MINISTERIO DE SALUD
Y PROTECCIÓN SOCIAL

MEMORANDO

RAD_S

Bogotá, D.C., 09 de agosto de 2023

PARA: **ANGÉLICA MARÍA ROMERO**
COORDINADORA GRUPO CENTRAL DE CUENTAS

DE: **CLAUDIA MARCELA VARGAS PELAEZ**
SUPERVISOR CONTRATO 683 DE 2023

ASUNTO: **REMISIÓN DOCUMENTOS PRIMER PAGO CONTRATO 683 DE 2023**

Por medio de la presente, me permito adjuntar los documentos para el PRIMER pago correspondiente al Contrato No. 683 de 2023, por el periodo comprendido entre el 7 DE JULIO al 31 de JULIO de 2023 de acuerdo con lo pactado en la cláusula de forma de pago, a saber, los siguientes:

• Formato GFIF02 Declaración juramentada.
• Formato GFIF03 certificación pago parcial.
• Acuerdo de Ejecución Contractual - GCOF03
• Formato Informe Parcial de Ejecución y Supervisión - GCOF18.
• Cuenta de cobro.
• Copia de la planilla de pago de aportes al sistema de seguridad social integral (salud, pensiones y ARL).
• Examen médico preocupacional vigente
• Programa de inducción y reinducción virtual - Evaluación MVG

Cordialmente,

CLAUDIA MARCELA VARGAS PELAÉZ

Anexo(s): Documentos de soporte
Copia (s): Dra. Angélica María Romero, coordinadora grupo central de cuentas.

Elaboró: dgongora
Revisó/Aprobó: cvargas

FORMATO DECLARACIÓN JURAMENTADA DEPURACIÓN DE BASE DE CÁLCULO DE RETENCIÓN Ley 2010 de 2019, Ley 1943 de 2018, Decreto 1070 de 2013, Decreto 099 de 2013, Concepto 1195 de 2009 y demás normatividad vigente					
Naturaleza del proceso:	**Apoyo**	**Código:**	**GFIF02**	**Versión**	**05**

Bogotá D.C., 8 de Agosto de 2023

Señores
MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL
Ciudad

1. Declaro bajo gravedad de juramento que 80% de mis ingresos provienen de la prestación de servicios de manera personal o de la realización de actividad económica por cuenta y riesgo del empleador o contratante.

2. Declaro bajo gravedad de juramento que mis ingresos PERCIBIDOS POR CONTRATOS CON EL ESTADO durante el año anterior SI _____ NO X superaron las 4000 UVT

3. Declaro bajo gravedad de juramento que mis ingresos durante el año anterior SI _____ NO X superaron los 3500 UVT

4. Declaro bajo gravedad de juramento que SI X NO _____ soy declarante del impuesto a la renta en los términos definidos por la normatividad vigente.

5. Artículo 383 del Estatuto Tributario, Parágrafo 2. "La retención en la fuente establecida en el presente artículo será aplicable a los pagos o abonos en cuenta por concepto de ingresos por honorarios y por compensación por servicios personales obtenidos por las personas que informen que no han contratado o vinculado dos (2) o más trabajadores asociados a la actividad."

¿Contraté dos (2) o más personas? SI _____ NO X

6. Pertenezco al Régimen de Tributación SIMPLE: SI _____ NO X

7. Que para los efectos que sean pertinentes, me permito aportar la siguiente información personal:

Identificación del contratante: 900 474 727 - 4 Ministerio de Salud y Protección Social

Régimen del impuesto sobre las ventas al que pertenezco: RESPONSABLE DE IVA _____ NO RESPONSABLES DE IVA X

Contrato de Prestación de Servicios No.: 683-2023 Fecha Inicio: 7 de Julio de 2023

Contratista: DAVID LEONARDO GÓNGORA LEAL Fecha terminación: 6 de noviembre de 2023

Valor mensual por concepto de Honorarios (iva incluido): $ 9.000.000,00 Prorroga:

Valor total del contrato (iva incluido): $ 36.000.000,00 Valor de Adición: $ 0,00

Fecha de inicio de la cesión: $ 0,00 Valor de la Cesión: $ 0,00

8. Declaro bajo gravedad de juramento, en el marco de lo estipulado en el Decreto 099 de 2013, Art. 2, Parágrafo 3 y 4 que las personas que a continuación relaciono, dependen económicamente de mí, así mismo manifiesto que ninguna otra persona podrá requerir beneficio en forma adicional en los términos establecidos de la norma precitada, para lo cual adjunto documentación que así lo certifica:

NOMBRE	EDAD	PARENTESCO	DOCUMENTO

Con lo anterior se solicita que en la depuración de la base de retención sea descontado el 10% de mis ingresos brutos y hasta un máximo de 32 UVT por concepto de dependientes.

9. Declaro bajo gravedad de juramento, que a la fecha tengo vigente un crédito hipotecario para adquisición de vivienda, Obligación 0 de 0 según certificación anexa el presente, lo anterior para efectos de la aplicación de la retención a que haya lugar de conformidad con el estatuto tributario vigente y normas reglamentarias, en particular lo establecido en el Decreto 099 de 2013, articulo 2, numeral1.

10. Declaro que soy titular de la cuenta AFC No 0 de 0, por lo que solicito con cargo al desembolso No. 0 del contrato No. 0 se consigne en mi nombre la suma de ($) 0 a la precitada cuenta AFC. Lo anterior con el objeto de acceder a disminución de la base de retención en la fuente en el documento equivalente anexo al desembolso en mención, de conformidad con lo consagrado en el artículo 126-4 del Estatuto Tributario y demás disposiciones legales vigentes.

11. Declaro que consigno a pensiones voluntarias en 0 la suma de ($) 0

12. Declaro que consigno a Medicina pre-pagada 0 la suma de 0 que no supera las 16 UVT mensuales.

13. Declaro que los documentos soporte del pago de aportes obligatorios al Sistema General de Seguridad Social en Salud, corresponden a los ingresos provenientes del contrato materia del pago sujeto a retención.

Atentamente,

Firmado digitalmente por David Leonardo Gongora Leal

Firma

c.c. 1.032.402.798

FORMATO CERTIFICACIÓN PAGO PARCIAL					
Naturaleza del Proceso:	**Apoyo**	**Código:**	**GFIF03**	**Versión:**	**01**

(1) Contrato No.	683 **de**	2023	
(2) Nombre del contrarista y/o Representante Legal:		DAVID LEONARDO GÓNGORA LEAL	
(3) Dirección:	CRA 7 # 19-55 Sur , BOGOTA DC	**(4) Teléfono:**	
(5) Cédula y/o NIT:	1032402798	**(6) Correo electrónico:**	dlgongoral@gmail.com
(7) Nombre(s) de el(los) supervisor(es) y/o interventor(es):		CLAUDIA MARCELA VARGAS PELáEZ	
(8) Dependencia:	DIRECCIóN DE MEDICAMENTOS Y TECNOLOGíAS EN SALUD	**(9) No. extensión o teléfono:**	
(10) Objeto:	PRESTAR LOS SERVICIOS PROFESIONALES EN LA DIRECCIóN DE MEDICAMENTOS Y TECNOLOGíAS EN SALUD APOYANDO LA ELABORACIóN DE INSUMOS TéCNICOS NECESARIOS EN LOS PROCESOS DE REGULACIóN DE PRECIOS DE MEDICAMENTOS Y PARA EL MONITOREO DE ABASTECIMIENTO DE MEDICAMENTOS, DESARROLLANDO HERRAMIENTAS QUE FAVOREZCAN EL ACCESO A MEDICAMENTOS.		
(11) Plazo de ejecución:	06 de Noviembre de 2023		
(12) Fecha de inicio:	07 de Julio de 2023	**(13) Fecha de terminación:**	06 de Noviembre de 2023
(14) Valor inicial del contrato:	$36,000,000.00		
(15) Valor pagos (Mensual o como se haya pactado):	$9,000,000.00		
(16) Valor desplazamiento:	$0.00		
(17) Adición:	$0.00		
(18) Prórroga (tiempo):			
(19) Suspensión:			
(20) Cesión:			
(21) Concepto del pago:	Pago No. 1 del 2023-07-07 al 2023-07-31 683-2023		

Aspecto económico

(22) Valor total contrato (inicial+adición) (vigencia) $	(23) Valor pagado (vigencia) $	(24) Valor a pagar (vigencia) $	(25) Saldo liberado (vigencia) $	(26) Saldo por pagar (vigencia) $
Vigencia 2023: $36,000,000.00	Vigencia 2023: $0.00	Vigencia 2023: $7,200,000.00	Vigencia 2023: $0.00	Vigencia 2023: $28,800,000.00
TOTAL				
$ 36,000,000.00	$ 0.00	$ 7,200,000.00	$ 0.00	$ 28,800,000.00

(27) Salud valor aporte:	$360,000.00	**(28) Pensión valor aporte:**	$460,800.00
(29) ARL:			$15,034.00
(30) Planilla de pago:	68827346/70022705	**(31) Fecha:**	26 de Junio de 2023
(32) Certificados parafiscales de fecha:			

(33) Concepto supervisor(es) y/o interventor(es)

El/la contratista, DAVID LEONARDO GÓNGORA LEAL, cumplió con las obligaciones contraídas en el contrato No. 683 de 2023, presentando el respectivo informe de actividades desarrolladas, productos y demás obligaciones pactadas en el contrato y en el período señalado en el concepto del pago, correspondiente al contrato principal.

FORMATO CERTIFICACIÓN PAGO PARCIAL					
Naturaleza del Proceso:	**Apoyo**	**Código:**	**GFIF03**	**Versión:**	**01**

De conformidad con las disposiciones legales efectuó el pago a los aportes respectivos al sistema de seguridad social integral en salud y pensiones y/o aportes parafiscales. (Se anexan comprobantes de pago de los aportes).

El contratista cumplió con el requisito establecido en el numeral siete (7) de la circular interna N° 25, del 22 de julio del 2013, remitiendo copia del examen preocupacional a la Subdirección de Gestión del Talento Humano del Ministerio.

Por lo anterior se debe pagar a el/la contratista la suma de:	$7,200,000.00
(34) Observaciones:	

(35) Firma responsable:

Firmado digitalmente por Claudia Marcela Vargas Pelaez

CLAUDIA MARCELA VARGAS PELáEZ

Supervisor (es)/Interventor (es)

(36) Fecha: 11 de Agosto de 2023 Bogotá D.C.

Contrato de prestación de Servicios No. 683 de 2023

En cumplimiento de la Directiva Presidencial 09 de 2018, la Circular No. 39 del año 2019, y demás normas sobre austeridad del gasto y con el fin de hacer una utilización eficiente de los recursos del Ministerio, atendiendo a la naturaleza del contrato, el objeto y las obligaciones del mismo, la supervisión del contrato y el contratista acuerdan que, para garantizar una adecuada prestación de los servicios contratados, se requiere lo siguiente:

a. Tarjeta de Acceso: Si
b. Carnet Institucional: Si
c. Usuario institucional: Si
d. Puesto de actividades: Si
e. Extensión: Si
f. Correo electrónico institucional: Si
g. Otros No
¿Cuáles? _____

Las partes declaran que el acuerdo al que han llegado en relación con los diferentes aspectos contenidos en este documento es el resultado de analizar el alcance de las obligaciones contractuales y las mejores condiciones para su prestación y que no implican subordinación o dependencia; y que, conocen con claridad y suficiencia que el contratista realizará las labores de forma independiente y autónoma, bajo su propio riesgo y responsabilidad, sin sujeción o condiciones diversas a aquellas que requieran para el cumplimiento del objeto contractual y sin que ello implique exclusividad, salvo en los eventos en que otras asesorías impliquen conflictos de interés.

Fecha: 08/08/2023

SUPERVISOR Nombre: Claudia Marcela Vargas Pelaez Dependencia: Dirección de Medicamentos y Tecnologías en Salud	Firma Firmado digitalmente por Claudia Marcela Vargas Pelaez

CONTRATISTA Nombre: David Leonardo Góngora Leal	Firma Firmado digitalmente por David Leonardo Gongora Leal

Nota. La entrega de los insumos requeridos será suministrada por parte del Ministerio de acuerdo a la disponibilidad de recursos al momento de la firma del presente contrato.

INFORME PARCIAL DE EJECUCIÓN Y SUPERVISIÓN Certificación parcial de ejecución, cumplimiento y recibo a satisfacción					
Naturaleza del Proceso:	**Apoyo**	**Código:**	**GCOF18**	**Versión:**	**04**

Contrato No.	683 de 2023		
Nombre del Contratista y/o Representante Legal	DAVID LEONARDO GÓNGORA LEAL		
Nombre del Supervisor y/o Interventor	CLAUDIA MARCELA VARGAS PELáEZ	**Teléfono / Extensión**	
Dependencia	DIRECCIóN DE MEDICAMENTOS Y TECNOLOGíAS EN SALUD		
Objeto del contrato	Prestar los servicios profesionales en la Dirección de Medicamentos y Tecnologías en Salud apoyando la elaboración de insumos técnicos necesarios en los procesos de regulación de precios de medicamentos y para el monitoreo de abastecimiento de medicamentos, desarrollando herramientas que favorezcan el acceso a medicamentos.		
Fecha de inicio	Viernes, 07 de Julio de 2023	**Fecha de terminación**	Lunes, 06 de Noviembre de 2023
Fecha de Prorroga			
Número de CDP (s) y fecha (s)	151923 / 2023-06-30	**Número de RP (s) y fecha (s)**	299923 / 2023-07-06
Periodo objeto del informe	07 de Julio de 2023 - 31 de Julio de 2023		

INFORME PARCIAL DE EJECUCIÓN

OBLIGACIONES GENERALES

Obligación contractual		**Actividad desarrollada**	**Producto recibido**	**Observaciones o comentarios del Supervisor**
1	01. Entregar los informes pactados y los requeridos por el supervisor del contrato.	Se entregan los informes de las actividades mensuales		Se verificaron las actividades reportadas por la contratista para el periodo objeto de cobro.
2	02. Realizar las labores en forma independiente, bajo su propio riesgo y responsabilidad, sin sujeción o condiciones diversas a aquellas que requieran para el cumplimiento del objeto contractual y sin que ello implique exclusividad, salvo en los eventos en que otras asesorías impliquen conflictos de interés.	Se cumple con la obligación establecida		Se verificaron las actividades reportadas por la contratista para el periodo objeto de cobro.

3	03. Realizar los desplazamientos que se requieran para el desarrollo de sus obligaciones acorde con la solicitud del supervisor, para lo anterior, EL MINISTERIO realizará de forma previa el trámite presupuestal y administrativo correspondiente.	No se reporta ningún desplazamiento durante el periodo.		Se verificaron las actividades reportadas por la contratista para el periodo objeto de cobro.
4	04. Reportar de manera inmediata cualquier novedad o anomalía, al supervisor del contrato.	No se reporta ninguna anomalía durante el periodo reportado.		Se verificaron las actividades reportadas por la contratista para el periodo objeto de cobro.
5	05. Entregar a la finalización del contrato, en perfecto estado, salvo el deterioro normal por el uso, los elementos y equipos entregados para la prestación del servicio objeto de este contrato reportados en su inventario individual, así como el carnet de identificación y la tarjeta de acceso en caso de que estos le hayan sido suministrados. Dicha entrega se realizará al supervisor del contrato.	No aplica para el periodo seleccionado		Se verificaron las actividades reportadas por la contratista para el periodo objeto de cobro.
6	06. Pagar en forma cumplida y de manera equivalente a los honorarios pactados de	Se realizó el pago de los aportes al Sistema de seguridad social para el periodo reportado		Se verificaron las actividades reportadas por la contratista para el periodo objeto de cobro.

	acuerdo con la normatividad que regula la materia, los aportes al Sistema de Seguridad Social Integral.			
7	07. Atender los lineamientos dados por EL MINISTERIO en materia de procesos y procedimientos relacionados con el Sistema Integrado de Gestión-SIG y asistir a las actualizaciones relacionadas con el mismo.	Se tuvieron en cuenta los lineamientos dados por el Ministerio en materia de procesos y procedimientos relacionados con el Sistema Integrado de Gestión-SIG		Se verificaron las actividades reportadas por la contratista para el periodo objeto de cobro.
8	08. Cumplir con las políticas de seguridad de la información y los lineamientos dados por EL MINISTERIO relacionados con el Sistema de Gestión de Seguridad de la Información.	Se cumple con las políticas de seguridad de la información y los lineamientos dados por EL MINISTERIO relacionados con el Sistema de Gestión de Seguridad de la Información.		Se verificaron las actividades reportadas por la contratista para el periodo objeto de cobro.
9	09. Firmar un compromiso de confidencialidad y no divulgación con respecto a toda la información obtenida por EL/LA CONTRATISTA durante la prestación del servicio,	Se firmó compromiso de confidencialidad y no divulgación de la información al inicio de este contrato.		Se verificaron las actividades reportadas por la contratista para el periodo objeto de cobro.
10	10. Entregar al supervisor a la finalización del contrato en medio magnético los archivos editables y no editables elaborados o conocidos con	Se realiza la entrega de los archivos y productos pactados en el contrato.		Se verificaron las actividades reportadas por la contratista para el periodo objeto de cobro.

	ocasión de la ejecución del contrato.			
11	11. Encargarse personalmente del archivo de la documentación que deba gestionar con objeto del contrato, de acuerdo con los lineamientos de archivo y correspondencia vigente y/o normas del Archivo General de la Nación.	Se tuvieron en cuenta las normas y manuales de archivo general de la nación para la documentación gestionada.		Se verificaron las actividades reportadas por la contratista para el periodo objeto de cobro.
12	12. Responder en forma oportuna por el diligenciamiento y gestión de la correspondencia generada y recibida como usuario, a través del Sistema de Gestión Documental utilizado por la entidad.	Se respondieron las peticiones de manera oportuna en el Sistema de Gestión Documental ORFEO.		Se verificaron las actividades reportadas por la contratista para el periodo objeto de cobro.
13	13. Constituir, en caso de ser necesario, la garantía a favor de EL MINISTERIO por los valores y con los amparos previstos en el mismo y mantenerla vigente durante el término establecido por la entidad, así mismo deberá cargarla a la plataforma SECOP II a más tardar dentro los tres (3) días hábiles siguientes a la aceptación del contrato por las partes, para la revisión y	No fue necesario suscribir póliza al inicio del contrato		Se verificaron las actividades reportadas por la contratista para el periodo objeto de cobro.

	aprobación por parte del MINISTERIO, cuando a ello hubiere lugar.			
14	14. Presentar, junto con la garantía única exigida en el presente contrato, el documento donde conste la afiliación al Sistema General de Riesgos Laborales, de conformidad con lo señalado en el artículo 2 de la Ley 1562 de 2012 y el Decreto 1072 de 2015. Esta afiliación se hará a la ARL escogida por EL/LA CONTRATISTA (afiliándose en todo caso a una sola ARL), y la cotización se realizará en su totalidad por parte de EL/LA CONTRATISTA, a través del mecanismo establecido para el pago de aportes al Sistema de Seguridad Social Integral.	Se anexó la afiliación al SGSSS al inicio de este contrato.		Se verificaron las actividades reportadas por la contratista para el periodo objeto de cobro.
15	15. EL/LA CONTRATISTA dentro de los 30 días siguientes al último pago recibido por concepto de honorarios, deberá remitir al supervisor del contrato el soporte del pago de los aportes al Sistema de	Se remite al supervisor del contrato el soporte de pago de los aportes al SGSSS correspondiente al ultimo mes cobrado		Se verificaron las actividades reportadas por la contratista para el periodo objeto de cobro.

	Seguridad Social Integral realizado correspondiente al periodo de cotización del último mes cobrado, so pena que se adelanten las acciones administrativas y contractuales a que haya lugar.			
16	16. Presentar al supervisor un informe mensual que de cuenta de la ejecución de las obligaciones contractuales.	Se realiza la entrega de los archivos y productos pactados.		Se verificaron las actividades reportadas por la contratista para el periodo objeto de cobro.
17	17. Presentar para el primer pago, la inducción virtual que se encuentra publicada en la página de Salud net en el sitio “Entorno Laboral Saludable” estrategia “Formación y capacitación, Inducción Virtual”. Una vez terminada la inducción virtual, EL/LA contratista debe aportar la constancia que certifique, al supervisor del contrato.	Se anexo en el SECOP copia de la inducción virtual aprobada para el primer pago		Se verificaron las actividades reportadas por la contratista para el periodo objeto de cobro.
18	18. Contar con los elementos de protección personal necesarios para ejecutar la actividad contratada, para lo cual asumirá su costo.	Se cuenta con los elementos necesarios de protección		Se verificaron las actividades reportadas por la contratista para el periodo objeto de cobro.
19	19. Reportar a la ARL e Informar al MINISTERIO la	No se cuenta con ningún accidente de trabajo con reporte a ARL		Se verificaron las actividades reportadas por la contratista para el

	ocurrencia de incidentes, accidentes de trabajo y enfermedades laborales.			periodo objeto de cobro.
20	20. Participar en las actividades de Prevención y Promoción organizadas por EL MINISTERIO o la Administradora de Riesgos Laborales.	Se participa en las actividades programadas		Se verificaron las actividades reportadas por la contratista para el periodo objeto de cobro.
21	21. Las demás que estén directamente relacionadas con el objeto del contrato.	Se relacionan en las actividades especificas		Se verificaron las actividades reportadas por la contratista para el periodo objeto de cobro.
El/la contratista dió cumplimiento a las obligaciones generales descritas en el contrato durante el periodo del informe.				

OBLIGACIONES ESPECÍFICAS

Obligación contractual		Actividad desarrollada	Producto recibido	Observaciones o comentarios del Supervisor
1	1. Apoyar a la Dirección de Medicamentos y Tecnologías en Salud en la elaboración de conceptos técnicos requeridos para los documentos de política pública que tengan relación con el sector farmacéutico	Se inicia la realización de concepto técnico en cuanto a la separación de mercados relevantes correspondientes a asparaginasa nativa y asparaginasa recombinante	Concepto tecnico ASPARAGINASA Cuenta Julio.docx	Se verificaron las actividades reportadas por la contratista para el periodo objeto de cobro.
2	2. Apoyar a la Dirección de Medicamentos y Tecnologías en Salud en la implementación y seguimiento de la metodología de regulación de precios de medicamentos.	No se registran actividades relacionadas con esta obligación en este periodo		Se verificaron las actividades reportadas por la contratista para el periodo objeto de cobro.
3	3. Apoyar a la Dirección de Medicamentos y	Se realiza clasificación de medicamentos incluidos en la canasta familiar de acuerdo con el código ATC y	EspecificacionesMedicamentos IPCATC.xlsx	Se verificaron las actividades reportadas por la contratista para el

	Tecnologías en Salud en el soporte técnico farmacéutico requerido para las decisiones que deba tomar la Comisión Nacional de Precios de Medicamentos y Dispositivos Médicos.	la verificación del estado de regulación de estos, para veificación del IPC		periodo objeto de cobro.
4	4. Apoyar a la Dirección de Medicamentos y Tecnologías en Salud en la elaboración de insumos que permitan mejorar de forma continua las bases de datos de medicamentos con las que dispone el país.	Se realiza actualización de base INVIMA a Julio de 2023		Se verificaron las actividades reportadas por la contratista para el periodo objeto de cobro.
5	5. Apoyar a la Dirección de Medicamentos y Tecnologías en Salud en la construcción y revisión de la información dispuesta al público sobre los precios de los medicamentos.	No se registran actividades relacionadas con esta obligación en este periodo		Se verificaron las actividades reportadas por la contratista para el periodo objeto de cobro.
6	6. Apoyar a la Dirección de Medicamentos y Tecnologías en Salud en la elaboración de los informes sobre el monitoreo de la situación de abastecimiento del mercado farmacéutico.	Se realizan análisis en SISMED de distintos comportamientos de medicamentos en el mercado farmacéutico	2. Consulta Atomoxetina 25mg.xlsx, 1. Consulta Estriol.xlsx	Se verificaron las actividades reportadas por la contratista para el periodo objeto de cobro.
7	7. Acompañar a la Dirección de Medicamentos y	Asistencia a las siguientes reuniones: 1. Fecha: 10 de julio de 2023- Asistentes: David Góngora, Grupo de		Se verificaron las actividades reportadas por la contratista para el

	Tecnologías en Salud en las reuniones que sean designadas por el Supervisor y relacionadas con el objeto contractual.	abastecimiento, representantes de industria farmacéutica, sociedades medicas oncológicas, gestores farmacéuticos y EPS. Objetivo: MESA DE ANALISIS DE ABASTECIMIENTO - MEDICAMENTOS ONCOLOGICOS PEDIATRICOS 2. Fecha: 12 de julio de 2023 Reunión NITs. Asistentes: David Góngora, Nydia Romero- Objetivo: Determinar estrategia para determinar los conjuntos de empresas que realizan reportes bajo un mismo NIT o un NIT distinto en SISMED. 3. Fecha: 14 de julio de 2023 Equipo de MD y DM. Asistentes: Grupo de precios de medicamentos, grupo de dispositivos médicos- Objetivo: Presentación de las temáticas del trabajo en grupo e individual asignadas y requeridas en el proceso actual. 4. Fecha: 19 de julio de 2023 Mercados relevantes en revisión. Asistentes: David Góngora, Manuela Pardo, Sergio Márquez- Objetivo: Presentación de las temáticas de elaboración de conceptos técnicos en el marco de la separación de mercados relevantes indicados de acuerdo con la metodología de la Circular 03/2013.		periodo objeto de cobro.
8	8. Apoyar a la Dirección de Medicamentos y Tecnologías en Salud en el análisis de los requerimientos y proyección de respuestas a las diferentes solicitudes que efectúen las entidades públicas y privadas relacionadas con el objeto contractual según designación del supervisor.	Se realiza proyección y respuesta de cuatro solicitudes de derechos de petición las cuales se encuentran relacionadas en el archivo adjunto	2.1 Traslado INVIMA 202342301421352-Estriol ovulos.docx, 2. 202342401639052-Estriol ovulos.docx, 1. 202342301524642-Lumex pharma.docx, 4. 202342301570392-Presidencia lumex pharma.docx, 3.2 202342301668492 Traslado Supersalud Atomoxetina.docx, 3. 202342301668492-Atomoxetina.docx, 2.2 202342401639052 Traslado supersalud estriol.docx, 3.1 Traslado INVIMA 20234230166849 2-Atomoxetina capsulas.docx	Se verificaron las actividades reportadas por la contratista para el periodo objeto de cobro.

OBLIGACIONES FRENTE AL SISTEMA DE GESTIÓN DE LA SEGURIDAD Y LA SALUD EN EL TRABAJO

INFORME PARCIAL DE EJECUCIÓN Y SUPERVISIÓN Certificación parcial de ejecución, cumplimiento y recibo a satisfacción					
Naturaleza del Proceso:	**Apoyo**	**Código:**	**GCOF18**	**Versión:**	**04**

Obligación contractual	Actividad desarrollada	Producto recibido	Observaciones o comentarios del Supervisor
Se dió cumplimiento a las obligaciones frente al Sistema de Gestión de las Seguridad y la Salud en el Trabajo descritas en el contrato durante el periodo del informe.			

Hago constar que durante el periodo reportado se adelantaron las anteriores obligaciones y/o actividades..

Firmado digitalmente por David Leonardo Gongora Leal

DAVID LEONARDO GÓNGORA LEAL

Contratista

Fecha: Viernes, 11 de Agosto de 2023

INFORME PARCIAL DE SUPERVISIÓN	
De conformidad con el seguimiento a la ejecución del contrato, el supervisor certifica que: 1. El contratista durante el periodo señalado, SI desarrolló y cumplió las actividades, presentó y entregó los informes, productos y demás obligaciones pactadas en el Contrato en mención (anteriormente presentadas). 2. De conformidad con las disposiciones legales efectuó el pago a los aportes respectivos al sistema de seguridad social integral en salud y pensiones y/o aportes parafiscales. (Se anexan comprobantes de pago de los aportes). 3. El contratista SI aportó la certificación de examen pre-ocupacional como adjunto a los documentos correspondientes al primer pago del Contrato, en cumplimiento de lo previsto del artículo 2.2.4.2.2.18 del Decreto 1072 de 2015. 4. SI apruebo los informes, productos y demás documentos presentados y entregados por el contratista durante el periodo mencionado en desarrollo de las obligaciones pactadas en el Contrato en mención. 5. A la fecha NO existen causales de incumplimiento de las obligaciones contractuales que demanden actuaciones conminatorias o sancionatorias por parte de la Administración. 6. Durante el periodo del presente informe realicé el respectivo monitoreo a los riesgos relativos a la etapa de ejecución y la etapa postcontractual del presente contrato.	
OBSERVACIONES	El contratista ejecutó adecuadamente sus actividades para el periodo objeto de cobro de acuerdo con lo señalado en el informe y verificado por esta supervisión.

En constancia, firmo:

Firmado digitalmente por Claudia Marcela Vargas Pelaez

CLAUDIA MARCELA VARGAS PELáEZ

Supervisor (es)/Interventor (es)

Lugar y Fecha: Bogotá D.C., Viernes, 11 de Agosto de 2023

CUENTA DE COBRO

MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

NIT 900.474.727-4

DEBE A:

NOMBRE:	DAVID LEONARDO GÓNGORA LEAL
IDENTIFICACIÓN:	**CC** X **NIT** **No** 1032402798 **DV**
LA SUMA DE:	$7.200.000,00
POR CONCEPTO DE:	PAGO PERSONA NATURAL
CONTRATO No:	683 de 2023
DESEMBOLSO No:	1
OBJETO:	Prestar los servicios profesionales en la Dirección de Medicamentos y Tecnologías en Salud apoyando la elaboración de insumos técnicos necesarios en los procesos de regulación de precios de medicamentos y para el monitoreo de abastecimiento de medicamentos, desarrollando herramientas que favorezcan el acceso a medicamentos.
PERIODO COMPRENDIDO ENTRE:	07 de Julio de 2023 - 31 de Julio de 2023
DIRECCIÓN:	CRA 7 # 19-55 Sur , BOGOTA DC
CIUDAD:	BOGOTÁ, D.C.
TELÉFONO:	

En constancia firmo:

Firmado digitalmente por David Leonardo Gongora Leal

DAVID LEONARDO GÓNGORA LEAL

Lugar y Fecha: Bogotá D.C., Viernes, 11 de Agosto de 2023

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	1032402798	DAVID LEONARDO GONGORA LEAL	cra 7 # 19 53 sur	2393870	dlgongoral@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	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	CANTIDAD UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2023-06	2023-06	I	26/06/2023	68827346	$641.100	

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					
EPS008	Compensar EPS	860066942-7	276.100	0		0		0	0	0	0	276.100	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
25-14	Colpensiones	900336004-7	353.400	0	0	0	0	0	0		353.400	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	11.600				11.600	0	0	11.600			116	11.600	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	276.100	276.100
Pensión	1	353.400	353.400
Riesgos Laborales	1	11.600	11.600
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	641.100	641.100

PAGADA

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	1032402798	DAVID LEONARDO GONGORA LEAL		cra 7 # 19 53 sur	2393870	dlgongoral@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	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	
2023-06	2023-06	I	26/06/2023	68827346	$641.100	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE									INFORMACIÓN NOVEDADES																			PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES					
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Colom. exterior	Estornado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	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	1032402798	GONGORA LEAL DAVID LEONARDO	59	0			N																	25-14	2.208.626	353.400	0	0	0	0	EPS008	2.208.626	276.100	14-11	2.208.626	1	11.600		0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

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	1032402798	DAVID LEONARDO GONGORA LEAL	cra 7 # 19 53 sur	2393870	dlgongoral@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	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
68827346	26/06/2023				1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2023-06	2023-06	N	09/08/2023	70022705	$198.100	

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					
EPS008	Compensar EPS	860066942-7	83.900	0		0		0	14	1.400	0	85.300	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
25-14	Colpensiones	900336004-7	107.400	0	0	0	0	14	1.800	0	109.200	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	3.500				3.500	14	100	3.600			35	3.600	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	83.900	85.300
Pensión	1	107.400	109.200
Riesgos Laborales	1	3.500	3.600
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	194.800	198.100

PAGADA

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	1032402798	DAVID LEONARDO GONGORA LEAL	cra 7 # 19 53 sur	2393870	dlgongoral@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	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
68827346	26/06/2023	N	09/08/2023	70022705	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2023-06	2023-06				$198.100	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE									INFORMACIÓN NOVEDADES																		PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES				
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Colom. exterior	Estornado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	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	1032402798	GONGORA LEAL DAVID LEONARDO	59	0			N																	25-14	2.880.000	460.800	0	0	0	0	EPS008	2.880.000	360.000	14-11	2.880.000	1	15.100		0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

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

EL DIVINO NIÑO JESUS

Unidad Medica de Especialistas

UMED LTDA. I.P.S.

Licencia de Prestación de Servicios en Seguridad y Salud en el Trabajo No. 1799 de 26/02/2020

Nit: 830.015.894-4

Código de prestador de servicios de la salud No.110010565901
Aprobado por la Secretaria de Salud de Bogotá según Resolución No. 1701 de Mayo 26 de 1997
Dra. María Luisa Molina M. CPTP No. 13958-T
Especialista en Gerencia en Salud Ocupacional
Lic. de Prestación de Servicios en Seguridad y Salud en el Trabajo
Res. 7402 de 27/08/2019 de la Secretaría de Salud



Nro. 72434

CERTIFICADO DE APTITUD MEDICA LABORAL

FECHA : 09/04/2022 HORA:10:36	**EXAMEN: PREOCUPACIONAL O INGRESO**	
NOMBRES: DAVID LEONARDO GONGORA LEAL	DOCUMENTO: 1032402798	EDAD: 34 GENERO: M
Empresa: INDEPENDIENTE	Cargo: CONTRATISTA	Tel: 3214582732 -

EXAMENES LABORALES REALIZADOS

Valoración Medica Laboral	Si		Respiratorio	Si	
Espirometria	NA		Dermatología	Si	
Audiometria	NA		Osteomuscular	Si	
Visiometria	NA		Cardiovascular	Si	
Optometria	NA		Prueba de equilibrio	NA	
Electrocardiograma	NA		Prueba Psicometrica	NA	
Psicología Laboral	NA		Radiologia Columna	NA	
Vacunas	NA		Radiologia Torax	NA	

LABORATORIO CLÍNICO ESPECIALIZADO

Cuadro Hematico IVG	NA		Parcial de Orina	NA	
Glicemia	NA		RH-Grupo Sanguineo	NA	
Colesterol	NA		KOH Uñas	NA	
Trigliceridos	NA		Frotis Faringeo	NA	
Serologia	NA		Coprologico	NA	

CONCEPTO MÉDICO LABORAL: SE CERTIFICA QUE EL TRABAJADOR ES:

Apto Para Trabajos en Alturas	NA		**Apto Para Trabajos en espacios Confinados**		NA
Apto Para el cargo sin Restricciones		Si	**Aplazado**		NA
Apto Para el Cargo con Restricciones que Intervienen con su Trabajo		NA	**No Apto Para Este Cargo**		NA
Apto Para Trabajos en Superficies sin Infradesnivel		NA			
Examen PERIODICO Satisfactorio	NA		**Examen de EGRESO Satisfactorio**		NA

EXAMEN MEDICO CON ENFASIS OSTEOMUSCULAR DENTRO DE LIMITES NORMALES. RECOMENDACION: 1. USO PERMANENTE DE CORRECCION OPTOMETRICA.

RECOMENDACIONES - RESTRICCIONES

Higiene Postural	Si	Uso de Doble Protección Auditiva	NA	Evitar Posturas Prolongadas	NA
Pausas Activas	Si	Control Optometrico Periodico	Si	Uso de Medias de Compresión Graduado	NA
Ergonomia del Puesto de trabajo	Si	Uso de Lentes Permanentes	Si	Valoración y Manejo en IPS	NA
Uso de Elementos de Protección Personal	Si	Uso de Lentes Visión Cercana	NA	Dieta - Ejercicio Físico	NA
Valoración por Medicina Laboral de EPS	NA	Control de Tension Arterial	NA	Control Espirómetria	NA
Control Audiometrico	NA	Estilos de Vida Saludable	Si	Control Médico Ocupacional Anual	Si
					NA

CONSENTIMIENTO INFORMADO (De lectura Obligatoria)

He comprendido el propósito, los beneficios, la interpretación y los riesgos del examen médico, paraclínico(s) y/o ocupacionales que me van a practicar. Garantizo que las respuestas suministradas por mi en estos exámenes y presentes en este documento son veraces y completas. Entendiendo que este proceso es voluntario y libre de toda cohesión y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento antes de que se realizaran las pruebas, fui informado de las medidas que el profesional de salud ocupacional de UMED LTDA.tomará para proteger la confidencialidad de la información allí expuesta,Los autorizo para que den a conocer por cualquier medio electrónico o físico la información obtenida a la persona o entidad contemplada en la legislación actual vigente, para el buen cumplimiento del programa de Salud Ocupacional de la Empresa y de los cuales recibiré los resultados y aseguro estar de acuerdo con el proceso. Hago constar con mi firma que he leído y comprendido a la perfección lo anterior y que estoy en la capacidad de manifestar mi libre consentimiento.

NESTOR RAUL GARZON RODRIGUEZ
LICENCIA No. 6660 DE 30/07/2019
Medico Especialista en Salud Ocupacional

Firma Trabajador

C.C. No 1032402798

8032

UMED LTDA. IPS MEDICINA LABORAL maneja todos los protocolos de bioseguridad para SARS COV-2, COVID-19 según resolución 666 del Ministerio de Salud del 24/Abril/2020

Realice sus exámenes en Instituciones médicas aprobadas por la Secretaria Distrital de Salud: UMED LTDA. I.P.S. Salud Ocupacional

Carrera 21 No. 26-00/06 Sur
Barrio Olaya - Bogotá, D.C.
Tels.: 278 5555 - 366 5291 - 239 1657
Cels.: 311 265 5841 - 301 541 2992
umedltda@gmail.com - www.umedips.com

Powered by CamScanner

COLOMBIA POTENCIA DE LA VIDA

Programa de Inducción y Reinducción Virtual
Evaluación

Evaluación virtual Consultas

EVALUACIÓN DE INDUCCIÓN Y REINDUCCIÓN VIRTUAL

MinSalud > Programa de inducción y reinducción virtual > Evaluación

*Campo obligatorio

Fecha: 2023-08-04

Responda esta evaluación aplicando nuestros valores de Integridad: Honestidad, Respeto, Compromiso, Diligencia, Justicia e Inclusión

Datos del evaluado: Porfavor debe diligenciar los siguientes campos:

Programa: Inducción

Tipo de identificación: * Cédula de ciudadanía Número de identificación: * 1032402798

Nombre Completo: * David Leonardo Góngora Leal

Dependencia:* DIRECCIÓN DE MEDICAMENTOS Y TECNOLOGÍAS EN SALUD

Nivel:* PROFESIONAL Tipo vinculación:* CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

Cargo:* QUIMICO FARMACEUTICO Correo electrónico:* dgongora@minsalud.gov.co

Evaluación conocimientos de Inducción Institucional Minsalud

Resultado de la Evaluación Virtual

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16



Respuestas Correctas: 14 Respuestas Incorrectas: 2

Tu calificación es:

Sobresaliente

Volver al formulario

Imprimir Resultado

Conmutador: (57-1) 330 5000 - Central de fax: (57-1) 330 5050
Punto de atención presencial: Carrera 13 No. 32-76 piso 1, Bogotá
Lunes a viernes de 8:00 a.m. a 5:00 p.m. en jornada continua
Línea de atención de desastres: (57-1) 330 5071 - 24 horas
Notificaciones judiciales: notificacionesjudiciales@minsalud.gov.co
Términos y Condiciones de uso.
Última actualización: lunes, 22 de octubre de 2018
© 2018 Ministerio de Salud y Protección Social.

Atención telefónica a través del Centro de Contacto:
En Bogotá: (57-1) 589 3750 Resto del pais: 018000960020
Horario de atención: lunes a viernes de 7:00 a.m. a 6:00 p.m. y sábados de 8:00 a.m. a 1:00 p.m. en jornada continua.