
	PROCESO	GESTIÓN DE CONTRATACIÓN	CÓDIGO	GCOF61
	FORMATO	INFORME DE CUMPLIMIENTO DE AVANCES DE OBLIGACIONES CONTRACTUALES Y PAGO	VERSIÓN	01

Contrato No.	175 de 2026		
Nombre del Contratista y/o Representante Legal	Ángela Andrea Ramírez Suárez		
Nombre del Supervisor y/o Interventor	Heriberto Vasquez Serna	Teléfono / Extensión	3110
Dependencia	Dirección de Epidemiología y Demografía		
Objeto del Contrato	Prestación de servicios profesionales a la dirección de Epidemiología y Demografía para gestionar y monitorear eventos de interés de los procesos de vigilancia en salud pública, elaborar los documentos de investigación y optimizar la toma de decisiones en salud.		
Fecha de Inicio	martes, 15 de enero de 2026	Fecha de Terminación	Martes 29 de diciembre de 2026


Periodo del Informe de Actividades (mes ejecutado objeto del informe)	Desde	15 de enero de 2026	Hasta	30 de enero de 2026
Adición (En valor \$)				
Prórroga (En tiempo)				
Terminación anticipada				
Suspensión				
Cesión				

INFORME PARCIAL DE EJECUCIÓN DE OBLIGACIONES CONTRACTUALES ⁱ


Obligación contractual	Actividad desarrollada	Producto y/o Entregables	Alertas, inconvenientes o situaciones especiales que afectan el cumplimiento de la obligación
1 Elaborar un plan de trabajo dentro de los primeros cinco (05) días de ejecución del contrato, de acuerdo al formato de la dirección y cronograma detallado, en donde se relacionen las actividades específicas que permitan el cumplimiento del objeto y de las obligaciones, el cual debe ser revisado para aprobación por parte del supervisor al inicio del contrato y posteriormente presentar avances del contrato en forma mensual con sus respectivos soportes.	Se entrega plan de trabajo de actividades al supervisor.	Revisado y aprobado por el supervisor. Radicado en Control DOC Cronograma actividades CPS 175 de 2026.pdf	Ninguna

	PROCESO	GESTIÓN DE CONTRATACIÓN	CÓDIGO	GCOF61
	FORMATO	INFORME DE CUMPLIMIENTO DE AVANCES DE OBLIGACIONES CONTRACTUALES Y PAGO	VERSIÓN	01


2	<p>Apoyar a la Dirección de Epidemiología y Demografía en la actualización o elaboración de protocolos, lineamientos, manuales y guías, conceptos, respuesta a PQRS, revisión de las fuentes de información, requerimientos, correo electrónico; informes periódicos de eventos, bases de datos, comportamiento de indicadores incluidos los relacionados con sentencias, el plan nacional de desarrollo y seguimiento de la comisión intersectorial de laboratorios de salud pública.</p>	<p>Se realiza presentación Informe del evento de brotes a corte noviembre 2025. _ Revisión de bases Brotes, para seguimiento de casos cerrados a corte 2025.</p> <p>Se realiza presentación de la guajira SE1 DNT-IRA-EDA.</p> <p>Se gestionan correos los días 17-18-26 de disponibilidad en el centro nacional de enlace, Se actualiza presentaciones e informes de fiebre amarilla, informe del SAR, Se dirige reunión de SAR 26 de enero. Para el 26 de enero se realiza acompañamiento a contratistas nuevos que llevaran el proceso del CNE y el evento de Fiebre Amarilla.</p> <p>Informe Notificación IHR caso fiebre amarilla.</p>	<p>Presentaciones, informes, correos, bases.</p> <p>CNE</p> <p>BASES</p> <p>presentaciones</p> <p>Notificación IHR caso fiebre amarilla 18 01 26-jrp (1).pdf</p>	Ninguna
3	<p>Apoyar en la elaboración y actualización semanal de fichas de eventos de interés en salud pública y en la gestión con otras dependencias y entidades de acuerdo con el comportamiento presentado por dichos eventos. Así como la elaboración de boletines e informes epidemiológicos periódicos (bimestral o de manera extraordinaria para los eventos de interés en salud pública que resulten priorizados, de acuerdo con el nivel de desagregación territorial requerido y asignado (regional,</p>	<p>Se actualiza presentaciones e informes de fiebre amarilla, 17-18-26, Se dirige reunión de SAR 26 de enero.</p> <p>Se realiza presentación de la guajira SE1 DNT-IRA-EDA</p>	<p>Presentaciones, informes, bases.</p> <p>presentaciones</p> <p>GUAJIRA-CHOCO</p>	Ninguna

	PROCESO	GESTIÓN DE CONTRATACIÓN	CÓDIGO	GCOF61
	FORMATO	INFORME DE CUMPLIMIENTO DE AVANCES DE OBLIGACIONES CONTRACTUALES Y PAGO	VERSIÓN	01


	subregional, departamental o municipal), en forma oportuna en el marco del objeto de su contrato.	Informe Notificación IHR caso fiebre amarilla.	Notificación IHR caso fiebre amarilla 18 01 26-jrp (1).pdf	
4	Apoyar en la revisión del marco normativo de los procesos de vigilancia en salud pública, de la Red Nacional de Laboratorios y de la sanidad portuaria, con el fin de identificar las necesidades de actualización, mejora o expedición de nuevas normas y construir y entregar una propuesta.	Se realiza aportes circular dosis de refuerzo fiebre Amarilla.	circular dosis refuerzo 2001026_V2.docx	Ninguna
5	Apoyar y participar en la preparación de los insumos que se requieran para los comités o reuniones o mesas técnicas incluidas las relacionadas con El Comité Estratégico en Salud -CES, la Comisión Nacional Intersectorial de la Red Nacional de Laboratorios de salud pública, comités nacionales de sanidad portuaria de acuerdo con la programación, incluyendo la preparación, elaboración de actas, recolección de las firmas, archivo físico y digital de las actas y seguimiento a la matriz de compromisos.	No se requirió para este periodo	N/A	Ninguna
6	Apoyar la consolidación en la herramienta de gestión de los eventos notificados al Centro nacional de enlace de carácter nacional o internacional, para realizar la revisión, comunicación, seguimiento, evaluación y gestión de la respuesta	Se gestionan correos los días 17-18-26 de disponibilidad en el centro nacional de enlace, Se actualiza presentaciones e informes de fiebre amarilla, informe del SAR, Se dirige	Informes, presentaciones CNE	Ninguna

	PROCESO	GESTIÓN DE CONTRATACIÓN	CÓDIGO	GCOF61
	FORMATO	INFORME DE CUMPLIMIENTO DE AVANCES DE OBLIGACIONES CONTRACTUALES Y PAGO	VERSIÓN	01

	<p>intersectorial requerida para los eventos de interés en salud pública Entregando los informes de seguimiento cuando sean requeridos o según el cronograma de avances que se determine.</p> <p>.</p>	<p>reunión de SAR 26 de enero. Para el 26 de enero se realiza acompañamiento a contratistas nuevos que llevaran el proceso del CNE y el evento de Fiebre Amarilla.</p> <p>Informe Notificación IHR caso fiebre amarilla.</p>	<p>presentaciones</p> <p>Notificación IHR caso fiebre amarilla 18 01 26-jrp (1).pdf</p>	
7	<p>Informar sobre la gestión y seguimiento de avances y cumplimiento de las capacidades básicas establecidas en el Reglamento Sanitario Internacional RSI 2005 y lo que respecta al informe anual de los Estados Miembros (SPAR) incluidas las relacionadas con la sanidad portuaria, con base en la metodología y tiempos establecidos</p>	<p>No se requirió para este periodo</p>	<p>N/A</p>	<p>Ninguna</p>
8	<p>Brindar asistencia técnica a los diferentes actores del sistema de acuerdo con la planeación estratégica de la dirección y con énfasis vigilancia en salud pública, capacidades básicas del Reglamento Sanitario Internacional, sanidad portuaria y de la red nacional de laboratorios.</p>	<p>No se requirió para este periodo</p>	<p>N/A</p>	<p>Ninguna</p>
9	<p>Apoyar en la respuesta oportuna a los requerimientos formulados desde el interior del Ministerio, o por órganos de control, congreso de la república, actores del sistema de salud y ciudadanos en general de acuerdo con las competencias de la Dirección de Epidemiología y Demografía y de manera específica las relacionadas con la vigilancia en salud pública, la sanidad portuaria y la red nacional de laboratorios. de manera que se asegure la atención a las solicitudes</p>	<p>Se realiza gestión para solicitud de respuesta en el control doc para enfermedades huérfanas.</p>	<p>Soporte control doc</p>	<p>Ninguna</p>


	PROCESO	GESTIÓN DE CONTRATACIÓN	CÓDIGO	GCOF61
	FORMATO	INFORME DE CUMPLIMIENTO DE AVANCES DE OBLIGACIONES CONTRACTUALES Y PAGO	VERSIÓN	01

	realizadas, por lo cual se deberá contar adicionalmente de directorios que se utilicen para la comunicación intra e intersectorial, el cual debe cumplir con el estándar necesario para la comunicación efectiva.			
10	Participar y apoyar la gestión de las reuniones y comités relacionados con las temáticas a desarrollar de acuerdo con los lineamientos definidos por la dependencia, según su objeto contractual, que incluya: preparación, convocatorias, proyección de documentos, levantamiento de actas, seguimiento a compromisos y entrega de los soportes de participación	Informe Notificación IHR caso fiebre amarilla.	Informes Notificación IHR caso fiebre amarilla 18 01 26-jrp (1).pdf	Ninguna
11	Las demás que en el marco de su objeto contractual requiera la Dirección de Epidemiología y Demografía para el cumplimiento de sus objetivos.	Se participa en reuniones de fiebre amarilla - coves	Listados de asistencia REUNIONES	Ninguna
12	Apoyar en la gestión de verificación, evaluación y seguimiento a las alertas y/o eventos de interés en salud pública de carácter nacional y/o internacional detectada, conforme a la notificación nacional o internacional recibida. Generando los informes respectivos y su consolidación en la herramienta de gestión solicitada por la Coordinación de Vigilancia en Salud Pública.	Se realiza presentación de la guajira SE1 DNT-IRA-EDA Se diligencia base de eventos en los días de disponibilidad los días 17-18-26 en el centro nacional de enlace, Se actualiza presentaciones e informes de fiebre amarilla, informe del SAR, Se dirige reunión de SAR 26 de enero. Para el 26 de enero se realiza acompañamiento a contratistas nuevos que llevaran el proceso del CNE y el evento de Fiebre Amarilla. Informe Notificación IHR caso fiebre amarilla	Informes, correos presentaciones, matrices de seguimiento GUAJIRA-CHOCO BASES presentaciones	Ninguna
13	Apoyar la articulación intra e intersectorial requerida para la verificación, evaluación y	Se realiza presentación de la guajira SE1 DNT-IRA-EDA.	Informes, correos presentaciones, matrices de seguimiento	Ninguna

	PROCESO	GESTIÓN DE CONTRATACIÓN	CÓDIGO	GCOF61
	FORMATO	INFORME DE CUMPLIMIENTO DE AVANCES DE OBLIGACIONES CONTRACTUALES Y PAGO	VERSIÓN	01

	seguimiento de las alertas y/o eventos notificados.	Se gestionan correos los días 17-18-26 de disponibilidad en el centro nacional de enlace, Se actualiza presentaciones e informes de fiebre amarilla, informe del SAR, Se dirige reunión de SAR 26 de enero. Para el 26 de enero se realiza acompañamiento a contratistas nuevos que llevaran el proceso del CNE y el evento de Fiebre Amarilla. Informe Notificación IHR caso fiebre amarilla	CNE BASES presentaciones	
14	Establecer los enlaces en la comunicación con las Direcciones Territoriales de Salud (DTS) para monitorear los posibles riesgos para la salud pública que puedan suceder en el territorio.	Se gestionan correos los días 17-18-26 de disponibilidad en el centro nacional de enlace, Se actualiza presentaciones e informes de fiebre amarilla, informe del SAR, Se dirige reunión de SAR 26 de enero. Para el 26 de enero se realiza acompañamiento a contratistas nuevos que llevaran el proceso del CNE y el evento de Fiebre Amarilla. Informe Notificación IHR caso fiebre amarilla	Informes, correos presentaciones, matrices de seguimiento CNE BASES presentaciones Notificación IHR caso fiebre amarilla 18 01 26-jrp (1).pdf	Ninguna
15	Elaborar los informes solicitados por los organismos nacionales y/o internacionales relacionados con las acciones del CNE y las capacidades básicas de acuerdo al Reglamento Sanitario Internacional 2005 de acuerdo a la programación establecida	Informe Notificación IHR caso fiebre amarilla	Informes, correos Notificación IHR caso fiebre amarilla 18 01 26-jrp (1).pdf	Ninguna

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

	PROCESO	GESTIÓN DE CONTRATACIÓN	CÓDIGO	GCOF61
	FORMATO	INFORME DE CUMPLIMIENTO DE AVANCES DE OBLIGACIONES CONTRACTUALES Y PAGO	VERSIÓN	01

 Firmado digitalmente por
 Angela Andrea Ramirez Suarez

Angela Andrea Ramírez Suárez

Fecha: 02/02/2026

BALANCE ECONÓMICO

Valor Total Contrato (Inicial + Adición)	Valor Pagado	Valor a Pagar	Saldo Liberado	Saldo por Pagar
\$107.525.000	\$0	\$4.986.666		\$102.8500.00

El Ministerio de Salud y Protección Social cancelará al CONTRATISTA, la suma de cuatro millones novecientos ochenta y seis mil seiscientos sesenta y seis PESOS M/CTE. (\$\$4.986.666).

PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL PERSONAS NATURALES

CONCEPTO	PLANILLA No.	VALOR	PERIODO		FECHA DE PAGO
			DESDE	HASTA	
Salud	92378340	467.500	01/12/2025	30/12/2025	15/12/2025
Pensión	92378340	598.400	01/12/2025	30/12/2025	15/12/2025
ARL	92378340	91.200	01/12/2025	30/12/2025	15/12/2025

El Contratista tiene otros Contratos de Prestación de Servicios:


SI NO

En la eventualidad que la Supervisión verifique que la información suministrada por el Contratista no es consistente o carece de validez, ésta deberá indicar las acciones tomadas: N/A

INFORME PARCIAL DE SUPERVISIÓN


De conformidad con el seguimiento a la ejecución del contrato, el (los) supervisor (es) certifica(n) que:


- El (la) Contratista durante el periodo de ejecución del contrato, desarrolló y cumplió con objeto contractual, las obligaciones generales y específicas, presentó y entregó los productos y/o informes establecidos en el Contrato, 175-2026
- Apruebo los informes, productos y demás documentos presentados y entregados por el (la) Contratista durante el periodo mencionado en desarrollo de las obligaciones pactadas en el Contrato, 175-2026

	PROCESO	GESTIÓN DE CONTRATACIÓN	CÓDIGO	GCOF61
	FORMATO	INFORME DE CUMPLIMIENTO DE AVANCES DE OBLIGACIONES CONTRACTUALES Y PAGO	VERSIÓN	01


3. A la fecha, no se han identificado causales de incumplimiento por parte del contratista que ameriten actuaciones conminatorias o la imposición de medidas sancionatorias por parte de la Administración, evidenciándose el cumplimiento de las obligaciones contractuales pactadas.
4. Se realizó la revisión de la matriz de riesgos asociada al contrato, estableciendo que, a la fecha, ninguno de los riesgos identificados se ha materializado
5. Se realizó la validación del examen médico ocupacional presentado por el contratista, evidenciando que dicho documento se encuentra vigente y cumple con los requisitos establecidos en la normativa aplicable para la ejecución del contrato. Esta verificación garantiza el cumplimiento de las condiciones de ingreso y permanencia en la entidad, conforme a lo dispuesto en el Decreto Único Reglamentario 1072 de 2015.
6. Se verificó que el contratista no presenta legalizaciones pendientes por concepto de los desplazamientos autorizados, los cuales han sido gestionados oportunamente a través del módulo de viáticos dispuesto por la entidad.
7. Se verificó que el contratista ha implementado las medidas necesarias para garantizar la continuidad en la gestión de la seguridad de la información durante la ejecución del contrato, en cumplimiento de los lineamientos establecidos por la entidad y en concordancia con las buenas prácticas en materia de protección de activos de información.
8. Se verificó la incorporación e implementación de los controles conforme al numeral A.5.21 de la norma ISO/IEC 27001:2022, incluyendo la identificación de proveedores críticos, actualización de la matriz de riesgos y plan de tratamiento, incorporación de requisitos de seguridad en los contratos, y registros de seguimiento e incidentes, cuando se requirió.

OBSERVACIONES	Certifico que he dado cumplimiento a todas las obligaciones generales pactadas durante el periodo de reporte del informe.
ANEXOS	<ol style="list-style-type: none"> 1. Comprobante del pago de los Aportes respectivos al Sistema de Seguridad Social Integral en Salud y Pensiones y/o Aportes Parafiscales por parte del Contratista. 2. Soportes relacionados en el formato "GFIF02 Declaración Juramentada" para efectos de la depuración de la base de retención en la fuente. Únicamente en caso de que alguna de las circunstancias certificadas en dicho formato haya cambiado durante el mes objeto del informe, se recuerda que es obligación exclusiva del contratista informar oportunamente cualquier modificación relacionada con el origen de los ingresos, su proporción o el cambio en la categoría tributaria. 3. Soportes contractuales cargados en la sección 7 del contrato electrónico (Formato comprimido). Cuenta de cobro o factura, según la responsabilidad tributaria del contratista (responsable o no responsable de IVA) 4. <ol style="list-style-type: none"> a. Si el contratista está obligado a facturar electrónicamente, deberá presentar la factura electrónica validada previamente por la DIAN y <u>aprobada por el supervisor en el sistema de facturación electrónica dispuesto por el Ministerio de Hacienda y Crédito Público, como requisito indispensable</u> para el pago de los bienes y/o servicios contratados, conforme con las disposiciones señaladas en la Resolución única en materia tributaria 227 de 23 de septiembre de 2025. 5. En caso de primer pago debe aportar: <ol style="list-style-type: none"> a. Soportes relacionados en el formato "GFIF02 Declaración Juramentada" para efectos de la depuración de la base de retención en la fuente.

	PROCESO	GESTIÓN DE CONTRATACIÓN	CÓDIGO	GCOF61
	FORMATO	INFORME DE CUMPLIMIENTO DE AVANCES DE OBLIGACIONES CONTRACTUALES Y PAGO	VERSIÓN	01

	<ul style="list-style-type: none"> b. Certificado de realización del programa de inducción y reinducción virtual c. Acuerdo de ejecución contractual firmado por el supervisor y el contratista d. Examen médico ocupacional vigente
<p>En constancia, firmo:</p> <div style="text-align: center;">  <p>Firmado digitalmente por Heriberto Vasquez Serna</p> <hr style="width: 30%; margin: 0 auto;"/> <p>Heriberto Vasquez Serna Director Dirección de Epidemiología y Demografía</p> <p>Supervisor (es)/Interventor (es)</p> <p>En constancia, el presente documento se entiende aprobado por las partes una vez el usuario supervisor del contrato efectúe la aprobación respectiva en la plataforma de SECOP II.</p> </div>	
<p>Lugar y Fecha: Bogotá, D. C., 2/02/2026</p>	

ⁱ Incluir las obligaciones específicas pactadas en el Contrato y/o Convenio.


 Firmado digitalmente por Nestor William Buitrago Rocha

CUENTA DE COBRO

MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCION SOCIAL
NIT 900.474.727-4

DEBE A:

NOMBRE: ÁNGELA ANDREA RAMÍREZ SUÁREZ

IDENTIFICACIÓN: CC X NIT No. 52.110.198 D.V. DE

LA SUMA DE: \$ 4.986.666
POR CONCEPTO DE: primer pago correspondiente al periodo comprendido entre el 15 de enero al 30 enero del año 2026

Contrato No.: 175 de 2025

DESEMBOLSO No.: 1

OBJETO: Prestación de servicios profesionales a la dirección de Epidemiología y Demografía para gestionar y monitorear eventos de interés de los procesos de vigilancia en salud pública, elaborar los documentos de investigación y optimizar la toma de decisiones en salud.

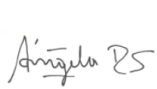
PERIODO COMPRENDIDO ENTRE: primer pago correspondiente al periodo comprendido entre el 15 de enero al 30 enero del año 2026

FECHA: 2/02/2026

DIRECCION: CALLE8 sur 31 A 74 santa matilde

CIUDAD: Bogotá D. C.

TELEFONO: 3016886947

 Firmado digitalmente por Angela Andrea Ramirez Suarez

FIRMA

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	52110198	ANGELA ANDREA RAMIREZ SUAREZ		CALLE 8 SUR 31A 74	3016886947	ftsalubrista@gmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I - Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D. C.	

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES	TOTAL A PAGAR				
2025-12	2025-12	1	15/12/2025	92378340	\$1.157.100	

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					
EPS005	Sanitas EPS	800251440-6	467.500	0		0		0	0	0	0	467.500	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
230301	Porvenir	800224808-8	598.400	0	0	0	0	0	0	0	598.400	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										
14-23	Positiva Seguros	860011153-6	91.200				91.200	0	0	91.200			912	91.200	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	467.500	467.500
Pensión	1	598.400	598.400
Riesgos Laborales	1	91.200	91.200
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	1.157.100	1.157.100


DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	52110198	ANGELA ANDREA RAMIREZ SUAREZ		CALLE 8 SUR 31A 74	3016886947	ftsalubrista@gmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I – Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	
						EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
						NO

DATOS DE LA PLANILLA							
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD		
					EMPLADOS	UPC	
					1	0	
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES					TOTAL A PAGAR	
2025-12	2025-12	1	15/12/2025	92378340	\$1.157.100		

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE				INFORMACIÓN NOVEDADES														PENSIÓN				SALUD			RIESGOS LABORALES			CCF			PARAFISCALES																
No.	Tipo	No. de identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subjeto	Exonerado	Com. exonerado	Exonerado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VBP	VBT	SILN	ISE	MA	MA	ASP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntari o 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	52110198	RAMIREZ SUAREZ ANGELA ANDREA	59	0			N																	230301	3.740.000	598.400	0	0	0	0	EPS005	3.740.000	467.500	14-23	3.740.000	3	91.200		0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

	PROCESO	GESTIÓN FINANCIERA	Código	GFIF02
	FORMATO	DECLARACIÓN JURAMENTADA DEPURACIÓN DE BASE DE CÁLCULO DE RETENCIÓN	Versión	08

Bogotá D.C.,

Señores
MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL
Ciudad

Yo Ángela Andrea Ramírez Suárez identificado(a) con cedula de ciudadanía 52110198 de Bogotá Contrato de Prestación de Servicios No:175-2600

De acuerdo a lo establecido en el Estatuto Tributario, Ley 2277 del 13 de diciembre de 2022 Reforma tributaria para la igualdad y justicia social, Decreto 1625 del 11 de octubre de 2016 y sus modificaciones, Decreto 2231 del 22 de diciembre de 2023, **bajo la gravedad de juramento certifico que:**

- Soy declarante del impuesto de renta en los términos definidos por la normatividad vigente SI NO
- Soy responsable del impuesto a las ventas - IVA SI NO
- Que en el año anterior o en el año en curso he obtenido ingresos brutos totales provenientes de Contratos con el Estado igual o superior a 4.000 UVT.
(Si la suma de estos contratos es igual o superior a 4.000 UVT es responsable de IVA) SI NO
- Pertenezco al régimen simple de tributación - RST según lo estipulado en el RUT
(Marque "SI" solo si en el RUT tiene la responsabilidad 47) SI NO
- Dando aplicación al art. 9 del Decreto 2231 de 2023, manifiesto que durante la vigencia aplicaré costos y deducciones correspondientes a los ingresos provenientes del contrato suscrito con el Ministerio de Salud y Protección Social.
(Si marca "SI" se aplicará la tarifa de retención en la fuente establecida en el artículo 392 del E.T. según el caso, si marca "NO" se aplicará la tarifa de retención en la fuente establecida en el artículo 383 del E.T.) SI NO

- De manera libre y espontanea manifiesto que las siguientes personas dependen económicamente de mí, así mismo manifiesto que ninguna otra persona podrá requerir beneficio en forma adicional en los términos establecidos en la normatividad vigente, para lo cual adjunto documentación que así lo certifica :

NOMBRE	EDAD	PARENTESCO	DOCUMENTO
AVRIL CELESTE LUGO RAMÍREZ	12	HIJA	1010844400

(Adjuntar según el caso: registro civil, certificado contador público, certificado de antecedentes disciplinarios, certificados de pago de estudios por semestre, certificado médico etc). Nota: El certificado de antecedentes disciplinarios en ningún caso podrá ser mayor a 90 días.

- Realicé el pago de intereses por préstamo de vivienda SI NO
(Adjuntar certificado expedido por la entidad correspondiente del año inmediatamente anterior)

Para fines del beneficio tributario del valor del deducible por el concepto antes señalado, según lo dispone el Decreto Reglamentario 3750 de 1986, Artículo 8°, DUR 1625 de 2016 Art 1.2.4.1.6 solicito que la deducción prevista sea del siguiente porcentaje: _____ %.

- Realizo ahorros en cuentas AFC (Ahorro para el fomento de la construcción) SI NO
(Adjuntar mensualmente a la cuenta el soporte de la consignación, en donde indique nombre del titular, número de la cuenta y tipo de cuenta (AFC, AVC, Pensión voluntaria).
- Realizo aportes voluntarios a Fondos de Pensiones (Diferentes a los obligatorios) SI NO
(Adjuntar mensualmente a la cuenta el soporte de la consignación, en donde indique nombre del titular, número de la cuenta y tipo de cuenta (AFC, AVC, Pensión voluntaria)
- Realicé el pago de planes de medicina prepagada y/o pólizas de salud SI NO
(Adjuntar certificado expedido por la entidad correspondiente del año inmediatamente anterior)
- Soy Pensionado SI NO
(Adjuntar Resolución o certificación de pensionado)
- Solicité la devolución de aportes al fondo de pensiones SI NO
(Adjuntar soporte de devolución)

- PAGO MES ACTUAL DE SEGURIDAD SOCIAL:** He realizado el pago de las contribuciones al Sistema General de Seguridad Social, en debida forma, correspondiente a los ingresos relacionados con la **presente** cuenta de cobro, de conformidad con lo establecido en el parágrafo 2 del artículo 108 del Estatuto Tributario y el artículo 1.2.4.1.16 del Decreto Único Reglamentario 1625 de 2016, según consta en el soporte adjunto. SI NO
- PAGO MES VENCIDO DE SEGURIDAD SOCIAL:** He realizado el pago de las contribuciones al Sistema General de Seguridad Social en debida forma, en relación con los ingresos recibidos del mes anterior (Pago mes vencido de Seguridad Social, No aplica para deducción de la base de retención en la fuente de la presente cuenta). SI NO

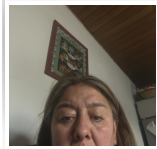
- Declaro que los documentos soporte del pago de aportes obligatorios al Sistema General de Seguridad Social en Salud, corresponden a los ingresos provenientes del contrato materia del pago sujeto a retención.

- Informaré oportunamente sobre cualquier cambio en el origen, proporción de mis ingresos o cambio respecto a categoría tributaria.

Para constancia se expide y se firma a los (02) días del mes de febrero de 2026

 Firmado digitalmente por
Ángela Andrea
Ramírez Suárez

Firma Electrónica



DATOS PERSONALES

Fecha de Atención	Ciudad	Vigencia	IPS/SEDE	Nombres y apellidos	
28 de septiembre de 2025	Bogotá	Tres años	Sede norte DHSS0244914	Ángela Andrea Ramírez Suárez	
Documento identidad	Empresa o entidad		Cargo		
52110198			Profesional especializado		
Género	Edad	Fecha nacimiento	Estado civil	Hijos	
FEMENINO		21/08/74	Casado	1	
Profesión u Oficio	Email		Tipo de examen		
Fisioterapeuta Salubrista	fshalubrista@gmail.com		Ingreso		

* De conformidad con la Ley de Protección de Datos Personales, informamos que la información contenida en este certificado médico es confidencial y será utilizada exclusivamente para los fines relacionados con la evaluación de la aptitud laboral del trabajador. El tratamiento de los datos personales se llevará a cabo conforme a la normativa vigente, garantizando su integridad, confidencialidad y seguridad, y no serán compartidos con terceros sin el consentimiento expreso del titular, salvo por mandato legal o judicial.*

EXÁMENES REALIZADOS

Examen Médico Osteomuscular	Audiometría	Optometría
28 de septiembre de 2025	28 de septiembre de 2025	28 de septiembre de 2025

CONCEPTO DE EVALUACIÓN MÉDICA

ELEGIBLE PARA EL CARGO SIN RECOMENDACIONES LABORALES

De acuerdo al examen ocupacional realizado a ÁNGELA ANDREA RAMÍREZ SUÁREZ con documento de identificación No 52110198 se considera que es ELEGIBLE PARA EL CARGO SIN RECOMENDACIONES LABORALES para desempeñar la ocupación del cargo descrito

RESULTADOS GENERALES

Examen Médico Osteomuscular Basándonos en los resultados obtenidos de la evaluación osteomuscular, certificamos que el paciente presenta un sistema osteomuscular en condiciones óptimas de salud. Esta condición le permite llevar a cabo una variedad de actividades físicas y cotidianas sin restricciones notables y con un riesgo mínimo de lesiones osteomusculares. Basándonos en los resultados obtenidos de la evaluación osteomuscular, certificamos que el paciente presenta un sistema osteomuscular en condiciones óptimas de salud. Esta condición le permite llevar a cabo una variedad de actividades físicas y cotidianas sin restricciones notables y con un riesgo mínimo de lesiones osteomusculares.

Audiometría No presenta signos de pérdida auditiva o alteraciones en la audición. Los resultados se encuentran dentro de los rangos normales establecidos para la población general y no se observan indicios de daño auditivo relacionado con la exposición laboral a ruido u otros factores. Se considera apto desde el punto de vista auditivo para continuar

desempeñando sus funciones laborales sin restricciones. Se recomienda realizar un control audiométrico anual para asegurar el monitoreo continuo de su salud auditiva.

Optometría

Presión intraocular (PIO): 15 mmHg en ambos ojos
Reflejos pupilares: Respuesta pupilar normal a la luz en ambos ojos
Campo visual: Normal en ambos ojos, sin defectos o áreas de pérdida
Visión de colores: Normal, capacidad de distinguir entre diferentes colores sin dificultad
Fondo de ojo: Normal, con una retina, nervio óptico y vasos sanguíneos saludables en ambos ojos.

FIRMAS

FIRMA MÉDICO	FIRMA OPTÓMETRA	FIRMA PACIENTE ATENDIDO
 JUAN JOSE REATIGA REGISTRO MEDICO NO 14791 LICENCIA SALUD OCUPACIONAL 460 6 DE JULIO DE 2020	 Dr. Miguel Garzón Rincón Optómetra Ocupacional Res. 6473 04/07/2017	 ÁNGELA ANDREA RAMÍREZ SUÁREZ 52110198

BIENESTAR Y SALUD LABORAL SAS - CALLE 134 NO. 7-83 CONS 233 - BOGOTÁ - www.bsl.com.co - Teléfono + 57 601 580 2318

EXAMEN COMPLEMENTO AGUDEZA VISUAL

Codigo de Seguridad: ce4de21f-7e82-4f13-a328-a030275d48e2

OPTOMETRÍA

Test	Concepto	Estereopsis Titmus	
Visión al color ISHIHARA	Normal	Normal	
Agudeza visual sin corrección	Observación	Antecedente en	Observación
Ojo Derecho	No aplica	Miopía	No
Ojo Izquierdo	No aplica	Astigmatismo	Sí
Resultados			
Snellen: 2/7, Contraste: 0/6, Colores: 1/6		REFLEJOS: Normales COVER TEST: VL: Orto VP: Exo MOVILIDAD OCULAR: Normal	

BIENESTAR Y SALUD LABORAL SAS - CALLE 134 NO. 7-83 CONS 233 - BOGOTÁ - www.bsl.com.co - Teléfono + 57 601 580 2318

EXAMEN AUDIOMÉTRICO COMPLEMENTARIO

Codigo de Seguridad: ce4de21f-7e82-4f13-a328-a030275d48e2

AUDIOMETRÍA

Empresa	Cargo	Tipo de Protección	
NO REPORTA	NO REPORTA	NO REPORTA	
EXPOSICIÓN RUIDO EXTRALABORAL			
Antecedente en	Observación	Antecedente en	Observación

Ruido Continuo	NO REPORTA	Ruido impulsivo	NO REPORTA
Ruido intermitente	NO REPORTA	.	

Frecuencia	Oído Derecho	Oído Izquierdo
250	10	20
500	10	0
1000	0	0
2000	0	0
3000	0	0
4000	0	0
6000	0	0
8000	0	0

CONCEPTO

La audición es normal y no se requieren acciones específicas.



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

2026-01-30

*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:*
52110198

Nombre Completo:* Ramírez
Suárez Ángela
Andrea

Dependencia:*
DIRECCIÓN DE EPIDEMIOLOGÍA Y DEMOGRAFÍA

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

Cargo:* Contratista Correo electrónico:*
aramirezs@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

Evaluación virtual Consultas



Respuestas Correctas: 10
Respuestas Incorrectas: 8
Tu calificación es: **Satisfactorio**

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

[Imprimir Resultado](#)



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.



●
A-
A*

	PROCESO	GESTIÓN DE CONTRATACIÓN	Código:	GCOF03
	FORMATO	ACUERDO DE EJECUCIÓN CONTRACTUAL	Versión:	01

Contrato de prestación de Servicios N°175 de 2026

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: No
- 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: 02/02/2026

SUPERVISOR Nombre: HERIBERTO VASQUEZ SERNA Dependencia: Dirección de Epidemiología y Demografía (Vigilancia en salud pública)	Firma
	Firmado digitalmente por Heriberto Vasquez Serna

CONTRATISTA Nombre: ÁNGELA ANDREA RAMÍREZ SUÁREZ	Firma
	Firmado digitalmente por Angela Andrea Ramirez Suarez

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.