del mes de julio de 2020.

Efren Rueda V.

**Firma:** _____

**Nombre: Efrén Rueda Vega**

**BIBLIOTECA**

| | |
|---|---|
| Verificación realizada en el Sistema por:<br>Efrén Rueda Vega<br>_____ | Efren Rueda V.<br>Firma. |