DESPACHO – SUBDIRECCIÓN – DIRECCIÓN U OFICINA: DIRECCIÓN DE PARTICIPACIÓN SOCIAL, GESTIÓN TERRITORIAL Y TRANSECTORIALIDAD	**CONTRATO No.** 8419783	**PERIODO DEL CONTRATO:** Fecha de Inicio: 25/10/2025 Fecha de Terminación: 07/09/2026
ENTIDAD CONTRATANTE: FONDO FINANCIERO DISTRITAL DE SALUD		**PLAZO DE EJECUCIÓN:** Doscientos Ochenta y Cuatro (284) días **PRÓRROGA:** NO APLICA
CONTRATISTA: ZORY BRICEIDA ESCOBAR MACUALO		Fecha de Inicio (Prórroga): N/A Fecha de Terminación (Prórroga): N/A **SUSPENSIÓN:** NO APLICA
SUPERVISOR (Nombre y cargo): **OLGA LUCIA MANCERA LEGUIZAMON** Director Operativo Código 009 Grado 07 (E) Supervisión ejercida por el 01 de abril de 2026 **ALEJANDRO CEPEDA PEREZ** Director Operativo Código 009 Grado 07 Supervisión ejercida por el periodo entre el 02 al 20 de abril de 2026		Fecha de Inicio (Suspensión): N/A Nueva Fecha de Terminación (Suspensión): N/A **PERIODO DEL INFORME:** 01/04/2026 -20/04/2026
OBJETO DEL CONTRATO: "Prestar servicios profesionales especializados a la Dirección de Participación Social, Gestión Territorial y Transectorialidad, para la implementación de la estrategia Navegadores de Salud, para apoyar la construcción de rutas criticas o trayectorias priorizadas desde la perspectiva de los pacientes en el marco de la Participación Social Transformadora"		

BALANCE FINANCIERO DEL CONTRATO	
VALOR INICIAL DEL CONTRATO:	$ 62.423.200
VALOR ADICIÓN (SI APLICA):	$ 0
VALOR INDEXACIÓN (SI APLICA):	$ 0
VALOR CEDIDO (SI APLICA):	$ 0
VALOR A LIBERAR (SI APLICA):	$ 0
VALOR PAGADO AL CONTRATISTA O CESIONARIO (SI APLICA):	$ 27.694.800
VALOR A PAGAR EN EL PRESENTE PERIODO DEL INFORME:	$ 4.396.000
SALDO POR EJECUTAR:	$ 30.332.400

ACTIVIDADES ESPECIFICAS, 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. Apoyar en la implementación de la estrategia de acompañamiento sobre las rutas que siguen los pacientes para poder lograr el acceso a los servicios de salud, con el fin de mantener el control de la información documental y administrativa sobre dichas rutas, en el marco de la Política de Participación Social en Salud.	-Para la vigencia de este periodo, no hay actividades relacionadas con esta obligación, dado que, no fueron asignadas por la supervisión.	-No aplica

2. Apoyar en la documentación de los procedimientos para la reconstrucción de información sobre las barreras de acceso que se encuentran en las rutas de atención que siguen los pacientes para lograr la prestación de los servicios en salud y que son elaboradas a partir de las fuentes disponibles (información recopilada desde las Subredes Integradas de Servicios de Salud, Entidades Administradoras de Planes de Beneficios – EAPB y en las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud públicas y privadas) con el fin de generar mecanismos que puedan aportar soluciones a las barreras de acceso previamente mencionadas.	-Para la vigencia de este periodo, no hay actividades relacionadas con esta obligación, dado que, no fueron asignadas por la supervisión.	-No aplica
3. Apoyar la identificación y documentación de información sobre los pacientes que siguen las rutas de atención para lograr el acceso a los servicios de salud, basándose en la información recopilada desde las Subredes Integradas de Servicios de Salud, Entidades Administradoras de Planes de Beneficios – EAPB y en las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud públicas y privadas- utilizando los criterios asociados a la población objeto, resultados del acceso a los servicios en salud y gestión realizadas por los actores anteriormente mencionados, siguiendo los lineamientos dispuestos por la Dirección de Participación Social, Gestión Territorial y Transectorialidad.	-20260414 Se participa en la construcción y entrega del documento del diseño metodológico relacionado con la construcción de la trayectoria de las pacientes con cáncer de mama y cérvix.	-20260414 Documento Diseño metodológico -trayectoria Paciente ca de mama y cérvix “Las evidencias reposan en el SharePoint designado por el supervisor y posterior a la aprobación en el aplicativo SECOP II, corresponde a la obligación contractual”
4. Apoyar en la implementación y análisis de metodologías de recopilación de información, que permitan la identificación de las barreras de acceso a los servicios de salud que se encuentran en los pacientes durante las rutas de atención, con el fin de implementar soluciones que mejoren los servicios en el marco de la estrategia "Navegadores", de acuerdo los lineamientos que sean establecidos para ello.	-Para la vigencia de este periodo, no hay actividades relacionadas con esta obligación, dado que, no fueron asignadas por la supervisión.	-No aplica

5. Asistir y participar en las sesiones, talleres, reuniones y demás espacios que se desarrollen en el marco del cumplimiento del objeto contractual.	-Para la vigencia de este periodo, no hay actividades relacionadas con esta obligación, dado que, no fueron asignadas por la supervisión.	-No aplica
6. Apoyar en la elaboración de documentos e informes, sobre los avances de las iniciativas que se lleven a cabo dentro de la estrategia "Navegadores", con el fin de facilitar la toma de decisiones que permita una implementación adecuada.	-Para la vigencia de este periodo, no hay actividades relacionadas con esta obligación, dado que, no fueron asignadas por la supervisión.	-No aplica
7. Apoyar a la supervisión en los convenios y/o contratos asignados relacionados con el objeto contractual.	-20260430 Se realiza la revisión del informe para verificar las actividades y las evidencias, que dan cumplimiento a las obligaciones contractuales del contrato N°8440164	-20260430 Apoyo a la Supervisión de los Contratos Asignados. "Las evidencias reposan en el SharePoint designado por el supervisor y posterior a la aprobación en el aplicativo SECOP II, corresponde a la obligación contractual"

ESTADO TEMAS PENDIENTES DE TRÁMITE

Si este es el último informe de ejecución, relacione el estado de los temas que le fueron asignados y que a la fecha se encuentran pendientes de trámite, indicando porque no se han desarrollado: No quedan temas pendientes.

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.

INFORMACIÒN PAGOS SEGURIDAD SOCIAL

APORTES EN SALUD		APORTES EN PENSIÓN		APORTES RIESGOS LABORALES	
Empresa:	SALUD TOTAL	Empresa:	COLPENSIONES	Empresa:	POSITIVA
				Nivel Riesgo:	1
Suma cancelada:	$ 375.000 $ 329.700	Suma cancelada:	$ 480.000 $ 422.100	Suma cancelada:	$ 73.100 $ 64.300
No Planilla:	9502072856 9503712982	No Planilla:	9502072856 9503712982	No Planilla:	9502072856 9503712982
Mes(es) cancelado(s):	Marzo Abril	Mes(es) cancelado(s):	Marzo Abril	Mes(es) cancelado(s):	Marzo Abril

EN CASO DE INFORME FINAL DE EJECUCIÓN

Relación de usuario y clave de acceso al equipo de cómputo:	zbescobar@saludcapital.gov.co Julio2025*	Relación de usuarios y clave de acceso a los sistemas de información (SICAF, AGILSALUD, SICAPITAL, SIIAS, SIRC, SIDBA, SIPROJ, ETC.), si aplica a sus actividades:	zbescobar@saludcapital.gov.co Julio2025*	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):	Las evidencias reposan en el SharePoint designado por el supervisor y posterior a la aprobación en el aplicativo SECOP II, corresponde a la obligación contractual https://saludcapitalgovco-my.sharepoint.com/:f:/r/personal/direccionde participacion_saludcapital_gov_co/Documents/CONTRATISTA/CONTRATOS%202025/NAVEGADORES/II-2025/8419783%20ZORY%20BRICEIDA%20ESCOBAR%20MACUALO%20CES I%C3%93N?csf=1&web=1&e=iK7eUB

FIRMA DEL CONTRATISTA	
CONTRATISTA	**NOMBRES Y APELLIDOS:** ZORY ESCOBAR MACUALO
	FIRMA: Firmado digitalmente por Zory Briceida Escobar Macualo
	No. DOCUMENTO DE IDENTIDAD: **37.392.156**

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 51.41% de ejecución del contrato. Certifico que el contratista realizó la entrega de actividades y bienes a cargo incluyendo la devolución del carné que lo identifica como contratista de la entidad.	**OTRAS OBSERVACIONES:** Durante el mes de abril de 2026, la supervisión fue ejercida inicialmente por la señora Olga Lucia Mancera Leguizamón Profesional Especializado Código 222 Grado 27 quien desempeñó el cargo de directora encargada el 1 de abril; el señor Alejandro Cepeda Pérez entre el periodo del 02 al 30 de abril de 2026, asumió la dirección en virtud de lo establecido en la Resolución No. 124 del 27 de marzo de 2026. Por ser informe final se adjuntan certificados de paz y salvo de biblioteca, bienes y servicios y TIC.

INFORME SUPERVISOR DE CONTRATO – SEGUIMIENTO A LOS RIESGOS DEL CONTRATO

En la siguiente tabla se registra e informa el estado de los riesgos de la etapa contractual (ejecución), reportados en la matriz de riesgos de los estudios previos al corte de este informe:

Nº	**Descripción del Riesgo**	**¿Se materializo el riesgo? (Marque con una X)**		**Observaciones (Describa la(s) causa(s) por las cuales se materializo el riesgo)**
		SI	**NO**	
9	Cambio de régimen NO responsable de IVA a Común o viceversa a cargo del contratista		***X***	
10	Inadecuado manejo de la información la cual tiene acceso el contratista.		***X***	
11	Demoras por parte de la entidad contratante (Supervisor) en la aprobación de los productos y/o informes presentados por el contratista		***X***	
12	Suspensión o cancelación de la tarjeta o matrícula profesional, para aquellas profesiones que así lo establecen		***X***	

SUPERVISOR	**NOMBRE Y APELLIDO:** **OLGA LUCIA MANCERA LEGUIZAMON** Director Operativo Código 009 Grado 07 (E) Supervisión ejercida por el 01 de abril de 2026 **ALEJANDRO CEPEDA PEREZ** Director Operativo Código 009 Grado 07 Supervisión ejercida por el periodo entre el 02 al 20 de abril de 2026
	FIRMA: El presente informe es suscrito por la supervisión de manera electrónica a través de la plataforma SECOP II módulo plan de pagos, de conformidad con las condiciones establecidas por la Agencia Nacional de Contratación Pública-Colombia Compra Eficiente en su calidad de administradora del Sistema Electrónico para la Contratación Pública SECOP.
REVISÓ	**NOMBRE Y APELLIDO:** **DAYANA OCHOA MONTES** Contratista. Firmado digitalmente por Dayana Ochoa **NOMBRE Y APELLIDO:** **ALEJANDRO ARANGO CASTRILLON** Contratista. Firmado digitalmente por Alejandro Arango Castrillón
	FIRMA: El presente informe es suscrito por la supervisión de manera electrónica a través de la plataforma SECOP II módulo plan de pagos, de conformidad con las condiciones establecidas por la Agencia Nacional de Contratación Pública-Colombia Compra Eficiente en su calidad de administradora del Sistema Electrónico para la Contratación Pública SECOP.

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.

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 37392156		ESCOBAR MACUALO ZORY BRICEIDA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	mz j casa 7 arcabal	ESPINAL-TOLIMA	3143655244	Si

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2026-03	2026-03	222693216	9502072856	I	2026/04/15	2026/04/14	BANCO DAVIVIENDA	0	$928,100

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO					PENSION		SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES		
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$3,000,000	$480,000			$3,000,000	$375,000			$0	$0			$3,000,000	$73,100		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$3,000,000	$480,000			$3,000,000	$375,000			$0	$0			$3,000,000	$73,100		$0	$0
Ciudad: ESPINAL Depto: TOLIMA (1 Afiliados)					$3,000,000	$480,000			$3,000,000	$375,000			$0	$0			$3,000,000	$73,100		$0	$0
1	CC	37392156	ESCOBAR ZORY	25-14	30	$3,000,000	$480,000	EPS002	30	$3,000,000	$375,000		0	$0	$0	14-23	30	$3,000,000	$73,100	0	$0	$0
Total		**Afiliados(1)**				$3,000,000	$480,000			$3,000,000	$375,000			$0	$0			$3,000,000	$73,100		$0	$0

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 37392156		ESCOBAR MACUALO ZORY BRICEIDA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	mz j casa 7 arcabal	ESPINAL-TOLIMA	3143655244	Si

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2026-03	2026-03	222693216	9502072856	I	2026/04/15	2026/04/14	BANCO DAVIVIENDA	0	$928,100

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$480,000	$0	$0	$480,000
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	1	$480,000	$0	$0	$480,000
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$73,100	$0	$0	$73,100
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	$73,100	$0	$0	$73,100
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$375,000	$0	$0	$375,000
SALUD TOTAL	EPS002	800,130,907	4	1	$375,000	$0	$0	$375,000
TOTAL				1	$928,100	$0	$0	$928,100

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 37392156		ESCOBAR MACUALO ZORY BRICEIDA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	mz j casa 7 arcabal	ESPINAL-TOLIMA	3143655244	Si

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2026-04	2026-04	257653140	9503712982	I	2026/05/14	2026/04/27	BANCO DAVIVIENDA	0	$816,100

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO					PENSION		SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES		
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$2,637,600	$422,100			$2,637,600	$329,700			$0	$0			$2,637,600	$64,300		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$2,637,600	$422,100			$2,637,600	$329,700			$0	$0			$2,637,600	$64,300		$0	$0
Ciudad: ESPINAL Depto: TOLIMA (1 Afiliados)					$2,637,600	$422,100			$2,637,600	$329,700			$0	$0			$2,637,600	$64,300		$0	$0
1	CC 37392156	ESCOBAR ZORY	25-14	30	$2,637,600	$422,100	EPS002	30	$2,637,600	$329,700		0	$0	$0	14-23	30	$2,637,600	$64,300	0	$0	$0
Total	**Afiliados(1)**				$2,637,600	$422,100			$2,637,600	$329,700			$0	$0			$2,637,600	$64,300		$0	$0

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 37392156		ESCOBAR MACUALO ZORY BRICEIDA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	mz j casa 7 arcabal	ESPINAL-TOLIMA	3143655244	Si

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2026-04	2026-04	257653140	9503712982	I	2026/05/14	2026/04/27	BANCO DAVIVIENDA	0	$816,100

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$422,100	$0	$0	$422,100
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	1	$422,100	$0	$0	$422,100
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$64,300	$0	$0	$64,300
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	$64,300	$0	$0	$64,300
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$329,700	$0	$0	$329,700
SALUD TOTAL	EPS002	800,130,907	4	1	$329,700	$0	$0	$329,700
TOTAL				**1**	**$816,100**	**$0**	**$0**	**$816,100**

FONDO FINANCIERO DISTRITAL DE SALUD

BOGOTÁ | SECRETARÍA DE SALUD

Vig Ppto: 2026

ORDEN DE PAGO

No: 605562

Usuario Dilig: ACBOTELLO
Fecha de Impresión: 13/04/2026
Estado: GIRADA

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

1. DATOS DEL BENEFICIARIO

Nombre:	ZORY BRICEIDA ESCOBAR MACUALO	Regimen:	No Responsable		
Dirección:	CR 77 N 19 87 AP 1103	Teléfono y Fax:			
C.C o NIT:	37392156	Banco/Sucursal:	DAVIVIENDA	Cuenta No/Clase:	488408089594/A

2. DATOS DEL COMPROMISO

Compromiso a Pagar:	CT - CONTRATOS (CON / SIN LICITACIÓN	No:	8419783	Interventor o responsable del recibo a satisfacción del bien o servicio:	TOTAL
Acta de Recibo No:		Nombre del Interventor:			

Detalle

PLANILLA OGI_VIGENCIA-MARZO 2026 CTO-NO8419783-PERIODO DE:01-mar 30-mar-2026

Tipo de Orden de Pago: VIGENCIA

3. MOVIMIENTO PRESUPUESTAL

Fuente de financiación:

ID Rubro	Fuente	Detalle	Valor	
O2-3-01-17-019-06-20240197-266163000	01	12013	$6.594.000,00	
Tipo	Com	Objeto	Ingreso	Banco
O23	20202009	91122	O1-5-01-01-004-11	

IMPUTACIÓN PRESUPUESTAL

CDP	Código Rubro	Registro	Nombre	Valor Aplicación (Gasto)
2516	O2-3-01-17-019-06-20240197-266163000	3237	Documentos de investigación, Prestación de servicios al FFDS - SDS	$6.594.000,00

VR BRUTO	SEIS MILLONES QUINIENTOS NOVENTA Y CUATRO MIL PESOS	$6.594.000,00

4. MOVIMIENTO FINANCIERO Y CONTABLE

Descripción	% Descuento	Base de Retención	Código Contable	VALORES
Valor Bruto			5-1-11-79-0001	$6.594.000,00
RETEFUENTE-L.1607/12-ART 383 - PERS.NATURAL (PLA)	0	$5.828.400,00	2-4-36-15-0001	$162.045,00
RETEICA- SERVICIOS 0,766%	.766	$5.828.400,00	2-4-36-27-0001	$44.646,00
ESTAMPILLA ADULTO MAYOR 2%	2	$6.594.000,00	2-4-36-90-0007	$131.880,00
ESTAMPILLA - EST_PROCULTURA 0,5%	.5	$6.594.000,00	2-4-36-90-0003	$32.970,00

Valor amortización:

Id fuente	Detalle
01	Recursos Del Distrito
12013	APORTE ORDINARIO

TOTAL DESCUENTOS		$371.541,00	
VALOR NETO A GIRAR	SEIS MILLONES DOSCIENTOS VEINTIDOS MIL CUATROCIENTOS CINCUENTA Y NUEVE PESOS	$6.222.459,00	Código contable
			2-4-01-02-0003

MOVIMIENTO TESORERÍA

Endosado a:

Observaciones

Acreedor (Exclusivamente para transferencia de la administración)

Nombre _____

Cédula _____ Firma _____

ANGELICA CELINA BOTELLO QUINTANA
GESTION DE PAGOS

YOLANDA PATRICIA VALDERRAMA CORTES
Responsable del Presupuesto

Consulta Pagos

LA GERENCIA DE AFILIACIONES Y NOVEDADES

CERTIFICA QUE:

ZORY BRICEIDA ESCOBAR MACUALO identificado con CC. 37392156 registra la siguiente información en el ramo de Riesgos Laborales:

INFORMACIÓN DEL CONTRATANTE	
Nombres y/o Razón	FONDO FINANCIERO DISTRITAL DE SALUD
Tipo y Numero de Documento	NI - 800246953

INFORMACIÓN RELACIÓN LABORAL			
Fecha de inicio de cobertura	2025/11/25	**Fecha inicio contrato**	2025/11/25
Tipo de vinculación	Independiente con Contrato	**Fecha de fin contrato**	2026/09/17
Riesgo	1	**Código actividad económica**	1841201 - ACTIVIDADES EJECUTIVAS DE LA ADMINISTRACION PUBLICA, INCLUYE EL DESEMPENO DE LAS FUNCIONES
Estado afiliación	Activo		
Fecha retiro		**Estado del contrato**	Activo

Esta certificación se expide a los 14 días del mes de abril del 2026.

Tenga en cuenta que, una vez finalice la fecha de terminación del contrato, el sistema aplicará automáticamente el retiro. Si tiene un nuevo contrato o prórroga, registre la novedad en www.positivaenlinea.gov.co para mantener la cobertura.

Para verificar la autenticidad de este certificado, escanea el código QR incluido o visita nuestra página web. Selecciona la opción "Validar certificados de afiliación" e ingresa el siguiente código: **CC14042026Z37392156E16942540.** Este código es válido por un mes.

Cordialmente,

Gerencia de afiliaciones y novedades ARL
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD	CERTIFICACION DE PAZ Y SALVO BIBLIOTECA					
	Código:	SDS-ICI-FT-035	**Fecha:**	2025-05-14	**Versión:**	1

EL SUSCRITO PROFESIONAL UNIVERSITARIO DE LA DIRECCION DE PLANEACION SECTORIAL - BIBLIOTECA

CERTIFICA

Que revisados los registros que aparecen en el Sistema Bibliográfico de la Biblioteca de la Secretaría Distrital de Salud, se constató que a la fecha el (la) señor(a), **ZORY ESCOBAR MACUALO** identificado(a) con la cédula de ciudadanía N° **37392156 ,** no tiene material bibliográfico en préstamo.

Se expide la presente certificación a petición del (la) interesado(a) en Bogotá D.C. a los 28 días del mes de abril de 2026.

Firma: ANGIE PAEZ Firmado digitalmente por Angie Liseth Páez Lara

Nombre: Angie Liseth Páez Lara
Profesional Universitario – BIBLIOTECA

Verificación realizada en el Sistema por:	
Efren de Jesús Rueda Vega	Firma. Efren Rueda Vega Firmado digitalmente por Jesus Rueda Vega

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD	CERTIFICACIÓN DE ENTREGA DE RECURSOS TIC					
	Código:	SDS-TIC-FT-037	**Fecha:**	2025/11/07	**Versión:**	4

LA DIRECCIÓN
DE TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y COMUNICACIONES

CERTIFICA:

No. Ticket: **RF-4-2079**

Que el(la) señor(a) **ZORY BRICEIDA, ESCOBAR MACUALO** identificado(a) con cédula de ciudadanía No. **37392156** de **Cucuta -Norte de Santander**, informa la terminación de la relación contractual o vinculación con la Secretaría Distrital de Salud, correspondiente a: **Contrato de prestación de servicios** No **8419783**, adscrito(a) a la dependencia **Subsecretaría de gestión territorial, participación y servicio a la ciudadanía**. Por lo anterior, se solicita la actualización de los siguientes recursos TIC asignados, a partir del día: **abril 20 de 2026.**

CHECK LIST	SERVICIOS	DESCRIPCIÓN
1	Cuenta de Usuario / Red	**ZBEscobar**
2	Cuenta de Correo Personal Institucional y/u otro correo institucional	**ZBEscobar@saludcapital.gov.co**
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** Antivirus **X** Acrobat **X** Otros: _____
9	Permisos sobre el Sistema de Gestión Documental (**AGILSALUD)**	Si
10	Permisos sobre carpetas	NO
11	Extensión Telefónica	0

Nota: Se inactivan los accesos a las aplicaciones y bases de datos administradas por la Dirección TIC. Para las aplicaciones y bases de datos administradas por dependencias diferentes a la Dirección TIC, la responsabilidad de la inactivación de usuarios será exclusiva de los administradores de estas o quien haga sus veces y será el supervisor de contrato o jefe inmediato quien garantice que se realice el respectivo proceso de inactivación.

Se expide la presente certificación a petición del interesado (a) en Bogotá, D.C., martes, 28 de abril de 2026.

Claudia P. Ruiz Sánchez

Claudia Patricia Ruiz Sanchez
Profesional Universitario
Dirección de Tecnologías de Información y Comunicaciones – TIC
Edificio Administrativo – Piso 4

No. Solicitud 202600187

EL SUSCRITO PROFESIONAL ESPECIALIZADO DE LA DIRECCIÓN ADMINISTRATIVA - SUBDIRECCIÓN DE BIENES Y SERVICIOS

CERTIFICA

Que, revisados los registros de elementos devolutivos en servicio que aparecen en el sistema de Control de Propiedad, Planta y Equipo de la Entidad, se constató que, a la fecha, ZORY BRICEIDA ESCOBAR MACUALO identificado(a) con CEDULA DE CIUDADANIA número 37392156 de la DIRECCIÓN DE PARTICIPACIÓN SOCIAL, GESTIÓN TERRITORIAL Y TRANSECTORIALIDAD, dio cumplimiento a lo establecido en la Resolución 858 del 11 de junio de 2021.

Se expide la presente certificación en Bogotá, D.C., a los Seis 06 días de mayo del Dos Mil Veintiseis 2026 la cual tendrá validez por treinta (30) días calendario, contados a partir de la fecha de expedición.

CARLOS FERNANDO MEZA SOLIS
Delegado Propiedad Planta y Equipo

Para uso exclusivo - Propiedad Planta y Equipo

Verificación realizada en el Sistema por: Olga Yanneth Velasquez Neira	Firma OYVELASQUEZ