

|                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                         |                                                                                     |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|
| <br><b>ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.</b><br>SECRETARÍA DE SALUD | <b>SUBDIRECCIÓN DE CONTRATACIÓN</b><br><b>SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN</b><br><b>CONTROL DOCUMENTAL</b><br><b>INFORME PARCIAL Y/O FINAL DE ACTIVIDADES ESPECÍFICAS, OBLIGACIONES DEL CONTRATISTA</b><br><b>SERVICIOS PROFESIONALES Y APOYO A LA GESTIÓN</b><br><b>SDS – FFDS</b><br>Código: SDS-CON-FT-014 V.4 ✓ | Actualizado por: Essy Ximena Arévalo<br>Revisado y Aprobado por: Pilar Alexon Contreras |  |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|

|                                                                                                                                                            |                                                           |                                                                                                     |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>DESPACHO – SUBDIRECCIÓN – DIRECCIÓN U OFICINA:</b><br><b>SUBDIRECCIÓN CENTRO REGULADOR DE URGENCIAS Y EMERGENCIAS</b>                                   | <b>CONTRATO No.</b><br><b>CO1.PCCNTR. 1731931 de 2020</b> | <b>PERIODO DEL CONTRATO:</b><br>Fecha de Inicio: 14-08-2020 ✓<br>Fecha de Terminación: 13-03-2021 ✓ |
| <b>ENTIDAD CONTRATANTE:</b><br><b>FONDO FINANCIERO DISTRITAL DE SALUD</b> ✓                                                                                | <b>PLAZO DE EJECUCIÓN:</b><br><b>7 MESES</b> ✓            | <b>PRÓRROGA:</b>                                                                                    |
| <b>CONTRATISTA:</b><br><b>YURY PAOLA PINTO LONDOÑO</b> ✓                                                                                                   | Fecha de Inicio: N/A                                      | Fecha de Terminación: N/A                                                                           |
| <b>SUPERVISOR (Nombre y cargo):</b><br><b>Dra. DIANA CONSTANZA RODRÍGUEZ POSSO</b> ✓<br><b>SUBDIRECTORA DE CENTRO REGULADOR DE URGENCIAS Y EMERGENCIAS</b> | <b>SUSPENSIÓN:</b>                                        | Fecha de Inicio: N/A                                                                                |
| <b>OBJETO DEL CONTRATO:</b>                                                                                                                                | Fecha de Terminación: N/A                                 | <b>PERIODO DEL INFORME:</b>                                                                         |
| Prestar servicios técnicos para gestionar la respuesta sanitaria ante los incidentes en salud de las Urgencias y Emergencias relacionados con COVID-19.    |                                                           |                                                                                                     |

| BALANCE FINANCIERO DEL CONTRATO                          |                 |
|----------------------------------------------------------|-----------------|
| <b>VALOR INICIAL DEL CONTRATO:</b>                       | \$ 21.000.000 ✓ |
| <b>VALOR ADICIÓN:</b>                                    | \$ N/A ✓        |
| <b>VALOR PAGADO AL CONTRATISTA:</b>                      | \$ 19.700.000 ✓ |
| <b>VALOR A PAGAR EN EL PRESENTE PERIODO DEL INFORME:</b> | \$ 1.300.000 ✓  |
| <b>SALDO POR EJECUTAR:</b>                               | \$ 0 ✓          |

| ACTIVIDADES ESPECÍFICAS, 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. Asistir y apoyar la gestión 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.            | Se ingresa a la sede respectiva (chapinero) cumpliendo con los parámetros de higiene respecto al covid-19.<br>En el horario establecido, desarrollando las funciones asignadas, siguiendo orientación de los jefes de turno, haciendo uso adecuado de todas las herramientas de trabajo recibiendo cada llamada de emergencia y siguiendo lineamientos de cada doctor de turno.                    | Firmo contrato el día 14 de agosto, empiezo a desarrollar las actividades a partir del día 14 de agosto en turno 12 horas en los días pares, hasta el día de hoy firmando una asistencia diaria, el cual se anexan evidencias en cd. |
| 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 relacionados con la situación de Urgencias, Emergencia y Desastre. | Se realiza acción de apoyo con el medico regulador de cada turno, evaluando el nivel prioritario de cada urgencia y así mismo tomar las medidas necesarias para cada caso, al mismo tiempo se lleva un registro de cada incidente en la plataforma Premier One<br>También se lleva acción de apoyo en las llamadas de seguimiento a cada incidente siguiendo lineamientos de cada doctor de turno. | Cada soporte clínico de cada incidente se encuentra en la plataforma p1, igualmente anexo evidencia en cd de cada incidente recibido, también anexo asistencia diaria en el cd.                                                      |

|                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                                             |                                                                                     |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|
|  <p><b>ALCALDÍA MAYOR<br/>DE BOGOTÁ D.C.</b><br/>SECRETARÍA DE SALUD</p> | <p align="center"><b>SUBDIRECCIÓN DE CONTRATACIÓN<br/>SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN<br/>CONTROL DOCUMENTAL</b></p> <p align="center"><b>INFORME PARCIAL Y/O FINAL DE ACTIVIDADES<br/>ESPECÍFICAS, OBLIGACIONES DEL CONTRATISTA<br/>SERVICIOS PROFESIONALES Y APOYO A LA GESTIÓN</b></p> <p align="center"><b>SDS – FFDS</b><br/>Código: SDS-CON-FT-014 V.4</p> | <p>Actualizado por: Essy<br/>Ximena Arévalo<br/>Revisado y Aprobado<br/>por: Pilar Alexon<br/>Contreras</p> |  |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|

|                                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                 |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 3. Atender las circunstancias de modo, tiempo y lugar para la ejecución del contrato de conformidad con las necesidades del servicio.                                                                    | Cumplo lo acordado en el contrato, conforme a la necesidad de cada turno, recibiendo las llamadas a tiempo y atendiendo cada caso de la manera correcta en el tiempo y lugar establecido por los jefes y siguiendo lineamientos de cada doctor de turno.                                | Cada soporte clínico de cada incidente se encuentra en la plataforma p1, igualmente anexo evidencia en cd de cada incidente recibido, también anexo asistencia diaria en el cd. |
| 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 asiste a capacitación y/o charla dada por Ingeniero de la secretaria distrital de salud, aprendiendo sobre los lineamientos correctos de referencia y contra referencia.                                                                                                             | Se asiste a sesión clínica de atención primeros auxilios psicológicos el día 15 de febrero a las 02:00 pm de manera virtual por medio del link que envió el jefe de turno.      |
| 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.                                                                      | Tener claro los datos solicitados e información necesaria para cada caso por si se presenta una urgencia frente al covid-19 o cualquier otra emergencia de Bogotá y al tiempo se tenga que enviar carro de toma de muestra o ambulancia siguiendo lineamientos de cada doctor de turno. | Cada soporte clínico de cada incidente se encuentra en la plataforma p1, igualmente anexo evidencia en cd de cada incidente recibido, también anexo asistencia diaria en el cd. |

#### ESTADO TEMAS PENDIENTES DE TRÁMITE

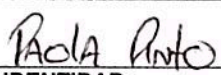
Si es el último informe de ejecución, relacione el estado de los temas que le fueron asignados y que a la fecha se encuentren pendientes de trámite, indicando por qué no se han desarrollado:  
N/A

**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.

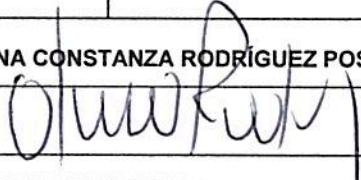
#### INFORMACIÓN PAGOS SEGURIDAD SOCIAL

| APORTES EN SALUD      |                      | APORTES EN PENSIÓN    |                      | APORTES RIESGOS LABORALES |                      |
|-----------------------|----------------------|-----------------------|----------------------|---------------------------|----------------------|
| Empresa:              | COMPENSAR            | Empresa:              | PORVENIR             | Empresa:                  | ARL SURA             |
| Suma cancelada:       | 150.000<br>150.000   | Suma cancelada:       | 192.000<br>192.000   | Suma cancelada:           | 29.300<br>29.300     |
| No Planilla:          | 48415292<br>49149581 | No Planilla:          | 48415292<br>49149581 | No Planilla:              | 48415292<br>49149581 |
| Mes(es) cancelado(s): | FEBRERO<br>MARZO     | Mes(es) cancelado(s): | FEBRERO<br>MARZO     | Mes(es) cancelado(s):     | FEBRERO<br>MARZO     |

#### EN CASO DE INFORME FINAL DE EJECUCIÓN

|                                                             |                                                                                               |                                                                                                                                                                 |                                   |                                                                                                                                                                      |     |
|-------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| Relación de usuario y clave de acceso al equipo de cómputo: | ypinto<br>1016103913                                                                          | 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: | MYPPINTO LOND<br>Paola1016103913* | 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:<br>YURY PAOLA PINTO LONDOÑO                                              |                                                                                                                                                                 |                                   |                                                                                                                                                                      |     |
|                                                             | FIRMA:<br> |                                                                                                                                                                 |                                   |                                                                                                                                                                      |     |
|                                                             | No. DOCUMENTO DE IDENTIDAD:<br>1016103913                                                     |                                                                                                                                                                 |                                   |                                                                                                                                                                      |     |

|                                                                                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                  |                                                                                     |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|
| <br><b>ALCALDÍA MAYOR<br/>DE BOGOTÁ D.C.</b><br>SECRETARÍA DE SALUD | <b>SUBDIRECCIÓN DE CONTRATACIÓN<br/>SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN<br/>CONTROL DOCUMENTAL<br/>INFORME PARCIAL Y/O FINAL DE ACTIVIDADES<br/>ESPECÍFICAS, OBLIGACIONES DEL CONTRATISTA<br/>SERVICIOS PROFESIONALES Y APOYO A LA GESTIÓN<br/>SDS – FFDS<br/>Código: SDS-CON-FT-014 V.4</b> | Actualizado por: Essy<br>Ximena Arévalo<br>Revisado y Aprobado<br>por: Pilar Alexon<br>Contreras |  |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|

| <b>INFORME SUPERVISOR DE CONTRATO – CERTIFICADO DE CUMPLIMIENTO</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                       |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <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 <u>100,00</u> % de ejecución del contrato.</p> <p>Certifico que el contratista realizó la entrega de actividades y bienes a cargo incluyendo la devolución del carnet que lo identifica como contratista de la entidad.</p> | <b>OTRAS OBSERVACIONES:</b>                                                                           |
| <b>SUPERVISOR</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | <b>NOMBRE Y APELLIDO:</b><br>Dra. DIANA CONSTANZA RODRÍGUEZ POSSO                                     |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | <b>FIRMA:</b><br>   |
| <b>REVISÓ</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | <b>NOMBRE Y APELLIDO:</b><br>Dra. LADY JOHANNA TORRES                                                 |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | <b>FIRMA:</b><br> |

❖ El presente informe da cumplimiento a lo citado en la ISO 9001:2015, en relación con el numeral 8.4.

Anexo: Comprobantes de pago de aportes al Sistema de Seguridad Social en Salud y Pensión.

\* Para el cálculo del % de ejecución del contrato se deben tener en cuenta las adiciones.

| DETALLE POR COTIZANTE |      |                       |                        |                       |             |     |     |     |     |     |         |       |     |       |     |                   |          |           |            |                       |                                |                               |          |           |                        |          |           |            |            |         |            |             |             |                 |   |
|-----------------------|------|-----------------------|------------------------|-----------------------|-------------|-----|-----|-----|-----|-----|---------|-------|-----|-------|-----|-------------------|----------|-----------|------------|-----------------------|--------------------------------|-------------------------------|----------|-----------|------------------------|----------|-----------|------------|------------|---------|------------|-------------|-------------|-----------------|---|
| INFORMACIÓN COTIZANTE |      |                       |                        | INFORMACIÓN NOVEDADES |             |     |     |     |     |     | PENSIÓN |       |     | SALUD |     | RIESGOS LABORALES |          | CCF       |            |                       | PARAFISCALES                   |                               |          |           |                        |          |           |            |            |         |            |             |             |                 |   |
| No.                   | Tipo | No. de Identificación | Apellidos y Nombres    | Cotizante             | Colaborador | RST | TDE | LPE | VSP | VET | S.N.    | L.M.A | VAC | AAP   | WCT | COLABORACION      | Cd-A AFP | IBC AFP   | Cotización | Voluntario a Afiliado | Fondo pensional de solidaridad | Fondo comunal de subsistencia | Cd-A EPS | IBC EPS   | Cotización / Valor UPC | Cd-A ARL | IBC ARL   | Cotización | Código CCF | IBC CCF | Aporte CCF | Aporte SENA | Aporte ICBF | Aporte ESAP MEN |   |
|                       | CC   | 1018103313            | PINTO LÓPEZ YURY PAOLA | N                     |             |     |     |     |     |     |         |       |     |       |     |                   | 230321   | 1.200.000 | 192.000    | 0                     | 0                              | 0                             | EP5008   | 1.200.000 | 150.000                | 14.11    | 1.200.000 | 3          | 28.320     |         | 0          | 0           | 0           | 0               | 0 |

| DATOS DE LA PLANILLA |                                |  |               |                       |                 |               |     |
|----------------------|--------------------------------|--|---------------|-----------------------|-----------------|---------------|-----|
| PLANILLA ASOCIADA    | FECHA PAGO ASOCIADA (DÍAS/AÑO) |  | TIPO PLANILLA | FECHA PAGO (DÍAS/AÑO) | NÚMERO PLANILLA | CANTIDAD      |     |
|                      |                                |  |               |                       |                 | EMPLEADOS     | UPC |
|                      |                                |  |               |                       |                 | 1             | 0   |
| PERIODO SALUD        | PERIODO PENSIONES              |  |               |                       |                 | TOTAL A PAGAR |     |
| 2021-02              | 2021-02                        |  | I             | 01/03/2021            | 48415292        | \$371.300     |     |

| TOTALES POR SUBSISTEMA |                                |                                     |                |
|------------------------|--------------------------------|-------------------------------------|----------------|
| Tipo Administradora    | No. Administradoras Reportadas | Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mera | Total a Pagar  |
| Salud                  | 1                              | 150.000                             | 150.000        |
| Pension                | 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              |
| <b>TOTALES</b>         | <b>3</b>                       | <b>371.300</b>                      | <b>371.300</b> |

| DATOS DEL APORTANTE   |                    |                          |        |                  |                    |                         | EXONERADO PAGO<br>PARAFISCALES Y<br>SALUD |
|-----------------------|--------------------|--------------------------|--------|------------------|--------------------|-------------------------|-------------------------------------------|
| TIPO                  | NÚMERO             | NOMBRE APORTANTE         |        | DIRECCIÓN        | TELÉFONO           | CORREO                  |                                           |
| CC                    | 1016103713         | YURY PAOLA PINTO LONDOÑO |        | CRA 100 # 23H-63 | 4609197            | PAOP.NTO14*16@GMAIL.COM |                                           |
| FORMA<br>PRESENTACIÓN | CLASE<br>APORTANTE | NOMBRE<br>SUCURSAL       | CÓDIGO | DEPARTAMENTO     | CIUDAD / MUNICIPIO |                         |                                           |
| ÚNICA                 | I = Independiente  |                          |        | BOGOTÁ D. C.     | BOGOTÁ D. C.       |                         | NO                                        |

| DATOS DE LA PLANILLA |                                      |               |                             |                 |               |
|----------------------|--------------------------------------|---------------|-----------------------------|-----------------|---------------|
| PLANILLA ASOCIADA    | FECHA PAGO ASOCIADA<br>(DIA/MES/AÑO) | TIPO PLANILLA | FECHA PAGO<br>(DIA/MES/AÑO) | NÚMERO PLANILLA | CANTIDAD      |
|                      |                                      |               |                             |                 | EMPLÉADOS     |
|                      |                                      |               |                             |                 | UPC           |
|                      |                                      |               |                             |                 | 0             |
|                      |                                      |               |                             |                 | TOTAL A PAGAR |
| 2021-03              | 2021-03                              | I             | 15/03/2021                  | 49149581        | \$371.300     |

**DETALLE POR COTIZANTE**

[illegible]

88

| DATOS DEL APORTANTE   |                    |                          |                  |                    |                        |                                           |
|-----------------------|--------------------|--------------------------|------------------|--------------------|------------------------|-------------------------------------------|
| TIPO                  | NÚMERO             | NOMBRE APORTANTE         | DIRECCIÓN        | TÉLEFONO           | CORREO                 | EXONERADO PAGO<br>PARAFISCALES Y<br>SALUD |
| CC                    | 1016103913         | YURY PAOLA PINTO LONDOÑO | CPA 100 # 23H-63 | 4609197            | PAOPINTO1416@GMAIL.COM |                                           |
| FORMA<br>PRESENTACIÓN | CLASE<br>APORTANTE | NOMBRE<br>SUCURSAL       | DÉPARTAMENTO     | CIUDAD / MUNICIPIO |                        |                                           |
| ÚNICA                 | I - Independiente  |                          | BOGOTÁ D. C.     | BOGOTÁ D. C.       |                        | NO                                        |

| DATOS DE LA PLANILLA |                                    |               |                           |               |           |
|----------------------|------------------------------------|---------------|---------------------------|---------------|-----------|
| PLANILLA ASOCIADA    | FECHA PAGO ASOCIADA (DIAS/MES/AÑO) | TIPO PLANILLA | FECHA PAGO (DIAS/MES/AÑO) | CANTIDAD      |           |
|                      |                                    |               |                           | EMPLEADOS     | UPC       |
|                      |                                    |               |                           | 1             | 0         |
|                      |                                    |               |                           | TOTAL A PAGAR |           |
| 2021-03              | 2021-03                            | 1             | 15/03/2021                | 49146581      | \$371.300 |

**TOTALES POR SUBSISTEMAS**

| TOTALES SALUD |               |             |
|---------------|---------------|-------------|
| Código EPS    | Nombre        | NIT         |
| EPS008        | Compensar EPS | 860065942-7 |
|               |               | 150 000     |

|  | 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              | 150.000       | 1             |

**TOTALES PENSIÓN**

| TOTALES PENSIÓN |          |             |                        |                            |                             |                          |                           |                      |                       |                |               |               |
|-----------------|----------|-------------|------------------------|----------------------------|-----------------------------|--------------------------|---------------------------|----------------------|-----------------------|----------------|---------------|---------------|
| Código AFP      | Nombre   | NIT         | Cotización Obligatoria | 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 |
| 230301          | Porvenir | 600224808-8 | 192.000                | 0                          | 0                           | 0                        | 0                         | 0                    | 0                     |                | 192.000       | 1             |

**TOTALES RIESGOS LABORALES**

| TOTALES RIESGOS LABORALES |          |             |                        |                  |       |                        |                       |                            |                     |                            |                     |                   |               |               |
|---------------------------|----------|-------------|------------------------|------------------|-------|------------------------|-----------------------|----------------------------|---------------------|----------------------------|---------------------|-------------------|---------------|---------------|
| Código ARL                | Nombre   | NIT         | Cotización Obligatoria | Incapacidades    |       | Aportes Otros Sistemas | Valor Neto Cotización | Días 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 | 890003790-5 | 29.300                 |                  |       |                        | 29.300                | 0                          | 0                   | 29.300                     |                     | 223               | 29.300        | 1             |

**TOTALES CAJAS**

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

**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 |                                |                                     |                |
|------------------------|--------------------------------|-------------------------------------|----------------|
| Typo Administradora    | No. Administradoras Reportadas | Valor antes de IGE, LMA, IRR y Mera | Total a Pagar  |
| Salud                  | 1                              | 150.000                             | 150.000        |
| Pension                | 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              |
| <b>TOTALES</b>         | <b>3</b>                       | <b>371.300</b>                      | <b>371.300</b> |

|                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                     |                                                                                     |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|
| <br><b>ALCALDÍA MAYOR<br/>DE BOGOTÁ D.C.</b><br><small>SECRETARÍA DE SALUD</small> | <b>SUBDIRECCIÓN DE BIENES Y<br/>SERVICIOS</b><br><b>SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN</b><br>Control Documental<br><b>CERTIFICACION DE INVENTARIOS</b><br>Código: SDS-BYS-FT 016 V.02 | Elaborado por: Maryuly Sabogal<br>Ramos<br>Revisado por: Oscar Ramiro Reyes<br>Muñoz<br>Aprobado por: Carlos Fernando<br>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) **YURY PAOLA PINTO LONDOÑO** Identificado (a) con la cédula de ciudadanía No **1016103913**, 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 (15) días del mes de marzo del año Dos Mil Veintiuno (2021).

*Original Firmado por*  
Luis Eduardo Campos

**Delegado Propiedad Planta y Equipo**

Para uso exclusivo - Propiedad Planta y Equipo

Verificación realizada en el Sistema por:

CAROLINA ALVARADO ROBAYO

Firma.

*Carolina Alvarado*

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

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

### CERTIFICA:

No. Ticket: **37238**

Que el (la) señor (a) **YURY PAOLA PINTO LONDOÑO** identificado(a) con cédula de ciudadanía No. **1.016.103.913** de **Bogotá** informa la terminación de la vinculación por: Contrato de Prestación de servicios N° **1731931** o retiro de la planta de personal de la SDS de la dependencia **Subdirección Centro Regulador de Urgencias y Emergencias**, lo cual solicita cancelación de los siguientes recursos TIC a partir del día **13 de Marzo de 2021**

| 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                                         | SI                                                                                                                                                                                                  |
| 6          | Permisos a Páginas Especiales                                         | NO                                                                                                                                                                                                  |
| 7          | Permisos de Administrador local sobre maquina                         | NO                                                                                                                                                                                                  |
| 8          | Software adicional instalado en el equipo                             | Windows <input checked="" type="checkbox"/> Office <input checked="" type="checkbox"/><br>Antivirus <input checked="" type="checkbox"/> Acrobat <input checked="" type="checkbox"/><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 sábado, 13 de marzo de 2021.



**Yesid Ferney Lozano Suelta.**

Técnico Operativo.

Dirección de Tecnologías de Información y Comunicaciones – TIC

Edificio Administrativo – Piso 4

|                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                         |                                                                                     |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|
| <br><b>ALCALDÍA MAYOR<br/>DE BOGOTÁ D.C.</b><br><small>SECRETARÍA DE SALUD</small> | <b>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</b> | <b>Elaborado por: Edgar<br/>Villamil Becerra<br/>Revisado por: Solangel<br/>García Ruiz<br/>Aprobado por: Adriana<br/>Posada Suarez</b> |  |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|

**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), **YURY PAOLA PINTO LONDOÑO**, identificado(a) con la cédula de ciudadanía No, 1016103913 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 15 días del mes de marzo de 2021.

Firma: Efrén Rueda V.

**Nombre: Efrén Rueda Vega**

**BIBLIOTECA**

|                                                                        |                                                        |
|------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------|
| Verificación realizada en el Sistema por:<br>Efrén Rueda Vega<br><hr/> | <div align="center"><b>Efrén Rueda V.</b></div> Firma. |
|------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------|