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

PROGRAMA DE INDUCCIÓN Y REINDUCCIÓN VIRTUAL
EVALUACIÓN

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

2025-02-25

*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:* 1144043236

Nombre Completo:* Argote
Segundo apellido
Laura
Segundo nombre

Dependencia:*
OFICINA DE PROMOCIÓN SOCIAL

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

Cargo:* Contratista Correo electrónico:* largote@minsalud.gov.co

Evaluación conocimientos de Inducción Institucional Minsalud

Resultado de la Evaluación Virtual

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

Respuestas Correctas: 16

Respuestas Incorrectas:

Tu calificación es: **Sobresaliente**

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

Imprimir Resultado

Evaluación virtual Consultas

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

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

Centro de contacto:
En Bogotá: (57-1) 589 3750
Resto del país: 018000960020

Horario de atención:
Lunes a viernes de 7:00 a.m. a 6:00 p.m. y sábados de 8:00 a.m. a 1:00 p.m. en jornada continua.

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
COMPROBANTE DE PAGO

Bancolombia

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CÉDULA DE CIUDADANÍA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	1144043236
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			LAURA ARGOTE PARRA
CIUDAD/MUNICIPIO:	CALI	DEPARTAMENTO:	VALLE
DIRECCIÓN:	CARRERA 37 12 A 12	TELÉFONO:	1000000
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Actividades reguladoras y
FORMA DE PRESENTACIÓN:	SUCURSAL	SUCURSAL / DEPENDENCIA:	01 - PLANILA2
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:	**7954904304**		TIPO DE PLANILLA:		I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN	MES:	enero	PERIODO COTIZACIÓN	MES:	enero
OTROS SUBSISTEMAS:	AÑO:	2025	SALUD:	AÑO:	2025
DÍAS DE MORA:		0			
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):		2025/02/07	NÚMERO AUTORIZACIÓN:		1250281019

NOVEDADES

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

LIQUIDACIÓN GENERAL

			TOTALES	
			COTIZANTES	TOTAL
PENSIÓN				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
800224808	230301	230301-PORVENIR	1	$ 435.200
		SUBTOTAL:	1	**$ 435.200**
SALUD				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
800088702	EPS010	CIA SURAMERICANA DE SERVICIOS DE SALUD	1	$ 340.000
		SUBTOTAL:	1	**$ 340.000**
RIESGOS PROFESIONALES				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
860011153	14-23	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	1	$ 14.200
		SUBTOTAL:	1	**$ 14.200**

VALOR SIN MORA:	**$ 789.400**
VALOR MORA:	**$ 0**
TOTAL PAGADO:	**$ 789.400**

Planilla Pagada

Salud	PROCESO	GESTIÓN FINANCIERA		Código	GFIF03
	FORMATO	CERTIFICACIÓN PAGO PARCIAL		Versión	02

(1) Contrato No.	893	de	2025		
(2) Nombre del contratista y/o representante legal:			LAURA ARGOTE PARRA		
(3) Dirección:	CARRERA 37 12 A 12		(4) Teléfono:	3155649747	
(5) Cédula y/o NIT:	1.144.043.236		(6) Correo electrónico:	largote@minsalud.gov.co	
(7) Nombre (s) del supervisor (es) y/o interventores (es):			MARITZA ISAZA GOMEZ		
(8) Dependencia:	OFICINA DE PROMOCIÓN SOCIAL		(9) No. Extensión o teléfono:	1101	
(10) Objeto:	Prestar servicios profesionales a la Oficina de Promoción Social para apoyar jurídicamente los procesos contractuales para el desarrollo del plan de asistencia técnica y transversalización del enfoque diferencial en salud en sus distintas etapas				
(11) Plazo de ejecución:	A partir del cumplimiento de los requisitos de legalización y ejecución: 12 de febrero de 2025 hasta el 11 de junio de 2025				
(12) Fecha de inicio:	12 de febrero de 2025		(13) Fecha terminación:	11 de junio de 2025	
(14) Valor inicial del contrato: $		$ 32.000.000			
(15) Valor pagos (mensual o como se haya pactado): $			$ 8.000.000		
(16) Valor desplazamientos: $		$ 0			
(17) Adición ($):	$ 0				
(18) Prórroga (tiempo)	N/A				
(19) Suspensión	N/A				
(20) Cesión:	N/A				
(21) Concepto del pago:	Primer pago de honorarios pactados en el contrato 893 de 2025, por el período comprendido entre el 12 y 28 de febrero 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	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
VIGENCIA 2025				
$ 32.000.000	$ 0	$ 5.066.667	$ 0	$ 26.933.333
CESIÓN				
$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
TOTAL				

Salud	PROCESO	GESTIÓN FINANCIERA	Código	GFIF03
	FORMATO	CERTIFICACIÓN PAGO PARCIAL	Versión	02

$ 32.000.000	$ 0	$ 5.066.667	$ 0	$ 26.933.333

Pago aportes salud - pensiones - parafiscales

(27) Salud valor aporte: $	$ 340.000	(28) Pensión valor aporte: $	$ 435.200
(29) ARL: $	$ 14.200		
(30) Planilla de pago No.	7954904304	(31) Fecha:	7 de febrero de 2025
(32) Certificación parafiscales de fecha:			

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

El/la contratista LAURA ARGOTE PARRA, cumplió con las obligaciones contraídas en el contrato No.893 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.

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

El contratista cumplió con el requisito establecido en el numeral siete (7) de la circular interna N° 25, del 22 de julio del 2013, remitiendo copia del examen preocupacional a la Subdirección de Gestión del Talento Humano del Ministerio ☑ SI ☐ NO

Por lo anterior, se debe pagar a el/la contratista la suma de $ $ 5.066.667

(34) **Observaciones:**

(35) **Firma responsables:**

Firmado digitalmente por Maritza Isaza Gomez

MARITZA ISAZA GOMEZ
Supervisor (es)/interventor (es)

(36) Fecha: 3 de marzo de 2025 Bogotá D. C.

Salud	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.	893-2025		
Nombre del Contratista y/o Representante Legal	LAURA ARGOTE PARRA		
Nombre del supervisor y/o interventor	Maritza Isaza Gomez	**Teléfono / Extensión**	1100
Dependencia	Oficina de Promoción Social		
Objeto del contrato	Prestar servicios profesionales a la Oficina de Promoción Social para apoyar jurídicamente los procesos contractuales para el desarrollo del plan de asistencia técnica y transversalización del enfoque diferencial en salud en sus distintas etapas		
Fecha de inicio	miercoles, 12 de febrero de 2025	**Fecha de terminacion**	miércoles, 11 de junio de 2025
Período objeto del informe:	12 de febrero de 2025 – 28 de febrero 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	Adelantar desde el componente jurídico las actividades de estructuración, gestión y seguimiento a los procesos de contratación en sus etapas precontractuales, contractuales y postcontractuales que requiera la oficina.	Se realizaron las radicaciones de los procesos asignados a través de controldoc	Se anexan soporten	Incluir observaciones por parte del supervisor
2	Apoyar la supervisión de los contratos o convenios que le sean asignados por el supervisor.	Durante este mes no se realizó ninguna actividad al respecto		
3	Proponer estrategias jurídicas para la solución de	Durante este mes no se realizó ninguna actividad al respecto		

	controversias contractuales que pudieren surgir en el marco del apoyo a la supervisión en los contratos o convenios que le sean asignados.			
4	Consolidar y analizar la información necesaria para dar respuesta a los requerimientos de órganos de control y de otras dependencias del Ministerio de Salud y Protección Social.	Se realizo respuesta a los requerimientos asignados en controldoc del año 2024 y 2025	Se anexan soportes	
5	Acompañar la revisión y elaboración de informes parciales y finales requeridos durante la ejecución y liquidación de los contratos o convenios que le sean asignados.	Durante este mes no se realizo ninguna actividad al respecto		
6	Proyectar requerimientos, actas, informes, conceptos jurídicos o administrativos, respuestas a requerimientos o derechos de petición y demás documentos relacionados con el objeto contractual.	Se proyectaron respuesta de cierre sobre la solicitud de memorando de insuficiencia de personal.	Se anexan soportes	
7	Realizar la revisión, verificación y desarrollo de los documentos precontractuales de los contratos de la prestación de servicios que le sean asignados.	Se apoyo la revisión de la documentación de los procesos de prestación de servicios asignados a la oficina de promoción social	Se anexan soportes	

8	Participar y/o asistir a mesas de trabajo, reuniones, capacitaciones y comités relacionados con los asuntos que le sean asignados o los necesarios para el cumplimiento del objeto contractual.	Durante este mes no se realizó ninguna actividad al respecto		
9	Presentar los informes solicitados de las actuaciones adelantadas dentro de los procesos contractuales asignados	Se dio respuesta a las solicitudes allegados en control doc	Se anexan soportes	

OBLIGACIONES FRENTE AL SISTEMA DE GESTIÓN DE LA SEGURIDAD Y LA SALUD EN EL TRABAJO
Certifico que dí 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 Laura Argote Parra

La firma del Contratista

LAURA ARGOTE PARRA

Fecha: 03/03/2025

INFORME PARCIAL DE SUPERVISIÓN

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

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

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

3. El contratista aportó la certificación de examen pre-ocupacional como adjunto a los documentos correspondientes al primer pago del Contrato, en cumplimiento de lo previsto del artículo 2.2.4.2.2.18 del Decreto 1072 de 2015.
   SI ☒ NO☐

4. Apruebo los informes, productos y demás documentos presentados y entregados por El contratista durante el periodo mencionado en desarrollo de las obligaciones pactadas en el Contrato en mención. SI ☒ NO☐

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

6. Durante el periodo del presente informe realicé el respectivo monitoreo a los riesgos.

OBSERVACIONES	N/A

En constancia, firmo:

Espacio para la firma del Supervisor y/o interventor

Maritsa Isaza Gomez

Supervisor (es)/Interventor (es)

Lugar y Fecha: Bogotá, D. C., lunes, 03 de marzo de 2025

FUNDACIÓN IPS PARA LA SALUD FISICA Y MENTAL
FIME
INTEGRANDO TU CUERPO Y TU MENTE
MEDICO LABORAL

CERTIFICADO DE APTITUD LABORAL

GESTION ASISTENCIAL

Codigo:	AM01
Version:	002
Emision:	Agosto 08
Pagina:	1 de 1

Certificado de Aptitud laboral de : Ingreso

Fecha de Atencion:	lunes, 9 de septiembre de 2024
Nombre del trabajador:	LAURA ARGOTE PARRA
Cedula de Ciudadania:	1.144.043.236 **de** CALI
Edad:	34 Años **RH:** O+
Empresa:	PARTICULAR
Cargo:	CONTRATISTA
Area / Seccion:	OPERATIVO

Diagnosticos:	**Conducta / Manejo:**
0	0
EXAMEN MEDICO LABORAL DE INGRESO	0
EN EL MOMENTO DE VALORACION MEDICA EL PACIENTE NO	0
PRESENTA NI REFIERE SINTOMAS COMPATIBLES CON EL VIRUS	0
DEL COVID - 19	0
0	0
0	0
0	0

Examenes complementarios

Audiometria SI — SAL: A — ELI O.D.: A — ELI O.I: A — LARSEN O.D.: Normal — LARSEN O.I.: Normal

Visiometria SI — Agudeza visual Lejana O.D.: 20/20 O.I.: 20/20 — Agudeza visual cercana O.D.: 20/20 O.I.: 20/20

Stereopsis: Normal — Forias: Normal — Cromaticidad: Normal

Optometria NO — SOLICITADO

Espirometria NO — SOLICITADO

Otros: NO SE SOLICITARON PARACLINICOS DE LABORATORIO, CUENTA CON ESQUEMA DE VACUNACION COVID 19 2DOSIS

0

0

Restricciones y/o recomendaciones Recomendaciones ergonocicas: Uso de las EPP, Pausas activas de acuerdo con las normas de la empresa

Higuiene postural, ejercicio y dieta

0

0

Concepto medico de Aptitud Laboral: **Apto para el cargo sin restricciones**

La presente certificacion se expide con base en la Historia Clinica Ocupacional del trabajador la cual tiene caracter confidencial y su manejo regulado (Resolucion 2346 del 2007).

Jairo Cambrano Escorcia
Especialista en Salud Ocupacional
U. L. de Pereira Licencia N° 63-1333
de 14/09/12 R.M. 524589

Firma Medico Ocupacional y Registro Medico

Firma y cédula del trabajador
1.144.043.236 de Cali

Huella indice derecho

Declaración del trabajador: Certifico que la informacion que he suministrado es verdad, puede ser confirmada por la empresa aceptando que cualquier inexactitud puede motivar la invalidez de mi contrato, igualmente me encuentro conforme con la informacion de mi examen medico y resultados paraclinicos. Autorizo para que entregue los resultados en el Departamento de Salud Ocupacional de la empresa, quienes se encargaran de enviarla a la respectiva E.P.S. a la cual sere afiliado.

FUNDACIÓN IPS PARA LA SALUD FISICA Y MENTAL

FIME

INTEGRAMOS TU CUERPO Y TU MENTE

Nit: 900 764 401- 3

Tamizaje auditivo

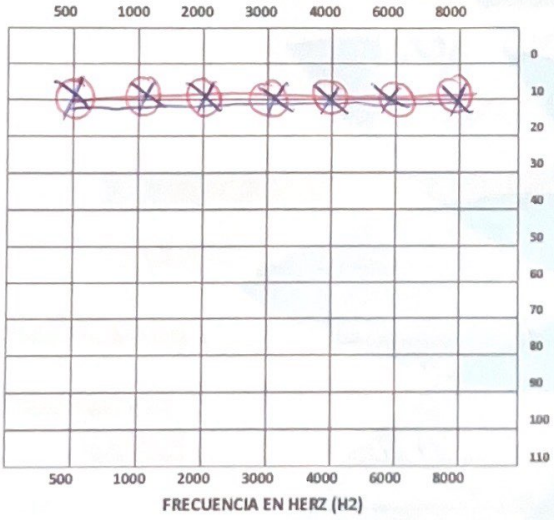
AUDIOMETRIA CALIFICADA

Fecha del Examen		d	09	m	08	a	2024	Empresa:	PARTICULAR						
Nombres y apellidos		LAURA ARGOTE PARRA													
C.C	X	No		1.144.043.236		Edad:	34	Sexo:		F	X	M			
Ingreso:	X			Periódico:				Retiro:							

ANTECEDENTES RELACIONADOS

Consume tabaco:	Si		No	X	Mareo:	Si		No	X	Servicio Militar:	Si		No	X
Disminución de la audición:	Si		No	X	Infección de oídos:	Si		No	X	Exposición a ruido:	Si		No	X
Uso de protectores auditivos:	Si		No	X	Dolor de oído:	Si		No	X	Zumbidos:	Si		No	X

OTOSCOPIA:	NORMAL	AUDIÓMETRO:	MAICO MA41



SAL	ELI		LASERN	
	OD	OI	OD	OI
A	A	A	N	N

Antecedentes Auditivos:
NO REFIERE
Diagnostico:
AUDICION NORMAL BILATERAL

FUNDACIÓN IPS PARA LA SALUD FISICA Y MENTAL

FIME

Nit: 900 7 **AUDIOMETRIA**

Entidad Vigilada Supersalud

Entidad Licenciada en Salud Ocupacional

Calle 6 N° 8 - 48 Barrio La Estrella (El Cerrito Valle) Teléfono: 258 6582

fundacion.fime@gmail.com Fundacion fime

FUNDACION FIME

Visiometria
Tamizaje visual

REGISTRO DE AGUDEZA VISUAL
VISIOMETRIA

Fecha del examen visual: 09/09/2024

Nombre completo: LAURA ARGOTE PARRA

Edad: 34 Años **Uso de lentes:** Si___ No__X _tipo _____

Nº documento identidad: 1.144.043.236

A. personales visuales: No refiere

A. familiares visuales: No refiere

	Visión lejana	Visión próxima	Con corrección
OD	20/20	20/20	
OI			

STEREOPSIS	FORIAS	CROMATICIDAD
Normal	Ⓕ	Normal.

DX: Normal

OBSERVACIÓN:
Normal

Entidad Vigilada Supersalud
Entidad Licenciada en Salud Ocupacional

Calle 6 N° 8 - 48 Barrio La Estrella (El Cerrito Valle) Teléfono: 258 6582
fundacion.fime@gmail.com Fundacion fime

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

Bogotá D.C.,

Señores
MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL
Ciudad

Yo **LAURA ARGOTE PARRA** identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.144.043.236** de Cali
Contrato de Prestación de Servicios No: **893** 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**:

1. Soy declarante del impuesto de renta en los términos definidos por la normatividad vigente **SI (X) NO ( )**
2. Soy responsable del impuesto a las ventas -IVA **SI ( ) NO (X)**
3. 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)
4. 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)
5. 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)

6. 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

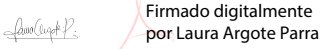
(Adjuntar según el caso: registro civil, certificado contador publico, certificado de antecedentes disciplinarios, certificados de estudio, certificado medico) Nota: El certificado de antecedentes disciplinarios en ningún caso podrá ser mayor a 90 días.

7. 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 8º, DUR 1625 de 2016 Art 1.2.4.1. 6 solicito que la deducción prevista sea del siguiente (%) porcentaje: **N/A %**

8. 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)
9. 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)
10. 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)
11. Soy Pensionado **SI ( ) NO (X)**
    (Adjuntar Resolución o certificación de pensionado)
12. 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
13. 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 3 días del mes de marzo de 2025



Firma Electrónica

Contrato de prestación de Servicios No. 893 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: Si
b. Carnet Institucional: Si
c. Usuario institucional: Si
d. Puesto de actividades: Si
e. Extensión: Si
f. Correo electrónico institucional: Si
g. Otros No
¿Cuáles? _____

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

Fecha: 26/02/2025

SUPERVISOR Nombre: MARITZA ISAZA GOMEZ Dependencia: OFICINA DE PROMOCIÓN SOCIAL	Firmado digitalmente por Maritza Isaza Gomez Firma
CONTRATISTA Nombre: LAURA ARGOTE PARRA	Firma Firmado digitalmente por Laura Argote Parra

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.

Salud	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.	893-2025		
Nombre del Contratista y/o Representante Legal	LAURA ARGOTE PARRA		
Nombre del supervisor y/o interventor	Maritza Isaza Gomez	**Teléfono / Extensión**	1100
Dependencia	Oficina de Promoción Social		
Objeto del contrato	Prestar servicios profesionales a la Oficina de Promoción Social para apoyar jurídicamente los procesos contractuales para el desarrollo del plan de asistencia técnica y transversalización del enfoque diferencial en salud en sus distintas etapas		
Fecha de inicio	miercoles, 12 de febrero de 2025	**Fecha de terminacion**	miércoles, 11 de junio de 2025
Período objeto del informe:	12 de febrero de 2025 – 28 de febrero 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	Adelantar desde el componente jurídico las actividades de estructuración, gestión y seguimiento a los procesos de contratación en sus etapas precontractuales, contractuales y postcontractuales que requiera la oficina.	Se realizaron las radicaciones de los procesos asignados a través de controldoc	Se anexan soporten	Incluir observaciones por parte del supervisor
2	Apoyar la supervisión de los contratos o convenios que le sean asignados por el supervisor.	Durante este mes no se realizó ninguna actividad al respecto		
3	Proponer estrategias jurídicas para la solución de	Durante este mes no se realizó ninguna actividad al respecto		

	controversias contractuales que pudieren surgir en el marco del apoyo a la supervisión en los contratos o convenios que le sean asignados.			
4	Consolidar y analizar la información necesaria para dar respuesta a los requerimientos de órganos de control y de otras dependencias del Ministerio de Salud y Protección Social.	Se realizo respuesta a los requerimientos asignados en controldoc del año 2024 y 2025	Se anexan soportes	
5	Acompañar la revisión y elaboración de informes parciales y finales requeridos durante la ejecución y liquidación de los contratos o convenios que le sean asignados.	Durante este mes no se realizo ninguna actividad al respecto		
6	Proyectar requerimientos, actas, informes, conceptos jurídicos o administrativos, respuestas a requerimientos o derechos de petición y demás documentos relacionados con el objeto contractual.	Se proyectaron respuesta de cierre sobre la solicitud de memorando de insuficiencia de personal.	Se anexan soportes	
7	Realizar la revisión, verificación y desarrollo de los documentos precontractuales de los contratos de la prestación de servicios que le sean asignados.	Se apoyo la revisión de la documentación de los procesos de prestación de servicios asignados a la oficina de promoción social	Se anexan soportes	

8	Participar y/o asistir a mesas de trabajo, reuniones, capacitaciones y comités relacionados con los asuntos que le sean asignados o los necesarios para el cumplimiento del objeto contractual.	Durante este mes no se realizó ninguna actividad al respecto		
9	Presentar los informes solicitados de las actuaciones adelantadas dentro de los procesos contractuales asignados	Se dio respuesta a las solicitudes allegados en control doc	Se anexan soportes	

OBLIGACIONES FRENTE AL SISTEMA DE GESTIÓN DE LA SEGURIDAD Y LA SALUD EN EL TRABAJO
Certifico que dí 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 Laura Argote Parra

La firma del Contratista

LAURA ARGOTE PARRA

Fecha: 03/03/2025

INFORME PARCIAL DE SUPERVISIÓN

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

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

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

3. El contratista aportó la certificación de examen pre-ocupacional como adjunto a los documentos correspondientes al primer pago del Contrato, en cumplimiento de lo previsto del artículo 2.2.4.2.2.18 del Decreto 1072 de 2015.
   SI ☒ NO☐

4. Apruebo los informes, productos y demás documentos presentados y entregados por El contratista durante el periodo mencionado en desarrollo de las obligaciones pactadas en el Contrato en mención. SI ☒ NO☐

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

6. Durante el periodo del presente informe realicé el respectivo monitoreo a los riesgos.

OBSERVACIONES	N/A

En constancia, firmo:

Firmado digitalmente por Maritza Isaza Gomez

Espacio para la firma del Supervisor y/o interventor

Maritsa Isaza Gomez
Supervisor (es)/Interventor (es)

Lugar y Fecha: Bogotá, D. C., lunes, 03 de marzo de 2025

CUENTA DE COBRO

MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCION SOCIAL
NIT 900.474.727-4

DEBE A:

NOMBRE: LAURA ARGOTE PARRA

IDENTIFICACIÓN: CC X NIT ____ No. 1.144.043.236 de Cali

LA SUMA DE: $ 5.066.667 CINCO MILLONES SESENTA Y SEIS MIL SEISCIENTOS SESENTA Y SIETE PESOS M/CTE

POR CONCEPTO DE: Primer pago de honorarios pactados en el contrato 893 de 2025, por el período comprendido entre el 12 y 28 de febrero de 2025.

CONTRATO No.: 893 de 2025

DESEMBOLSO No.: 1

OBJETO: Prestar servicios profesionales a la Oficina de Promoción Social para apoyar jurídicamente los procesos contractuales para el desarrollo del plan de asistencia técnica y transversalización del enfoque diferencial en salud en sus distintas etapas

PERIODO COMPRENDIDO ENTRE: 12 de febrero de 2025 al 28 de febrero de 2025

FECHA: 3 de marzo de 2025

DIRECCION: CARRERA 37 12 A 12

CIUDAD: CALI

TELEFONO: 3155649747

Firmado digitalmente por Laura Argote Parra

FIRMA