


	PROCESO	GESTIÓN FINANCIERA		Código	GFIF03
	FORMATO	CERTIFICACIÓN PAGO PARCIAL		Versión	02
(1) Contrato No.	246	de	2025		
(2) Nombre del contratista y/o representante legal:	Sahyra Alejandra Camelo Rodriguez				
(3) Dirección:	Calle 12a #71b 61 Torre 2	(4) Teléfono:	3124810919		
(5) Cédula y/o NIT:	1026581192	(6) Correo electrónico:	scamelo@minsalud.gov.co camelorodrigueza@gmail.com		
(7) Nombre (s) del supervisor (es) y/o interventores (es):	Rafael Orlando Mesa Becerra				
(8) Dependencia:	Grupo de Ejercicio y desempeño del talento humano en salud	(9) No. Extensión o teléfono:	8043,00		
(10) Objeto:	Prestación de servicios profesionales a la Dirección de Desarrollo del Talento Humano en Salud realizando la asistencia jurídica correspondiente frente a los procesos ético disciplinarios de acuerdo con la Ley 23 de 1981 y 35 de 1989, y demás gestiones que se requieran relacionadas con el talento humano en salud.				
(11) Plazo de ejecución:	a partir del cumplimiento de los requisitos de perfeccionamiento y ejecución, y hasta por cinco meses, sin exceder el 30 de diciembre del 2025				
(12) Fecha de inicio:	22 de enero de 2025	(13) Fecha terminación:	21 de junio de 2025		
(14) Valor inicial del contrato: \$	\$ 47.500.000,00				
(15) Valor pagos (mensual o como se haya pactado): \$	\$ 9.500.000,00				
(16) Valor desplazamientos: \$	\$ 0,00				
(17) Adición (\$):	N/A				
(18) Prórroga (tiempo)	N/A				
(19) Suspensión	N/A				
(20) Cesión:	N/A				
(21) Concepto del pago:	Pago No 1 correspondiente al periodo comprendido entre el 22 de enero de 2025 y el 30 de enero de 2025				
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					
\$ 0,00	\$ 0,00	\$ 0,00		\$ 0,00	
VIGENCIA 2025					
\$ 47.500.000,00	\$ 0,00	\$ 2.850.000,00		\$ 44.650.000,00	
TOTAL					
\$ 47.500.000,00	\$ 0,00	\$ 2.850.000,00		\$ 44.650.000,00	

	PROCESO	GESTIÓN FINANCIERA	Código	GFIF03
	FORMATO	CERTIFICACIÓN PAGO PARCIAL	Versión	02
Pago aportes salud - pensiones - parafiscales				
(27) Salud valor aporte: \$	\$ 300.000	(28) Pensión valor aporte: \$	\$ 384.000	
(29) ARL: \$	\$ 12.600			
(30) Planilla de pago No.	83346554	(31) Fecha:	13/01/2025	
(32) Certificación parafiscales de fecha:				
(33) Concepto supervisor (es) y/o interventor (es)				
<p>El/la contratista, Sahyra Alejandra Camelo Rodriguez, cumplió con las obligaciones contraídas en el contrato No 246 de 2025 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"/> SI <input type="checkbox"/> NO</p> <p>Por lo anterior, se debe pagar a el/la contratista la suma de \$ \$ 2.850.000,00</p>				
(34) Observaciones:				
(35) Firma responsables:				
  Firmado digitalmente por Rafael Orlando Mesa B Supervisor Rafael Orlando Mesa Becerra				
(36) Fecha: 10/01/2025 Bogotá D. C.				

	PROCESO	GESTIÓN FINANCIERA	Código	GFIF02
	FORMATO	DECLARACIÓN JURAMENTADA DEPURACIÓN DE BASE DE CÁLCULO DE RETENCIÓN	Versión	06

Bogotá D.C., 10/01/2025

Señores
MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL
Ciudad

Yo **Sahyra Alejandra Camelo Rodriguez** identificada con cedula de ciudadanía 1026581192 de Bogotá D.C. Contrato de Prestación de Servicios No: 246 de 2025

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 (X) NO ()**
- Soy responsable del impuesto a las ventas -IVA **SI () NO (x)**
- Tengo otros contratos suscritos con el Estado **SI () NO (x)**
(Si la suma de estos contratos es igual o superior a 4.000 UVT es responsable de IVA)
- Pertenezco al régimen de tributación simple - RTS según lo estipulado en el RUT **SI () NO (x)**
(Marque "SI" solo si en el RUT tiene la responsabilidad 47)
- Dando aplicación al art. 9 del Decreto 2231 de 2023, manifiesto que durante la vigencia **SI () NO (x)** 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)
- 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
Abril Victoria Linares Camelo	1 m	HIJA	1028625116

(Adjuntar según el caso: registro civil, certificado contador publico, certificado de antecedentes disciplinarios, certificados de estudio, certificado medico) 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 (x)**
(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 (x)**
(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 Fondos de Pensiones (Diferentes a los obligatorios) **SI () NO (x)**
(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 (x)**
(Adjuntar certificado expedido por la entidad correspondiente del año inmediatamente anterior)
- Soy Pensionado **SI () NO (x)**
(Adjuntar Resolución o certificación de pensionado)
- 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 (10) días del mes de febrero de 2025


 Firmado digitalmente por
Sahyra Alejandra
Camelo Rodriguez

Firma Electrónica

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: Dos millones ochocientos cincuenta mil pesos (\$2'850,000)

POR CONCEPTO DE: Honorarios mensuales

Contrato No.: 246 de 2025

DESEMBOLSO No.: Pago No 1

OBJETO: Prestación de servicios profesionales a la Dirección de Desarrollo del Talento Humano en Salud realizando la asistencia jurídica correspondiente frente a los procesos ético disciplinarios de acuerdo con la Ley 23 de 1981 y 35 de 1989, y demás gestiones que se requieran relacionadas con el talento humano en salud.


PERIODO COMPRENDIDO ENTRE: 22 de enero y el 30 de enero de 2025

FECHA: 10/02/2025


DIRECCION: Calle 12 a # 71b 61

CIUDAD: Bogotá

TELEFONO: 3124810919


 Firmado digitalmente por Sahyra Alejandra Camelo Rodriguez

FIRMA


	PROCESO	GESTIÓN DE CONTRATACIÓN	Código:	GCOF48
	FORMATO	INFORME PARCIAL DE EJECUCIÓN Y SUPERVISIÓN – CONTRATOS PRESTACIÓN DE SERVICIOS Y APOYO A LA GESTIÓN Certificación parcial de ejecución, cumplimiento y recibo a satisfacción	Versión:	01

Contrato No.	246 de 2025		
Nombre del Contratista y/o Representante Legal	Sahyra Alejandra Camelo Rodriguez		
Nombre del supervisor y/o interventor	Rafael Orlando Mesa Becerra	Teléfono / Extensión	8043
Dependencia	Grupo de ejercicio y desempeño del talento humano en salud		
Objeto del contrato	Prestación de servicios profesionales a la Dirección de Desarrollo del Talento Humano en Salud realizando la asistencia jurídica correspondiente frente a los procesos ético disciplinarios de acuerdo con la Ley 23 de 1981 y 35 de 1989, y demás gestiones que se requieran relacionadas con el talento humano en salud.		
Fecha de inicio	miércoles, 22 de enero de 2025	Fecha de terminacion	sábado, 21 de junio de 2025
Período objeto del informe:	22 de enero de 2025 - 30 de enero de 2025		

INFORME PARCIAL DE EJECUCIÓN			
OBLIGACIONES GENERALES			
Certifico que he dado cumplimiento a todas las obligaciones generales pactadas durante el periodo de reporte del informe.			
OBLIGACIONES ESPECÍFICAS			
Obligación contractual	Actividad desarrollada	Producto recibido	Observaciones o comentarios del Supervisor
1 Realizar acompañamiento técnico y jurídico a la secretaría técnica y a la Dirección de Desarrollo del Talento Humano en Salud en el análisis de los recursos de apelación interpuestos contra las decisiones adoptadas por los Tribunales Nacionales de Ética médica y odontológica en el marco de los procesos ético disciplinarios en cumplimiento de lo establecido en la Resolución 00740 de 2017.	Se brinda soporte jurídico frente a lo requerido por la dirección.	N/A	Se aprueba para la vigencia
2 Analizar la procedencia en la realización del Comité	No se requirió para el periodo de informe	N/A	Se aprueba para la vigencia

	PROCESO	GESTIÓN DE CONTRATACIÓN	Código:	GCOF48
	FORMATO	INFORME PARCIAL DE EJECUCIÓN Y SUPERVISIÓN – CONTRATOS PRESTACIÓN DE SERVICIOS Y APOYO A LA GESTIÓN Certificación parcial de ejecución, cumplimiento y recibo a satisfacción	Versión:	01

	Interno para discusión y resolución de los recursos de apelación de conformidad con las funciones delegadas a la Dirección de Desarrollo del Talento Humano en Salud mediante Resolución 00740 de 2017.			
3	Llevar las bases de datos correspondientes a los recursos de apelación de los que conozca la Dirección de Desarrollo del Talento Humano en Salud en virtud de lo establecido en la Resolución 00740 de 2017.	Se cumple con lo requerido	N/A	Se aprueba para la vigencia
4	Llevar las bases de datos correspondientes a los recursos de apelación de los que conozca la Dirección de Desarrollo del Talento Humano en Salud en virtud de lo establecido en la Resolución 00740 de 2017.	No se requirió para el periodo de informe	N/A	Se aprueba para la vigencia
5	Proyectar las resoluciones que resuelven en segunda instancia los procesos ético - disciplinarios	No se ha requerido en el periodo de informe	N/A	Se aprueba para la vigencia
6	Brindar apoyo jurídico a la Dirección de Desarrollo del Talento Humano en Salud en la respuesta a derechos de petición, consultas, conceptos a proyectos de ley, conceptos a otras direcciones y demás que	Se proyectaron 2 respuestas entre conceptos y peticiones relacionados con las obligaciones contractuales con los siguientes radicados: 1. ID 518687 2. ID 506130		Se aprueba para la vigencia


	PROCESO	GESTIÓN DE CONTRATACIÓN	Código:	GCOF48
	FORMATO	INFORME PARCIAL DE EJECUCIÓN Y SUPERVISIÓN – CONTRATOS PRESTACIÓN DE SERVICIOS Y APOYO A LA GESTIÓN Certificación parcial de ejecución, cumplimiento y recibo a satisfacción	Versión:	01

	le sean direccionados por el supervisor			
7	Realizar las acciones encaminadas para el desarrollo y cumplimiento de la Política Pública del Talento Humano en Salud.	Se asistió a las reuniones programadas con el fin de revisar la etapa de consulta de la resolución de la PTHS	N/A	Se aprueba para la vigencia
8	. Brindar apoyo en los requerimientos excepcionales y atender los planes de contingencia que se presenten al interior del grupo de trabajo al cual pertenece en la Dirección	No se requirió para el periodo de informe	N/A	Se aprueba para la vigencia
9	Asistir a todas las reuniones que le sean direccionadas por el supervisor	Se asiste a las reuniones direccionadas por el supervisor para el periodo de informe	N/A	Se aprueba para la vigencia

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

Certifico que di cumplimiento a las obligaciones frente al Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo descritas en el estudio previo durante el periodo del informe

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: 10/02/2025

INFORME PARCIAL DE SUPERVISIÓN

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

1. La 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).


	PROCESO	GESTIÓN DE CONTRATACIÓN	Código:	GCOF48
	FORMATO	INFORME PARCIAL DE EJECUCIÓN Y SUPERVISIÓN – CONTRATOS PRESTACIÓN DE SERVICIOS Y APOYO A LA GESTIÓN Certificación parcial de ejecución, cumplimiento y recibo a satisfacción	Versión:	01

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 La 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.

OBSERVACIONES

La contratista cumplió de acuerdo con lo establecido en el contrato 246 de 2025

En constancia, firmo:



Firmado
digitalmente por
Rafael Orlando Mesa
B

Rafael Orlando Mesa Becerra
Supervisor

Lugar y Fecha: Bogotá, D. C., lunes, 10 de febrero de 2025

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

Contrato de prestación de Servicios No. 246 de 2025

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
- 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: 10/02/2025

SUPERVISOR Nombre: Rafael Orlando Mesa Dependencia: Grupo de Ejercicio y Desempeño del Talento Humano en Salud	Firma
	Firmado digitalmente por Rafael Orlando Mesa B

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

2025-02-10

*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



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.



D
A⁻
A⁺

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	
					EMPLEADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2024-12	2024-12	I	13/01/2025	83346554	\$744.600	

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	300.000	0		0		0	0	0	0	300.000	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	384.000	0	0	0	0	0	0	0	384.000	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	12.600		0	0	12.600	0	0	12.600		0	126	12.600	1

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF24	Compensar Caja	860066942-7	48.000	0	0	48.000	1

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	300.000	300.000
Pensión	1	384.000	384.000
Riesgos Laborales	1	12.600	12.600
CCF	1	48.000	48.000
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	4	744.600	744.600

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	camelorodrigueza@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				
2024-12	2024-12	I	13/01/2025	83346554	\$744.600	

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	ASAP	VCT	IRL	CDR	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	2.400.000	384.000	0	0	0	0	EPS010	2.400.000	300.000	14-23	2.400.000	1	12.600	CCF24	2.400.000	48.000	0	0	0	0	0

PAGADA



Cendiatra

SEDE
TELÉFONO
FECHA DE EXAMEN

CERTIFICADO MÉDICO OCUPACIONAL PRE INGRESO

CENDIATRA CENTRO
2826429 - 3424934
2023-06-24

DIRECCIÓN
EMAIL
TIPO DE EXAMEN

Cra. 5 No. 19 - 08 Edificio Los Andes
citas.centro@cendiatra.com
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	CONTRATISTA		
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
NO PRESENTA

OTRAS:

SE SUGIERE CONTROL PROGRAMAS VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA

CONDICION VISUAL

SI
SI
NO PRESENTA

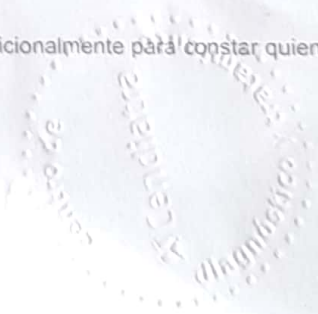
CARDIOVASCULAR

OTROS

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

Maria Carolina Pabon Cantillo
Médico Especialista en Sst
Res. 2846

Sahyra Alejandra Camelo Rodriguez

MARIA CAROLINA PABON CANTILLO

RM: 1081825684

Firma y sello del médico

SAHYRA ALEJANDRA CAMELO RODRIGUEZ

CC 1026581192

Firma del trabajador



REGISTRO CIVIL
FIRMADO DIGITALMENTE

ORGANIZACIÓN ELECTORAL
REGISTRADURIA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL
DIRECCIÓN NACIONAL DE REGISTRO CIVIL



240104545

NUIP 1028625116

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial **240104545**

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría <input checked="" type="checkbox"/>	Notaria <input type="checkbox"/>	Número <input type="checkbox"/>	Consulado <input type="checkbox"/>	Corregimiento <input type="checkbox"/>	Inspección de Policía <input type="checkbox"/>	Código	A	C	D
---	----------------------------------	---------------------------------	------------------------------------	--	--	--------	---	---	---

País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección de Policía
COLOMBIA - CUNDINAMARCA - BOGOTA D.C. SAN CRISTOBAL-H CL SAN RAFAEL **

Datos del Inscrito

Primer Apellido LINARES *****		Segundo Apellido CAMELO *****	
Nombre(s) ABRIL VICTORIA *****			
Fecha de nacimiento Año 2 0 2 5 Mes E N E Día 0 6		Sexo (en letras) FEMENINO	Grupo sanguíneo A
		Factor RH POSITIVO	

Lugar de nacimiento (País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección)
COLOMBIA - CUNDINAMARCA - BOGOTA D.C. *****

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos CERTIFICADO MEDICO O DE NACIDO VIVO *****	Número certificado de nacido vivo 25018610005788 *****
--	---

Datos de madre o padre (Para casos de pueblos indígenas con línea matrilineal, o parejas del mismo sexo, anotar el progenitor que indiquen los declarantes para el primer apellido del inscrito)

Apellidos y nombres completos
CAMELO RODRIGUEZ SAHYRA ALEJANDRA *****

Documento de Identificación (Clase y número) CC No. 1026581192 *****	Nacionalidad COLOMBIA *****
---	--------------------------------

Datos de padre o madre (Para casos de pueblos indígenas con línea matrilineal, o parejas del mismo sexo, anotar el progenitor que indiquen los declarantes para el segundo apellido del inscrito)

Apellidos y nombres completos
LINARES ROJAS EDUARDO ALEXANDER *****

Documento de Identificación (Clase y número) CC No. 1022941426 *****	Nacionalidad COLOMBIA *****
---	--------------------------------

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos
LINARES ROJAS EDUARDO ALEXANDER *****

Documento de Identificación (Clase y número) CC No. 1022941426 *****	Firma
---	-----------

Datos primer testigo

Apellidos y nombres completos

Documento de Identificación (Clase y número) *****	Firma *****
---	----------------

Datos segundo testigo

Apellidos y nombres completos

Documento de Identificación (Clase y número) *****	Firma *****
---	----------------

Fecha de inscripción Año 2 0 2 5 Mes E N E Día 0 9	Nombre y firma del funcionario que autoriza JORGE ANTONIO FLOREZ ENCISO Nombre y firma
---	--

Reconocimiento paterno Firma	Nombre y firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento JORGE ANTONIO FLOREZ ENCISO Nombre y firma
-------------------------------------	--

ESPACIO PARA NOTAS

LIBRO DE VARIOS:TOMO 5; FOLIO 196;09/01/2025