COLOMBIA POTENCIA DE LA VIDA

Salud

FORMATO CERTIFICACIÓN PAGO PARCIAL

Naturaleza del proceso:	Apoyo	Código:	GFIF03	Versión	01

(1) Contrato No.	224	de	2024	
(2) Nombre del contratista y/o representante legal:			MAYRA MERCEDES ALBA GARCÍA	
(3) Dirección:	Carrera 69b n°24-10 apto 101 interior 12		(4) Teléfono:	3112901161
(5) Cédula y/o NIT:	27.591.239		(6) Correo electrónico:	malbag@minsalud.gov.co
(7) Nombre (s) del supervisor (es) y/o interventores (es):			YENNY PILAR TORRES CASTRO	
(8) Dependencia:	OFICINA ASESORA DE PLANEACIÓN Y ESTUDIOS SECTORIALES		(9) No. Extensión o teléfono:	2041
(10) Objeto:	Prestar servicios profesionales al MSPS en asesoría y acompañamiento en la implementación del ciclo metodológico de la administración de riesgos institucionales, así como asesorar la formulación y monitoreo del Plan Anticorrupción y Atención al Ciudadano, el fortalecimiento del Sistema de Control Interno y las políticas en marco del MIPG asignadas.			
(11) Plazo de ejecución:	60 DIAS			
(12) Fecha de inicio:	30 DE ENERO DE 2024		(13) Fecha terminación:	29 DE MARZO DE 2024
(14) Valor inicial del contrato: $			$ 15.100.000	
(15) Valor pagos (mensual o como se haya pactado): $			$ 7.550.000	
(16) Valor desplazamientos: $			$ 0	
(17) Adición ($):	$ 0			
(18) Prórroga (tiempo)	No aplica			
(19) Suspensión	No aplica			
(20) Cesión:	No aplica			
(21) Concepto del pago:	Pago No. 1 del 30 de enero de 2024 a 30 de enero de 2024			

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 2024: $ 15.100.000	Vigencia 2024: $ 0	Vigencia 2024: $ 251.666	Vigencia 2024: $ 0	Vigencia 2024: $ 14.848.334

Pago aportes salud - pensiones - parafiscales

(27) Salud valor aporte: $	$ 162.500	(28) Pensión valor aporte: $	$ 208.000
(29) ARL: $	$ 6.800		
(30) Planilla de pago No.	7911516386	(31) Fecha:	01/02//2024
(32) Certificación parafiscales de fecha:	No aplica		

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

El/la contratista, MAYRA MERCEDES ALBA GARCÍA, cumplió con las obligaciones contraídas en el contrato No. 224 de 2024, 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.

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 ☒ SI ☐ NO

Por lo anterior, se debe pagar a el/la contratista la suma de $ $ 251.666

(34) **Observaciones:** Ninguna

(35) **Firma responsables:**

Firmado digitalmente por Yenny Pilar Torres Castro

YENNY PILAR TORRES CASTRO
Supervisor (es)/interventor (es)

(36) Fecha: 31 de enero de 2024 Bogotá D. C.

FORMATO 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.	224 de 2024		
Nombre del Contratista y/o Representante Legal	MAYRA MERCEDES ALBA GARCÍA		
Nombre del supervisor y/o interventor	YENNY PILAR TORRES CASTRO	**Teléfono / Extensión**	2041
Dependencia	Oficina Asesora de Planeación y Estudios Sectoriales		
Objeto del contrato	Prestar servicios profesionales al MSPS en asesoría y acompañamiento en la implementación del ciclo metodológico de la administración de riesgos institucionales, así como asesorar la formulación y monitoreo del Plan Anticorrupción y Atención al Ciudadano, el fortalecimiento del Sistema de Control Interno y las políticas en marco del MIPG asignadas.		
Fecha de inicio	martes, 30 de enero de 2024	**Fecha de terminación**	viernes, 29 de marzo de 2024
Período objeto del informe:	30 de enero de 2024 – 30 de enero de 2024		

INFORME PARCIAL DE EJECUCIÓN

OBLIGACIONES GENERALES

	Obligación contractual	Actividad desarrollada	Producto recibido	Observaciones o comentarios del Supervisor
1	Entregar los **informes** pactados y los requeridos por el supervisor del contrato.	Se entrega el informe N°01 de actividades del contrato 224 de 2024	Informe parcial de ejecución y supervisión del mes enero de 2023	El contratista desarrolló y cumplió con las obligaciones y productos relacionados en este numeral.
2	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 realizaron las labores requeridas para el cumplimiento del contrato, en forma independiente y bajo propio riesgo y responsabilidad.	No aplica.	El contratista desarrolló y cumplió con las obligaciones relacionadas en este numeral.
3	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 realizaron desplazamientos para el desarrollo de las obligaciones del contrato.	No aplica.	No aplica
4	Reportar de manera inmediata cualquier **novedad** o anomalía, al supervisor del contrato.	Durante la ejecución del contrato para este periodo no se presentó alguna novedad o anomalía.	No aplica…	No aplica
5	Entregar a la finalización del contrato, en perfecto estado, salvo el deterioro normal por el	No aplica para el periodo del presente informe	No aplica	No aplica

	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.			
6	Pagar en forma cumplida y de manera equivalente a los honorarios pactados de acuerdo con la normatividad que regula la materia, los aportes al Sistema de **Seguridad Social Integral.**	Se realizó el pago de los aportes al Sistema de Seguridad Social Integral correspondientes al mes de enero de 2024	Planilla de pago número: 7911516386	El contratista desarrolló y cumplió con las obligaciones y productos relacionados en este numeral.
7	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 realizaron las actividades propias del Grupo de Desarrollo Organizacional de acuerdo a los procesos y procedimientos que esta dependencia lidera.	No aplica.	El contratista desarrolló y cumplió con las obligaciones y productos relacionados en este numeral.
8	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.	Las actividades realizadas durante este periodo se ejecutaron, cumpliendo con las políticas de seguridad de la información y los lineamientos del MINISTERIO.	No aplica.	El contratista desarrolló y cumplió con las obligaciones y productos relacionados en este numeral
9	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 aceptó el Acuerdo de confidencialidad y no divulgación de información, a través de la plataforma SECOP II.	A_CONFIDENCIALIDAD	El contratista desarrolló y cumplió con las obligaciones relacionadas en este numeral
10	Entregar al supervisor a la finalización del contrato en medio magnético los archivos editables y no editables elaborados o conocidos con ocasión de la ejecución del contrato.	No aplica para el periodo del presente informe	No aplica	No aplica
11	Encargarse personalmente del archivo de la documentación que deba gestionar con objeto del contrato, de acuerdo con el manual de **archivo** y correspondencia vigente y/o normas del Archivo General de la Nación.	Se realizaron las actividades relacionadas con la administración de archivos en su mayoría registros magnéticos de acuerdo a los lineamientos de Gestión Documental.	No aplica.	El contratista desarrolló y cumplió con las obligaciones relacionadas en este numeral
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 realizó gestión de la correspondencia recibida por Ofeo en el periodo	Gestión de Orfeo _ enero	El contratista desarrolló y cumplió con las obligaciones relacionadas en este numeral

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 termino establecido por la entidad, así mismo deberá cargarla en la plataforma SECOP II a más tardar dentro de los tres (3) días hábiles siguientes a la aceptación del contrato por las partes, para la revisión y aprobación por parte del Ministerio, cuando ello hubiere lugar.	Se adquirió y cargo en el SECOP II, la garantía para el contrato 224 de 2024 y fue aceptada por la entidad	Poliza_224_2024	El contratista desarrolló y cumplió con las obligaciones relacionadas en este numeral
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 presenta el respectivo certificado de radicación de afiliación al Sistema General de Riesgos Laborales.	ARL 224-2024	El contratista desarrolló y cumplió con las obligaciones y productos relacionados en este numeral.
15	EL/LA CONTRATISTA dentro de los 30 días siguientes al último pago recibido por concepto de honorarios, deberá remitir al supervisor del contrato soporte del pago de los **aportes al Sistema de Seguridad Social** Integral realizado correspondiente al último mes cobrado, so pena que se adelanten la acciones administrativas y contractuales a que haya lugar.	Se realizará pago del mes de diciembre en el termino de tiempo estipulado	No aplica.	El contratista desarrolló y cumplió con las obligaciones y productos relacionados en este numeral.
16	Presentar al supervisor un informe mensual que de cuenta de la ejecución de las obligaciones contractuales.	Se presenta informe del mes de enero de 2024	GCOF18 - Informe Parcial de enero de 2024 _ Mayra Alba Evidencias: \\OFPLANEACI-1008\backup_2012\GDO\Contratistas\Vigentes\Mayra Alba Garcia\2024\224	El contratista desarrolló y cumplió con las obligaciones y productos relacionados en este numeral
21	Las demás que están directamente relacionadas con el objeto del contrato.	No aplica para el presente periodo	No aplica.	No aplica.

OBLIGACIONES ESPECÍFICAS

	Obligación contractual	Actividad desarrollada	Producto recibido	Observaciones o comentarios del Supervisor
1	Brindar acompañamiento y asesoría en los procesos asignados que hacen parte del Sistema Integrado de Gestión, frente a las metodologías relacionadas con: a) Elaboración y Control de Documentos; b) Administración Integral de Riesgos Institucionales c) Seguimiento y Medición de Procesos; d) Oferta Institucional incluido el Control de productos, servicios y salidas conformes y no conformes) e) Planes de mejora y f) Gestión de cambio	Se realizó acompañamiento en reporte de monitoreo de riesgos y reporte de seguimiento de indicadores al proceso de Transversalización de Enfoque Diferencial	Actividades de Acompañamiento TED_ enero de 2024	El contratista desarrolló y cumplió con las obligaciones y productos relacionados en este numeral
2	Apoyar a la Oficina Asesora de Planeación y Estudios Sectoriales – Grupo de Desarrollo Organizacional, en las actividades requeridas para el fortalecimiento de las políticas de Transparencia, Acceso a la Información Pública y Lucha contra la corrupción y Control Interno en el marco del Modelo Integrado de Planeación y Gestión en el Ministerio, así como en la(s) entidad(es) adscrita(s) asignada(s) según sea requerido.	No se ejecutó la actividad en el presente periodo	No aplica	No aplica
3	Apoyar a la Oficina Asesora de Planeación y Estudios Sectoriales en la articulación y fortalecimiento	Se realizó reporte de seguimiento a las		El contratista desarrolló y cumplió con las obligaciones

	del Sistema de Gestión de Control interno, con el Sistema Integrado de Gestión en el marco del Modelo Integrado de Planeación y Gestión MIPG.	actividades enmarcadas en los componentes del sistema de Control Interno, relacionadas con Gestión de Riesgos, Plan Anticorrupción y Atención al Ciudadano, esquema de Líneas de Defensa y Política de Administración de Riesgos.	Reporte Informe Parametrizado del Sistema de Control Interno II semestre de 2023_	y productos relacionados en este numeral
4	Brindar asesoría y acompañamiento en la implementación de la metodología de Administración Integral de Riesgos Institucionales, que incluya la actualización de lineamientos metodológicos, realización de capacitaciones y sensibilizaciones en la materia, así como el desarrollo de actividades de monitoreo junto con los correspondientes informes y reportes que sean requeridos.	Se realizó la consolidación del mapa de riesgos de corrupción 2024, publicado en la página web de la entidad.	PLAN ANTICORRUPCIÓN Y ATENCIÓN AL CIUDADANO 2024 V1_ MAPA DE RIESGOS DE CORRUPCIÓN V1	El contratista desarrolló y cumplió con las obligaciones y productos relacionados en este numeral
5	. Apoyar a la Oficina Asesora de Planeación y Estudios Sectoriales – Grupo de Desarrollo Organizacional, en las actividades de formulación, actualización, socialización, asesoría y acompañamiento para el Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano, así como en su monitoreo y generación de reportes e informes relacionados.	Se realizó la consolidación de la versión 01 del Plan Anticorrupción y Atención al Ciudadano 2024, publicado en la página web de la entidad	PLAN ANTICORRUPCIÓN Y ATENCIÓN AL CIUDADANO 2024 V1_ MAPA DE RIESGOS DE CORRUPCIÓN V1	El contratista desarrolló y cumplió con las obligaciones y productos relacionados en este numeral
6	Apoyar a la Oficina Asesora de Planeación y Estudios Sectoriales en el desarrollo de las auditorías internas de acuerdo al programa de auditorías de la vigencia, así como en la preparación y acompañamiento a los procesos asignados para las auditorías externas de los sistemas de gestión del ministerio.	No se ejecutó la actividad en el presente periodo	No aplica	No aplica

OBLIGACIONES FRENTE AL SISTEMA DE GESTIÓN DE LA SEGURIDAD Y LA SALUD EN EL TRABAJO				
Obligación contractual		**Actividad desarrollada**	**Producto recibido**	**Observaciones o comentarios del Supervisor**
17	Presentar para el primer pago, la inducción virtual que se encuentra que se encuentra publicada en la página 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 realizó la inducción institucional en la intranet	Inducción	El contratista desarrolló y cumplió con las obligaciones y productos relacionados en este numeral
18	Contar con los elementos de protección personal necesarios para ejecutar la actividad contratada, para lo cual asumirá su costo	Se han utilizado los elementos de Protección personal necesario para el desarrollo de las actividades	No aplica.	El contratista desarrolló y cumplió con las obligaciones y productos relacionados en este numeral
19	Reportar a la ARL e informar al Ministerio la ocurrencia de incidentes, accidentes de trabajo y enfermedades laborales.	Para el presente periodo no se presentó ningún incidente, ni accidente de trabajo.	No aplica.	No aplica.
20	Participar en las actividades de Prevención y Promoción organizadas por el MINISTERIO o la administradora de riesgos laborales	No Aplica	No Aplica	No aplica.

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

Firmado digitalmente por Mayra Mercedes Alba Garcia

MAYRA MERCEDES ALBA GARCIA

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

Firma del Contratista
Fecha: 31/01/2024

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, desarrolló y cumplió las actividades, presentó y entregó los informes, productos y demás obligaciones pactadas en el Contrato en mención (anteriormente presentadas). SI ☒ NO☐

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 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.
   SI ☒ NO☐

4. 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. SI ☒ NO☐

5. A la fecha SI ☐ 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	

En constancia, firmo:

Firmado digitalmente por Yenny Pilar Torres Castro

YENNY PILAR TORRES CASTRO
Supervisor /Interventor

Lugar y Fecha: Bogotá, D. C., miércoles, 31 de enero de 2024

CUENTA DE COBRO

MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

NIT 900.474.727-4

DEBE A:

NOMBRE:	MAYRA MERCEDES ALBA GARCÍA
IDENTIFICACIÓN:	**CC** X **NIT** **No** 27591239 **DV** 0
LA SUMA DE:	**$**251.666
POR CONCEPTO DE:	PAGO PERSONA NATURAL
CONTRATO No:	224 de 2024
DESEMBOLSO No:	1
OBJETO:	Prestar servicios profesionales al MSPS en asesoría y acompañamiento en la implementación del ciclo metodológico de la administración de riesgos institucionales, así como asesorar la formulación y monitoreo del Plan Anticorrupción y Atención al Ciudadano, el fortalecimiento del Sistema de Control Interno y las políticas en marco del MIPG asignadas.
PERIODO COMPRENDIDO ENTRE:	30 de enero de 2024 a 30 de enero de 2024
DIRECCIÓN:	Carrera 69b N°24-10 apto 101 interior 12
CIUDAD:	BOGOTÁ, D.C.
TELÉFONO:	3112901161

En constancia firmo:

Firmado digitalmente por Mayra Mercedes Alba Garcia

MAYRA MERCEDES ALBA GARCÍA

Lugar y Fecha: Bogotá D.C., 31 de enero de 2024

COLOMBIA POTENCIA DE LA VIDA

Salud

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., 31 de enero de 2024

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.: 224 - 2024 Fecha Inicio: 30 DE ENERO DE 2024

Contratista: MAYRA MERCEDES ALBA GARCÍA Fecha terminación: 29 DE MARZO DE 2024

Valor mensual por concepto de Honorarios (iva incluido): $ 7.550.000 Prorroga: NO APLICA

Valor total del contrato (iva incluido): $ 15.100.000 Valor de Adición: $ 0

Fecha de inicio de la cesión: N/A Valor de la Cesión: N/A

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
N/A	N/A	N/A	N/A

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 N/A de N/A 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 N/A de N/A , por lo que solicito con cargo al desembolso No. _____ del contrato No. _____ se consigne en mi nombre la suma de ($ N/A) N/A 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 N/A la suma de ($ N/A) N/A

12. Declaro que consigno a Medicina pre-pagada N/A la suma de N/A N/A 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,

Mayra Mercedes Alba Garcia

Firmado digitalmente por Mayra Mercedes Alba Garcia

MAYRA MERCEDES ALBA GARCÍA
Firma
c.c. 27591239

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
COMPROBANTE DE PAGO

Scotiabank COLPATRIA

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CEDULA DE CIUDADANIA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	27591239
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			MAYRA MERCEDES ALBA GARCIA
CIUDAD/MUNICIPIO:	BOGOTA DISTRITO CAPITAL	DEPARTAMENTO:	BOGOTA - DISTRITO CAPITAL
DIRECCIÓN:	CRA 69B N° 24-10 APTO 101	TELÉFONO:	1234567
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Actividades reguladoras y
FORMA DE PRESENTACIÓN:	SUCURSAL	SUCURSAL / DEPENDENCIA:	01 - INDEPENDIENTE
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:	**7911516386**		TIPO DE PLANILLA:		I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN	MES:	enero	PERIODO COTIZACIÓN	MES:	enero
OTROS SUBSISTEMAS:	AÑO:	2024	SALUD:	AÑO:	2024
DÍAS DE MORA:		0			
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):		2024/02/01	NÚMERO AUTORIZACIÓN:		430471130

NOVEDADES

ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP

LIQUIDACIÓN GENERAL

			TOTALES	
			COTIZANTES	TOTAL PAGADO
PENSIÓN				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
900336004	25-14	25-14 COLPENSIONES	1	$ 208.000
SUBTOTAL:			1	**$ 208.000**
SALUD				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
800251440	EPS005	EPS005-SANITAS S.A.	1	$ 162.500
SUBTOTAL:			1	**$ 162.500**
RIESGOS PROFESIONALES				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
860011153	14-23	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	1	$ 6.800
SUBTOTAL:			1	**$ 6.800**

VALOR SIN MORA:	**$ 377.300**
VALOR MORA:	**$ 0**
TOTAL PAGADO:	**$ 377.300**

Planilla Pagada

Higuera Escalante	**CERTIFICADO DE APTITUD MÉDICA**	**CÓDIGO**	F-USO-07
		VERSIÓN	V9(25/02/2016)

Una vez impreso este documento se considera COPIA NO CONTROLADA y es responsabilidad del Líder del Proceso asegurar su actualización.

Fecha	15 de agosto de 2023	Empresa	A quien pueda interesar	Higuera Escalante Damos Resultados	
Nombre	MAYRA MERCEDES ALBA GARCÍA	Cédula	27.591.239		
Género	Femenino	Edad	43	Ciudad	Bucaramanga

TIPO DE EXAMEN **INGRESO PREOCUPACIONAL**

Este concepto de aptitud se emite frente al cargo:

ADMINISTRATIVO

¿Este concepto se emite considerando la necesidad de laborar a una altura igual o superior a 1,50 metros sobre el nivel del piso? NO

EXAMENES PRACTICADOS

Evaluacion Medica	X	Perfil Lipidico		Coprologico		Radiologia	
Optometria		Glicemia		Pruebas Hepaticas		Pruebas sicologicas	
Audiometria		Cuadro Hematico		Pruebas Renales		Nutrición	
Espirometria		Parcial de Orina		Hemoclasifcacion		Fisioterapia	
Eletrocardiograma		Serologia		Tamizaje de Drogas		Otros	

CONCEPTO MÉDICO

- ◉ Apto para el cargo
- ○ Apto con Restricciones Temporales (Ver restricicones)
- ○ Apto con Restricciones Permanentes (Ver restricciones)
- ○ Aplazado
- ○ Satisfactorio (Egreso)
- ○ Presenta patologias que requieren calificacion de origen EPS/ARL
- ☐ Apto para trabajo en Alturas
- ☐ Apto para Brigadista
- ☐ Apto para Conduccion de Vehiculos
- ☐ Apto para Manipulacion de Alimentos
- ☐ Apto para Trabajo de alto Riesgo (Electrico, Temperaturas Extremas, Espacios Confinados)

RECOMENDACIONES

Medicas		Ocupacionales		Habitos y estilos de vida saludables	
Remision EPS		Uso de EPP	X	Suspender Tabaquismo	
Continuar Manejo Medico		SVE Auditivo		Dejar y/o reducir bebidas alcoholicas	
Uso correcion visual		SVE Cardiovascular		Control de Peso y nutricion	
Seguimiento por ARL		SVE Visual		Iniciar y/o continuar act fisica	X
Completar Esquema Vacunas		SVE Osteomuscular		Habitos de Alimentacion y Nutricion	X
Calificacion de ORIGEN		SVE Riesgo Sicosocial		Uso diario de Bloqueador Solar	X
Uso estricto de EPA		Recomendaciones para el manejo de cargas		Pautas Ergonomicas	X
Otros:		Pausas Activas	X	Otro:	

RESTRICCIONES

- ○ Trabajo en alturas (> 1.5 mts)
- ○ Trabajo en altas temperatuas
- ○ Trabajo en altitudes > 2.500 mts
- ○ Trabajo en bajas temperaturas
- ○ Manipulacion de alimentos
- ○ Cargas
- ○ Trabajo en espacios confinados
- ○ Trabajo en ambientes hiperbaricos
- ○ Trabajos con riesgo electrico
- ○ Para conduccion de vehiculos
- ○ Viajar
- ◉ Ninguno
- ☐ Otros:

Observaciones y Remisiones

LUBRICAR LOS OJOS TRES VECES AL DÍA

Este concepto medico se emite basado en los hallazgos de la evaluacion medica ocupacional realizada el dia de hoy y en la informacion suministrada por el trabajor y/o la empresa contratante.

Médico:
Registro Medico:
L.S.O

Leonardo Higuera B.
Medico Ocupacional
R.M. 2329/Lic.012485

COLOMBIA POTENCIA DE LA VIDA

POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS

CERTIFICADO DE AFILIACIÓN

POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A.

HACE CONSTAR QUE:

Verificada la base de datos de afiliación en el Ramo de Riesgos Laborales se evidenció que, **MAYRA MERCEDES ALBA GARCIA** identificado con **CC** No. **27591239**, registra la siguiente información.

Datos del Contratante	Datos de la Relación Laboral
MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCION SOCIAL - N. 900474727	**Fecha de afiliación:** 07/12/2021 **Fecha de inicio de cobertura:** 30/01/2024 **Estado Afiliación:** ACTIVO **Fecha de inicio de Contrato:** 29/01/2024 **Fecha fin de Contrato:** 30/03/2024 **Tipo Vinculación:** TRABAJADOR INDEPENDIENTE **Clase de Riesgo:** 1 **Cargo :** CONTRATISTA

Recuerde que una vez cumplida la fecha fin de contrato, el sistema aplica de forma automática la novedad de retiro, por lo anterior, en caso de tener un nuevo contrato o prorroga deberá realizar la correspondiente novedad a través de nuestro portal www.positivaenlinea.gov.co, para continuar con la cobertura.

Para validar la información emitida en este certificado, visite nuestra página web y seleccione la opción 'VALIDAR CERTIFICADOS'. Ingrese el siguiente código (válido por un mes): 202401011631398.

Esta certificación se expide en la ciudad de Bogotá D.C. a los 30 días del mes de enero de 2024.

Cordialmente,

GERENCIA DE AFILIACIONES Y NOVEDADES
POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

MIS_4_1_3_FR15 v_07

FORMATO ACUERDO DE EJECUCIÓN CONTRACTUAL					
Naturaleza del proceso:	Apoyo	Código:	GCOF03	Versión:	01

Contrato de prestación de Servicios No. 224 de 2024

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 Si
   ¿Cuáles? Computador

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: 31/01/2024

SUPERVISOR Nombre: YENNY PILAR TORRES CASTRO Dependencia: OFICINA ASESORA DE PLANEACIÓN Y ESTUDIOS SECTORIALES	Firma Firmado digitalmente por Yenny Pilar Torres Castro

CONTRATISTA Nombre: MAYRA MERCEDES ALBA GARCÍA CC. 27.591.239 DE CÚCUTA CONTRATO 224 DE 2024	Firma Firmado digitalmente por Mayra Mercedes Alba Garcia

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.

(https://www.minsalud.gov.co/)

PROGRAMA DE INDUCCIÓN Y REINDUCCIÓN VIRTUAL
EVALUACIÓN

MinSalud (https://www.minsalud.gov.co/paginas/default.aspx) > Programa de Inducción y Reinducción Virtual - Evaluación (Evaluacion.aspx) > Evaluacion

2024-01-31

*Campo obligatorio

EVALUACIÓN DE INDUCCIÓN Y REINDUCCIÓN VIRTUAL

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:* 27591239

Nombre Completo:* ALBA
GARCÍA
MAYRA
MERCEDES

Dependencia:*
GRUPO DE DESARROLLO ORGANIZACIONAL

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

Cargo:* contratista Correo electrónico:* malbag@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: 16

Respuestas Incorrectas:

Tu calificación es: **Sobresaliente**

Volver al formulario (https://enlinea.minsalud.gov.co/encuestas/Evaluacion.aspx)

Imprimir Resultado

Evaluación virtual Consultas

Conmutador: (57-1) 330 5000
Central de fax: (57-1) 330 5050
Línea de atención de desastres:
(57-1) 330 5071 - 24 horas

Punto de atención presencial:
Carrera 13 No. 32-76 Piso 1, Bogotá,
Código postal 110311
Lunes a viernes de 8:00 a.m. a 5:00 p.m. en jornada continua

Centro de contacto:
En Bogotá: (57-1) 589 3750
Resto del país: 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.