

FORMATO CERTIFICACIÓN PAGO PARCIAL

Naturaleza del proceso:	Apoyo	Código:	GFIF03	Versión	01
-------------------------	--------------	---------	---------------	---------	-----------

(1) Contrato No.	337	de	2024		
(2) Nombre del contratista y/o representante legal:	Sahyra Alejandra Camelo Rodriguez				
(3) Dirección:	Calle 12a #71b 61	(4) Teléfono:	3124810919		
(5) Cédula y/o NIT:	1026581192	(6) Correo electrónico:	scamelom@minsalud.gov.co camelorodriguezsa@gmail.com		
(7) Nombre (s) del supervisor (es) y/o interventores (es):	Edith Piedad Rodriguez Orduz				
(8) Dependencia:	Grupo de ejercicio y desempeño del talento humano en salud	(9) No. Extensión o teléfono:	8000,00		
(10) Objeto:	Prestación de servicios profesionales a la Dirección de Desarrollo del Talento Humano en Salud brindando análisis jurídico en los procesos que se adelantan en los tribunales de ética referentes a la segunda instancia procesal según lo dispuesto en la ley 23 de 1981 y 35 de 1989.				
(11) Plazo de ejecución:	30 de diciembre de 2024				
(12) Fecha de inicio:	01 de febrero de 2024	(13) Fecha terminación:	30 de diciembre de 2024		
(14) Valor inicial del contrato: \$	\$ 66.000.000,00				
(15) Valor pagos (mensual o como se haya pactado): \$	\$ 6.000.000,00				
(16) Valor desplazamientos: \$	\$ 0,00				
(17) Adición (\$):	N/A				
(18) Prórroga (tiempo)	N/A				
(19) Suspensión	N/A				
(20) Cesión:	A partir del 5 de abril de 2024 \$53'200,000				
(21) Concepto del pago:	Pago No 1 de la cesión correspondiente al periodo comprendido entre el 5 y el 30 de abril de 2024				
(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: \$12'800,000 Cesión 1: \$53'200,000 Total: \$66'000,000	Vigencia 2024: \$12'800,000 Cesión 1: \$ 0 Total: \$12'800,000	Vigencia 2024: - 1: \$5'200,000 \$5'200,000	Cesion Total: \$ 0,00	Vigencia 2024: \$0 Cesión 1: \$ 48'000.000 Total: \$ 48'000.000	
Pago aportes salud - pensiones - parafiscales					
(27) Salud valor aporte: \$	\$ 251.900	(28) Pensión valor aporte: \$	\$ 322.500		
(29) ARL: \$	\$ 49.100				
(30) Planilla de pago No.	76172566	(31) Fecha:	9/04/2024		
(32) Certificación parafiscales de fecha:					
(33) Concepto supervisor (es) y/o interventor (es)					
<p>La contratista, Sahyra Alejandra Camelo Rodriguez, cumplió con las obligaciones contraídas en el contrato No.337 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.</p> <p>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).</p> <p>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 <input checked="" type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>Por lo anterior, se debe pagar a la contratista la suma de \$ 5'200,000</p>					
(34) Observaciones:					
(35) Firma responsables:					



Firmado
digitalmente por
Edith Piedad
Rodriguez Orduz

Edith Piedad Rodriguez Orduz

(36) Fecha: 06/05/2024

Bogotá D. C.

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., 06 de mayo 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 superaron las 4000 UVT

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

4. Declaro bajo gravedad de juramento que SI 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

6. Pertenezco al Régimen de Tributación SIMPLE: SI NO

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
 Contrato de Prestación de Servicios No.: 337-2024 Fecha Inicio: 1/02/2024
 Contratista: Sahyra Alejandra Camelo Fecha terminación: 30/12/2024
 Valor mensual por concepto de Honorarios (iva incluido): \$ 6.000.000 Prorroga: _____
 Valor total del contrato (iva incluido): \$ 66.000.000,00 Valor de Adición: _____
 Fecha de inicio de la cesión: 5/04/2024 Valor de la Cesión: \$ 53.200.000,00

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 de _____ de _____ 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, artículo 2, numeral 1.

10. Declaro que soy titular de la cuenta AFC No _____ de _____, por lo que solicito con cargo al desembolso No. _____ del contrato No. _____ se consigne en mi nombre la suma de (\$ _____) 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 _____ la suma de (\$ _____)

12. Declaro que consigno a Medicina pre-pagada Emermedica la suma de \$ 109.000 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 Sahyra Alejandra Camelo Rodríguez

Sahyra Alejandra Camelo Rodríguez
Firma

c.c. 1026581192

CUENTA DE COBRO

MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCION SOCIAL
NIT 900.474.727-4

DEBE A:

NOMBRE: Sahyra Alejandra Camelo Rodriguez

IDENTIFICACIÓN: CC X NIT No. 1026581192 D.V. Bogotá
DED.C.

LA SUMA DE: Cinco millones doscientos mil pesos (\$5'200.000)

POR CONCEPTO DE: Honorarios mensuales

Contrato No.: 337 de 2024

DESEMBOLSO No.: Pago No 1 de la Cesion

OBJETO: Prestación de servicios profesionales a la Dirección de Desarrollo del Talento Humano en Salud brindando análisis jurídico en los procesos que se adelantan en los tribunales de ética referentes a la segunda instancia procesal según lo dispuesto en la ley 23 de 1981 y 35 de 1989.

PERIODO COMPRENDIDO ENTRE: 05 y 30 de abril de 2024

FECHA: 6/05/2024

DIRECCION: Calle 12 a # 71b 61

CIUDAD: Bogotá

TELEFONO: 3124810919



Firmado
digitalmente por
Sahyra Alejandra
Camelo Rodriguez

FIRMA

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.	337 de 2024				
Nombre del Contratista y/o Representante Legal	Sahyra Alejandra Camelo Rodriguez				
Nombre del supervisor y/o interventor	Edith Piedad Rodriguez Orduz	Teléfono / Extensión	8000		
Dependencia	Dirección del Desarrollo del Talento Humano en Salud				
Objeto del contrato	Prestación de servicios profesionales a la Dirección de Desarrollo del Talento Humano en Salud brindando análisis jurídico en los procesos que se adelantan en los tribunales de ética referentes a la segunda instancia procesal según lo dispuesto en la ley 23 de 1981 y 35 de 1989.				
Fecha de inicio	jueves, 01 de febrero de 2024	Fecha de terminación	lunes, 30 de diciembre de 2024		
Período objeto del informe:	05 de abril de 2024 – 30 de abril 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 entregaron los informes pactados dentro del contrato y se ejecutaron cada una de las actividades necesarias en la periodicidad requerida.	Informadas en las obligaciones específicas.	Se aprueba para la vigencia
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 interes.	Se realizaron cada una de las labores que se requieren de acuerdo con lo establecido en la obligación.	No aplica	Se aprueba para la vigencia

FORMATO INFORME PARCIAL DE EJECUCIÓN Y SUPERVISIÓN
Certificación parcial de ejecución, cumplimiento y recibo a satisfacción

Naturaleza del proceso:	Apoyo	Código:	GCOF18	Versión:	04
--------------------------------	--------------	----------------	---------------	-----------------	-----------

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 aplica para este periodo	No aplica	Se aprueba para la vigencia
4	Reportar de manera inmediata cualquier novedad o anomalía, al supervisor del contrato.	No se reportó ninguna novedad para este periodo.	No aplica	Se aprueba para la vigencia
5	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 este periodo	No aplica	Se aprueba para la vigencia
6	Pagar en forma cumplida y de manera equivalente a los honorarios pactados de acuerdo con la normatividad que	Se realizó el pago de la seguridad social conforme a las normas del SGSSS	Copia de la Planilla Integrada de Liquidación de Aportes a la Seguridad Social.	Se aprueba para la vigencia

FORMATO INFORME PARCIAL DE EJECUCIÓN Y SUPERVISIÓN
Certificación parcial de ejecución, cumplimiento y recibo a satisfacción

Naturaleza del proceso:	Apoyo	Código:	GCOF18	Versión:	04
--------------------------------	--------------	----------------	---------------	-----------------	-----------

	regula la materia, los aportes al Sistema de Seguridad Social Integral.				
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.	Cumplido, no requiere soporte	No aplica		Se aprueba para la vigencia
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.	Cumplido para el periodo.	No aplica		Se aprueba para la vigencia
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,	Cumplido, se firmó compromiso de confidencialidad y se allega en la primera cuenta de cobro de la cesion	Documento debidamente diligenciado y firmado que se anexa.		Se aprueba para la vigencia
10	Entregar al supervisor a la finalización del contrato en medio magnético los archivos editables y no editables elaborados o conocidos	No aplica para este periodo	No aplica		Se aprueba para la vigencia

FORMATO INFORME PARCIAL DE EJECUCIÓN Y SUPERVISIÓN
Certificación parcial de ejecución, cumplimiento y recibo a satisfacción

Naturaleza del proceso:	Apoyo	Código:	GCOF18	Versión:	04
--------------------------------	--------------	----------------	---------------	-----------------	-----------

	con ocasión de la ejecución del contrato,				
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.	Cumplido	No aplica		Se aprueba para la vigencia
12	Responder en forma oportuna por el diligenciamiento y gestión de la correspondencia generada y recibida como usuario, através del Sistema de Gestión Documental utilizado por la entidad.	Cumplido	No aplica		Se aprueba para la vigencia
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 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 aprobación	Cumplido, la garantía se encuentra debidamente cargada y aprobada por la entidad en el portal Secop II	Registro en SECOP II		Se aprueba para la vigencia

FORMATO INFORME PARCIAL DE EJECUCIÓN Y SUPERVISIÓN
Certificación parcial de ejecución, cumplimiento y recibo a satisfacción

Naturaleza del proceso:	Apoyo	Código:	GCOF18	Versión:	04
--------------------------------	--------------	----------------	---------------	-----------------	-----------

	por parte del MINISTERIO, cuando a ello hubiere lugar.				
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.	Cumplido	No aplica		Se aprueba para la vigencia
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 Seguridad Social Integral realizado correspondiente al	No aplica para este periodo,	No aplica		Ninguna

FORMATO INFORME PARCIAL DE EJECUCIÓN Y SUPERVISIÓN
Certificación parcial de ejecución, cumplimiento y recibo a satisfacción

Naturaleza del proceso:	Apoyo	Código:	GCOF18	Versión:	04
--------------------------------	--------------	----------------	---------------	-----------------	-----------

	periodo de cotización del último mes cobrado, so pena que se adelanten las acciones administrativas y contractuales a que haya lugar.				
16	Presentar al supervisor un informe mensual que dé cuenta de la ejecución de las obligaciones contractuales.	En este informe, en las obligaciones específicas se da cuenta de la ejecución de las obligaciones contractuales.	Se presenta el informe correspondiente.	Se aprueba para la vigencia	El produ la cuent en el ra
17	Presentar para el primer pago, la inducción virtual en Seguridad y Salud en el trabajo que se encuentra publicada en la página de Salud net en el sitio "Entorno Laboral Saludable" estrategia "Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo". Una vez terminada la inducción virtual en Seguridad y Salud en el Trabajo, EL/LA contratista debe aportar la constancia que certifique, al supervisor del contrato.	Se realizó la inducción virtual.	Se anexa soporte "PROGRAMA DE INDUCCIÓN Y REINDUCCIÓN VIRTUAL EVALUACIÓN"	Se aprueba para la vigencia	
18	Contar con los elementos de protección personal necesarios para ejecutar la actividad contratada, para lo cual asumirá su costo.	No aplica para las obligaciones pactadas.	No aplica	Se aprueba para la vigencia	

FORMATO INFORME PARCIAL DE EJECUCIÓN Y SUPERVISIÓN
Certificación parcial de ejecución, cumplimiento y recibo a satisfacción

Naturaleza del proceso:	Apoyo	Código:	GCOF18	Versión:	04
--------------------------------	--------------	----------------	---------------	-----------------	-----------

19	Reportar a la ARL e Informar al MINISTERIO la ocurrencia de incidentes, accidentes de trabajo y enfermedades laborales.	No aplica para este periodo.	No aplica	Se aprueba para la vigencia
20	Participar en las actividades de Prevención y Promoción organizadas por EL MINISTERIO o la Administradora de Riesgos Laborales.	Cumplido, no requiere soporte	No aplica	Se aprueba para la vigencia
21	Las demás que estén directamente relacionadas con el objeto del contrato.	Cumplido, no requiere soporte	No aplica	Se aprueba para la vigencia

OBLIGACIONES ESPECÍFICAS

	Obligación contractual	Actividad desarrollada	Producto recibido	Observaciones o comentarios del Supervisor
1	Brindar soporte jurídico a la Dirección de Desarrollo del Talento Humano en Salud, en el cumplimiento de las competencias que le han sido delegadas a través de la Resolución 00740 de 2017.	Se brinda el soporte requerido realizando el análisis de la ficha técnica entregada para el proceso ético disciplinario R314 remitido por el TNEO para resolver apelación.		Se aprueba para la vigencia
2	Mantener actualizada la información de los distintos procesos que ingresan al Ministerio y salen con destino a los Tribunales de primera instancia.	Se actualiza y alimenta inventario con proceso ético disciplinario R314.	Archivo Excel en actualización de procesos recibidos incluyendo el R314	Se aprueba para la vigencia

FORMATO INFORME PARCIAL DE EJECUCIÓN Y SUPERVISIÓN
Certificación parcial de ejecución, cumplimiento y recibo a satisfacción

Naturaleza del proceso:	Apoyo	Código:	GCOF18	Versión:	04
--------------------------------	--------------	----------------	---------------	-----------------	-----------

3	<p>Seleccionar los procesos que, deban ser sometidos a análisis por parte del Comité Interno creado por disposición de la Resolución 00740 de 2017, para lo cual , deberá realizar por escrito, un estudio preliminar con la información más destacada de cada caso y ponerlo en conocimiento de los miembros del Comité.</p>	<p>Se verifico y ajusto el análisis de saneamiento del proceso y análisis de caducidad de la facultad disciplinante en el proceso ético disciplinario R-314 remitido del Tribunal Nacional de Ética Odontológica (Orfeo 202342303144852) para resolver apelación sanción</p>	<p>Avance Ficha técnica</p>	<p>Se aprueba para la vigencia</p>
4	<p>Acompañar al Director de Desarrollo del Talento Humano en Salud en cada una de las sesiones de Comité Interno que se realicen en torno a las competencias delegadas en la Resolución 00740 de 2017.</p>	<p>Durante el periodo de informe no requirió este acompañamiento</p>	<p>No aplica</p>	<p>Se aprueba para la vigencia</p>
5	<p>Apoyar a la Dirección de Desarrollo del Talento Humano en Salud, proyectando las resoluciones que resuelven en segunda instancia los procesos ético - disciplinarios.</p>	<p>Durante el periodo informado, no se ha concluido estudio de fondo del proceso 314, por lo tanto, no se ha proferido Resolución.</p>	<p>No aplica</p>	<p>Se aprueba para la vigencia</p>
6	<p>Brindar apoyo jurídico a la Dirección de Desarrollo del Talento Humano en Salud, en la respuesta que se deba ofrecer a las distintas actuaciones administrativas que se generen con ocasión de las competencias que se delegaron en la Resolución 00740 de 2017, incluidos derechos de petición, de consulta,</p>	<p>Durante el periodo reportado, Se solicitaron y realizaron veintidos actividades en materia de asesoría y emisión de conceptos técnico jurídicos. Se realizaron las siguientes asesorías y asistencias jurídicas: Se proyectaron 22 conceptos relacionados con funciones de los Colegios profesionales y las</p>	<p>Se adjunta archivo Excel con informe de radicados tramitados.</p>	<p>Se aprueba para la vigencia</p>

FORMATO INFORME PARCIAL DE EJECUCIÓN Y SUPERVISIÓN
Certificación parcial de ejecución, cumplimiento y recibo a satisfacción

Naturaleza del proceso:	Apoyo	Código:	GCOF18	Versión:	04
--------------------------------	--------------	----------------	---------------	-----------------	-----------

<p>conceptos en proyectos de ley, conceptos a otras direcciones, etc.</p>	<p>funciones delegadas a dichos organps así como respecto al servicio social obligatorio en colombia, los cuales se tramitaron con los siguientes radicados: 202425300922511 202442301045112 202442400837362 202442300475682 202442300464612 202442400441212 202442300422582 202442300385602 202442300385432 202442300381072 202442400378112 202442300346692 202442400338782 202442300336792 202442400303402 202442300276702 202442400201892 202442300176772 202342303228862 202342303223362 202342303207682 202342303147522 Se emitieron 6 conceptos en acciones de tutela referentes a derechos de petición, funciones de colegios médicos y servicio social obligatorio con los siguientes memorandos: 202425300146663 202425300149503, 202425300148573, 202425300157403, 202425300158173, 202425300163003. Se emitió un concepto técnico jurídico dentro de un proceso de nulidad y restablecimiento del</p>			
---	--	--	--	--

FORMATO INFORME PARCIAL DE EJECUCIÓN Y SUPERVISIÓN
Certificación parcial de ejecución, cumplimiento y recibo a satisfacción

Naturaleza del proceso:	Apoyo	Código:	GCOF18	Versión:	04
--------------------------------	--------------	----------------	---------------	-----------------	-----------

		derecho referente a ejercicio de medicos y obligatoriedad de registro profesional para especialistas, el mismo se tramita con memorando 202425300162203.		
7	Apoyar a la Dirección de Desarrollo del Talento Humano en Salud en las actuaciones que sean delegadas a la secretaría técnica, creada en virtud de la Resolución 00740 de 2017.	Se apoyo en lo requerido por la secretaria técnica para el periodo de informe.	No requiere soporte	Se aprueba para la vigencia
8	Asistir a reuniones, capacitaciones y demás eventos programados de acuerdo al objeto del contrato.	Se asiste a las reuniones y capacitaciones direccionadas por el supervisor para el periodo de informe	No requiere soporte	Se aprueba para la vigencia

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
1	Procurar el cuidado integral de su salud	Cumplido	No aplica	Se aprueba para la vigencia
2	Contar con los elementos de protección personal necesarios para ejecutar la actividad contratada, para lo cual asumirá su costo	No aplica uso de elementos de protección. personal	No aplica	Se aprueba para la vigencia
3	Reportar a la ARL e Informar al MINISTERIO la ocurrencia de incidentes, accidentes de trabajo y enfermedades laborales	No se presentaron eventos para reportar en el periodo.	No aplica	Se aprueba para la vigencia

FORMATO INFORME PARCIAL DE EJECUCIÓN Y SUPERVISIÓN
Certificación parcial de ejecución, cumplimiento y recibo a satisfacción

Naturaleza del proceso:	Apoyo	Código:	GCOF18	Versión:	04
--------------------------------	--------------	----------------	---------------	-----------------	-----------

4	Participar en las actividades de Prevención y Promoción organizadas por EL MINISTERIO o la Administradora de Riesgos Laborales.	Durante el periodo reportado no se llevaron a cabo actividades relacionadas en EL MINISTERIO ni por la Administradora de Riesgos Laborales.	No aplica	Se aprueba para la vigencia
5	Cumplir las normas, reglamentos e instrucciones del Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el trabajo SGSST adoptadas por EL MINISTERIO.	Cumplidas en su integralidad	No aplica	Se aprueba para la vigencia

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



Firmado digitalmente
 por Sahyra Alejandra
 Camelo Rodriguez

Sahyra Alejandra Camelo Rodriguez

Fecha: 06/05/2024

INFORME PARCIAL DE SUPERVISIÓN

De conformidad con el seguimiento a la ejecución del contrato, el supervisor certifica que:

- 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
- 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 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
- 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
- A la fecha SI NO existen causales de incumplimiento de las obligaciones contractuales que demanden actuaciones conminatorias o sancionatorias por parte de la Administración.
- 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.

FORMATO INFORME PARCIAL DE EJECUCIÓN Y SUPERVISIÓN
Certificación parcial de ejecución, cumplimiento y recibo a satisfacción

Naturaleza del proceso: **Apoyo** Código: **GCOF18** Versión: **04**

OBSERVACIONES

La contratista cumplió de acuerdo con lo establecido en el contrato 878 de 2024

En constancia, firma:



Firmado
digitalmente por
Edith Piedad
Rodriguez Orduz

Edith Piedad Rodriguez Orduz
Supervisor (es)/Interventor (es)

Lugar y Fecha: Bogotá, D. C., lunes, 06 de mayo de 2024

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	1026581192	SAHYRA ALEJANDRA CAMELO RODRIGUEZ		Calle 12a #71b 61 torre 2 apto 102	3864794	cameloroqueza@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	
					EMPLEADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2024-03	2024-03	I	09/04/2024	76172566	\$623.500	

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					
EPS010	EPS Sura	800088702-2	251.900	0		0		0	0	0	0	251.900	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	322.500	0	0	0	0	0	0	0	322.500	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	49.100				49.100	0	0	49.100			491	49.100	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	251.900	251.900
Pensión	1	322.500	322.500
Riesgos Laborales	1	49.100	49.100
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	623.500	623.500

DATOS DEL APORTANTE					
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	1026581192	SAHYRA ALEJANDRA CAMELO RODRIGUEZ	Calle 12a #71b 61 torre 2 apto 102	3864794	camelorodriguezsa@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				
2024-03	2024-03	\$623.500				

DETALLE POR COTIZANTE																																													
INFORMACIÓN COTIZANTE										INFORMACIÓN NOVEDADES								PENSIÓN				SALUD			RIESGOS LABORALES			CCF			PARAFISCALES														
No.	Tipo	No. de identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subjeto	Exonerado	Exonerado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VBP	VBT	SILN	ISE	MA	MA	ASAP	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	1026581192	CAMELO RODRIGUEZ SAHYRA ALEJANDRA	59	0	N																	230301	2.015.200	322.500	0	0	0	0	EPS010	2.015.200	251.900	14-11	2.015.200	3	49.100		0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA



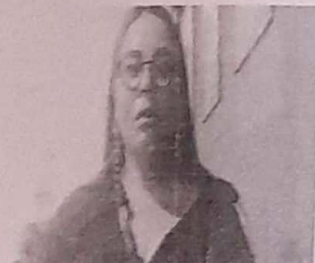
CERTIFICADO MÉDICO OCUPACIONAL PRE INGRESO

Dirección: CALLE 19 No. 3-50 p 12 Cs 1202 y 1203
Teléfono: (57 1) 7443001
Web: www.cendiatra.com
Email: contactenos@cendiatra.com

Cendiatra

SEDE	CENDIATRA CENTRO	DIRECCIÓN	Cra. 5 No. 19 - 08 Edificio Los Andes
TELÉFONO	2826429 - 3424934	EMAIL	citas.centro@cendiatra.com
FECHA DE EXAMEN	2023-06-24	TIPO DE EXAMEN	PREINGRESO

IDENTIFICACION DEL PACIENTE



Nombres y Apellidos	SAHYRA ALEJANDRA CAMELO RODRIGUEZ	Identificación CC	Nro 1026581192
Fecha de Nacimiento	1994-12-21	Edad	28
Empresa	PACIENTE OCASIONAL	Sexo	F
Cargo	ABOGADA		
Fecha Ingreso	2023-06-24 10:31:23	Fecha Salida	2023-06-24 10:36:53

EXAMENES

ENFASIS OSTEOMUSCULAR

EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE PRE INGRESO

CONCEPTO DE APTITUD

CONCEPTO DE APTITUD

APTO (A) CON PATOLOGIAS QUE NO IMPIDEN SU DESEMPEÑO

RECOMENDACIONES

ACUDIR A CONSULTA MEDICA EN SU EPS PARA MANEJO Y CONTROL POR:

SI

Observaciones:

CONTINUAR SEGUIMIENTO Y MANEJO PARA OBESIDAD

NUTRICIONALES - CAMBIOS DE ESTILO DE VIDA

SI

Observaciones:

1- REALIZAR EJERCICIO FÍSICO CON FRECUENCIA

2- MANTENER DIETA SALUDABLE

VALORACION OPTOMETRICA

SI

Observaciones:

CONTROL ANUAL

OTRAS:

NO PRESENTA

SE SUGIERE CONTROL PROGRAMAS VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA

CONDICION VISUAL

SI

CARDIOVASCULAR

SI

OTROS

NO PRESENTA

Acepto las anteriores valoraciones Médicas realizadas, hago constar que la información suministrada sobre mi condición de salud es verdadera, y me comprometo a cumplir las recomendaciones y las restricciones a que haya lugar. Cualquier omisión o falsedad será causa justa de finalización de contrato. Artículo 62 CST.

La firma de este documento no significa aceptación de los conceptos médicos expresados y de su contenido. Sirve adicionalmente para constar quien presento la valoración.

Fui Informado sobre mi estado actual de condiciones salud.

Maria Carolina Pabon Cantillo
Médico Especialista en Sst
Res. 2846

SAHYRA ALEJANDRA CAMELO RODRIGUEZ
CC 1026581192
Firma del trabajador

MARIA CAROLINA PABON CANTILLO
RM: 100125664
Firma y sello del médico



FORMATO COMPROMISO DE CONFIDENCIALIDAD Y NO DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN

Naturaleza del proceso: Apoyo **Código:** GCOF13 **Versión:** 03

Tipo de Persona: Persona Natural
Tipo de Acuerdo: Físico

Quien suscribe el presente, actuando en nombre propio y en el marco del contrato celebrado con el Ministerio de Salud y Protección Social y/o la empresa que representa u ostenta algún tipo de vinculación contractual, convengo el presente COMPROMISO DE CONFIDENCIALIDAD Y NO DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN, de conformidad con el cual me comprometo a:

1 CONFIDENCIALIDAD

Proteger y mantener la confidencialidad de la información que en ejecución del contrato de prestación de servicios profesionales suscrito tenga acceso o conocimiento. Toda la información que pueda conocer, acceder, manejar o generar como contratista durante la vigencia del Contrato, será confidencial e intransferible, salvo que sea calificada como pública por parte del Ministerio de Salud y Protección Social.

2 ALCANCE DE LA CONFIDENCIALIDAD

Que la información confidencial sólo será utilizada con el propósito de cumplir con el servicio contratado, quedándome prohibido compartirla con terceros. No se considera información confidencial cuando la misma (i) deba ser divulgada por disposición legal, por orden judicial o autoridad administrativa, que de acuerdo con las disposiciones constitucionales y/o legales sea competente para solicitarla, lo hagan para el debido ejercicio de sus funciones. (ii) Información por mí conocida antes de la suscripción del respectivo contrato de prestación de servicios profesionales, sin que la misma estuviese sujeta a ninguna obligación de confidencialidad o reserva legal.

- 2.1 No usar indebidamente la información confidencial, en consecuencia, no la revelaré, publicaré o daré a conocer, total o parcialmente, a ninguna persona a parte de los servidores públicos del Ministerio de Salud y Protección Social, que específicamente necesiten conocerla para el cumplimiento de sus funciones.
- 2.2 Garantizar la aplicación de las medidas de seguridad que le sean exigidas por el Ministerio de Salud y Protección Social, así como garantizar la protección y debido tratamiento de los datos personales y de la información confidencial para evitar divulgación, fuga, reproducción, almacenamiento o cualquier otro uso no autorizado.
- 2.3 Cumplir las disposiciones legales y reglamentarias relacionadas con las políticas de privacidad y protección de datos.
- 2.4 No emitir copias ni reproducir por medio alguno la información confidencial.
- 2.5 Mantener el carácter confidencial de la información aún después de terminado el contrato de prestación de servicios suscrito con MinSalud y/o con la empresa que represento u ostento algún tipo de vinculación contractual.

3 PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES:

Toda vez que podré tener acceso a datos de carácter personal adopto la posición jurídica de usuario dentro del proceso de administración de datos personales, por lo que debo garantizar los derechos fundamentales del titular de la información, previstos en la Constitución Política y en consecuencia me comprometo a lo siguiente, acorde con la Ley 1581 de 2012, el Decreto 1377 de 2013 y la Sentencia de la Corte Constitucional C748 de 2011:

- Guardar reserva de la información que me sea suministrada y utilizarla únicamente para los fines que justificaron la entrega, esto es, aquellos relacionados con la competencia funcional específica que motivó la solicitud de suministro del dato personal.
- Informar a los titulares del dato el uso que le esté dando al mismo.
- Conservar con las debidas seguridades la información recibida para impedir su deterioro, pérdida, alternación, uso no autorizado o fraudulento. y
- Cumplir con las instrucciones que imparta la autoridad de control, en relación con el cumplimiento de la legislación estatutaria.

4 PROPIEDAD INTELECTUAL

Los archivos y las bases de datos que contienen la información confidencial son de conformidad con lo establecido en la normatividad vigente, exclusivamente de propiedad del Ministerio de Salud y Protección Social, por lo que reconozco por medio de este Compromiso, que no gozo de ningún derecho o licencia en relación con éstos y que la información allí contenida, se me revela únicamente para el cumplimiento de mis obligaciones contractuales. Del uso de la información confidencial que haga no se derivará derecho alguno de propiedad intelectual.

5 RESTITUCIÓN Y/O DESTRUCCIÓN DE LA INFORMACIÓN

Me comprometo a resituir y/o a destruir inmediatamente reciba comunicación escrita del Ministerio de Salud y Protección Social en ese sentido, toda la información recibida, así como las notas, análisis, memorandos, datos de computador o cualquier otro trabajo elaborado con base en la misma; así como a no mantener en mi poder algún tipo de copia de esa información.

6 VIGENCIA

Me comprometo a mantener la confidencialidad de forma indefinida, respecto de la información a la que tuve acceso.

7 VALOR PROBATORIO

Reconozco valor probatorio al presente compromiso, el cual forma parte integral del contrato por mi suscrito con el Ministerio de Salud y Protección Social y/o con la empresa que represento u ostento algún tipo de vinculación contractual.

8 VERIFICACIÓN DE LA CONFIDENCIALIDAD Y USO DE LA INFORMACIÓN

Acepto que el Ministerio de Salud y Protección Social se reserva el derecho de verificar en cualquier momento y sin previo aviso, el cumplimiento del presente compromiso, con respecto al tratamiento de la información confidencial.

Ante el incumplimiento de estos compromisos, asumiré la responsabilidad penal y/o disciplinaria y/o fiscal y/o civil, a que hubiere lugar por todos los daños y perjuicios que se causen como consecuencia del incumplimiento de este compromiso y de los manejos indebidos que se le dé a la información

Para constancia, se firma el presente compromiso el día __ de __ del 5) ____ 2024

Firma:

Nombre: Sahyra Alejandra Camelo Rodriuez

Cédula Ciudadanía: 1026581192

Contrato prestación de servicios: 337 de 2024



Firmado digitalmente por Sahyra Alejandra Camelo Rodriguez

FORMATO ACUERDO DE EJECUCIÓN CONTRACTUAL

Naturaleza del proceso:	Apoyo	Código:	GCOF03	Versión:	01
-------------------------	-------	---------	--------	----------	----



Contrato de prestación de Servicios No. 337 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: No
- b. Carnet Institucional: No
- c. Usuario institucional: Si
- d. Puesto de actividades: Si
- e. Extensión: Si 8006
- f. Correo electrónico institucional: Si
- g. Otros Si
¿Cuáles? _Computador; Placa: __56562__

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: 06/05/2024

SUPERVISOR Nombre: Edith Piedad Rodriguez Orduz Dependencia: Dirección de Talento Humano en Salud	Firma
	  Firmado digitalmente por Edith Piedad Rodriguez Orduz

CONTRATISTA Nombre: Sahyra Alejandra Camelo Rodriguez	Firma
	  Firmado digitalmente por Sahyra Alejandra Camelo Rodriguez

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.



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
2024-04-26

*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:* 1026581192

Nombre Completo:* CAMELO RODRIGUEZ SAHYRA ALEJANDRA

Dependencia:* GRUPO EJERCICIO Y DESEMPEÑO DEL TALENTO HUMANO EN SALUD

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

Cargo:* contratista Correo electrónico:* scamelo@minsalud.gov.co

0
A-
A*

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: 15

Respuestas Incorrectas: 1

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.



A⁻

A⁺