Santiago de Cali, mayo 26 de 2021

CUENTA DE COBRO No. (1)

CONTRALORIA GENERAL DE LA REPÚBLICA
NIT. 899.999.067-2

DEBE A:
PAULA ANDREA AMAYA RIVERA
C.C. 66.989.070 de Cali

LA SUMA DE:
($ 6.000.000 M/cte)

POR CONCEPTO DE:

Prestación de servicios profesionales para apoyar la función de vigilancia de la Gestión Fiscal a cargo de la Contraloría General de la República en la Gerencia Departamental Colegiada Valle del Cauca, según contrato No. 318 - 2021, para el periodo comprendido a partir del 19 de abril al 18 de mayo de 2021, cuya ejecución va hasta el 30 de septiembre de 2021.

Paula A. Amaya Rivera.

PAULA ANDREA AMAYA RIVERA
C.C. 66.989.070 de Cali

INFORME DE ACTIVIDADES

PERIODO REPORTADO	DEL 19 DE ABRIL AL 18 DE MAYO DE 2021		
No. CONTRATO	318-2021	**No. CUMPLIDO**	1 PAGO DE 7
No. APROBACIÓNPLANILLA o PIN SEGURIDAD SOCIAL	995076906, 50932854		
DEPENDENCIA DONDE PRESTA SUS SERVICIOS	GERENCIA DEPARTAMENTAL COLEGIADA VALLE DEL CAUCA		
FECHA DE INICIO	ABRIL 19 DE 2021	**FECHA DE TERMINACIÓN**	SEPTIEMBRE 30 DE 2021

Según sea el caso, diligencie la fecha según corresponda, si aplica:

NOMBRES Y APELLIDOS	PAULA ANDREA AMAYA RIVERA		
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	66989070		
DIRECCIÓN DE RESIDENCIA	CALLE 28 # 85-36		
E-MAIL	paula.amaya@contraloria.gov.com		
No. TELEFONO FIJO	4884219	No. CELULAR	3188759395

DATOS DEL SUPERVISOR POR PARTE DE LA CGR

NOMBRES Y APELLIDOS	DIEGO FERNANDO DURANGO HERNANDEZ		
CARGO	Gerente		
E-MAIL	diego.durango@contraloria.gov.co	TELEFONO - EXT.	6650372- – 6661072

OBJETO DEL CONTRATO	Prestación de servicios profesionales para apoyar la función de vigilancia de la Gestión Fiscal a cargo de la Contraloría General de la República en la Gerencia Departamental Colegiada Valle del Cauca.

OBLIGACIONES DEL CONTRATISTA

OBLIGACIONES DEL CONTRATO	**Actividades Ejecutadas durante el periodo (Adicione los soportes y/o productos, incluya los anexos, fechas, y correos electrónicos)**
1. Acompañar y apoyar en el trámite y atención de las denuncias referidas a hechos que puedan afectar los recursos del Orden Nacional y que sean sujetos de control por parte de la CGR — Gerencia Departamental.	N/A
2. Acompañar y apoyar el proceso auditor del PGA y las actividades de auditoria sobre los sujetos de control de la CGR de los recursos del Orden Nacional.	
3. Apoyar las actuaciones especiales y controles excepcionales, que involucren la ejecución de recursos del Orden Nacional y que sean sujetos de control de la CGR.	Estoy asisgnada a la AT 142 - 2021 Actuación especial -ACES-2021 lider y financiera de 6 proyecto en el Valle del cauca: 2 del Departamento del Valle del Cauca y 3 municipios de Florida, Alcalá y Cartago, 1 proyecto Fundación Universidad del valle
4. Brindar orientación y acompañamiento a las respuestas de peticiones ciudadanas, desde el área de su profesión.	N/A
5. Colaborar en la elaboración de informes que le requiera la Contraloría General de la República, para hacer seguimiento a los recursos públicos, desde el punto de vista de su profesión.	Hice lectura y análisis a la Guía y procedimiento de Auditoría, se cargó en la plataforma SICA los procedimientos asignados y papeles de trabajo, se asistió a la capacitación en SICA con el equipo auditor, se hizo solicitud de asignación de correo institucional, despues de asignado, diariamente se revisa el correo
6. Atender los requerimientos que haga la Contraloría General de la República, para asistir a reuniones de los diferentes Grupos Internos de Trabajo, en busca de apoyar en las actuaciones de tipo fiscal, desde el área de su profesión y donde estén involucrados recursos del Orden Nacional.	Participé en reuniones convocadas por la Gerencia Departamental Colegiada Valle, 1. Reunión de bienvenida con el Gerente Departamental y designac Reunión con equipo auditor para el desarrollo de la actuación especial - Asignación de actividades, 3. Reunión con Secretaria de Gerencia y Contralor Delegado - Participé en reunión de presentación de la AT 142-2021
7. Colaborar con la Contraloría General de la República, en las actuaciones que se adelanten en el proceso de seguimiento a los recursos del orden nacional.	N/A
8. Asistir a las reuniones institucionales o interinstitucionales y/o mesas de trabajo, a las cuales sea convocado en relación con el objeto contractual.	Asistí a las mesas de trabajo convocadas por el equipo auditor, para tratar asuntos relacionados al desarrollo de la Actuación especial que se esta adelantando.
9. Brindar apoyo y acompañamiento a las visitas técnicas asignadas por la Gerencia, en el marco de la vigilancia y control fiscal a los proyectos de inversión.	N/A
10. Apoyar desde el punto de vista de su profesión el desarrollo de las indagaciones preliminares que deban adelantarse como resultado del proceso auditor para coadyuvar a la apertura del proceso de Responsabilidad Fiscal.	N/A
11. Apoyar desde el área de su profesión los procesos de responsabilidad fiscal que le asignen	Estoy asignada a la at 142 del departamento del Valle del Cauca - unidad de seguimiento y actuación especial-ACES-2021 de regalías, a los siguientes proyectos: BPIN. 2015762750002: Adecuación del parque principal municipio de Florida, Valle del Cauca, occidente. BPIN:2016000030037: dotación tecnológica a instituciones educativas oficiales del departamento del valle del cauca. BPIN. 2016761470001: construcción de pavimento en concreto hidráulico comunas 1-2-4-7 y sector especial de zaragoza del municipio de Cartago, valle del cauca. BPIN. 2017000030030: mejoramiento de la eficiencia técnica para la priorización de la inversión de los recursos públicos en la red vial del Valle del Cauca BPIN.:2017760200001: construcción segunda fase de pavimento en concreto rigido en las vias urbanas del municipio Alcalá, BPIN 2019003760075: Implementación Observatorio de la Gestión Pública Territorial Valle del Cauca
12. Mantener la confidencialidad de la información y documentación a la que tenga acceso para la realización del objeto contractual.	Permanente

Firmas:

Paula A. Amaya Rivera.

PAULA ANDREA AMAYA RIVERA
Contratista

DIEGO FERNANDO DURANGO HERNANDEZ
Gerente - Gerencia Departamental Colegiada Valle del Cauca

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

PAG 1 DE 1

DATOS GENERALES

TIPO	NUMERO	NOMBRE O RAZON SOCIAL	TIPO PRESENTACION (U C S D)	SUCURSAL / DEPENDENCIA	CODIGO
CC	66989070-	Paula Andrea Amaya Rivera	U ✓		

PERIODOS DE COTIZACION

SALUD MES	SALUD AÑO	PENSIONES, RIESGOS LAB, CCF, SENA, ICBF MES	PENSIONES, RIESGOS LAB, CCF, SENA, ICBF AÑO
2021	4	2021	5040265

NUMERO RADICACION	TIPO EMPRESA	CLASE DE APORTANTE	CODIGO ARL	CODIGO OPERADOR
	PUBLICA ☐ PRIVADA ✓ MIXTA ☐	PEQUEÑO ☐ GRANDE ☐ INDEPENDIENTE ✓	14-25	83

DIRECCION	CIUDAD/MUNICIPIO	CODIGO	DEPARTAMENTO	CODIGO	TELEFONO	FAX	CORREO ELECTRONICO	ACTIVIDAD ECONOMICA	VALOR NOMINA	TOTAL EMPLEADOS	FECHA DE PAGO (aaaa/mm/dd)	No. AUTORIZACION
calle 66 # 1-159	CALI	76001	VALLE DEL CAUCA	76	4884219		paulaandreaamaya@hotmail.com	6920	0	1	2021/05/19	995076906

TOTAL APORTES DEL PERIODO A SALUD POR ADMINISTRADORA

COD EPS	NIT EPS	COTIZACION OBLIGATOR	UPC ADICIONAL	INCAPACIDADES No.AUTOR	INCAPACIDADES VALOR	LIC.MATERNIDAD No.AUT	LIC.MATERNIDAD VALOR	NETO COTIZAC	DIAS MORA	INTERESES MORA OBL	INTERESES MORA UPC	SUBTOTAL COTIZACION	SUBTOTAL UPC ADIC.	No. RADIC SALDO A FAVOR	SALDO A FAVOR COTIZ OBLIG	SALDO A FAVOR UPC ADICIONAL	TOTAL A PAGAR	No. AFIL
EPS016	805000427-1	113.600	0		0		0	113.600	0	0	0	113.600	0		0	0	113.600	1

TOTAL APORTES DEL PERIODO A PENSIONES POR ADMINISTRADORA

COD AFP	NIT AFP	COTIZ OBLIGAT	COTIZ VOL AFILIADO	COTIZ VOL APORTANT	FONDO SOLI PENS	DIAS MORA	INTERES MORA COTIZ	INTERES MORA FONDO	TOTAL A PAGAR	No. AFIL
230201	800229739-0	145.400	0	0	0	0	0	0	145.400	1

TOTAL APORTES DEL PERIODO A CAJAS POR ADMINISTRADORA

COD CCF	NIT CCF	VALOR APORTE	DIAS MORA	INTERESES MORA	TOTAL A PAGAR	No. AFIL

TOTAL APORTES DEL PERIODO A ICBF Y SENA

CONC	VALOR	DIAS MORA	INT MORA	TOTAL A PAGAR	No. AFIL
ICBF					
1	0	0	0	0	0
SENA					
1	0	0	0	0	0

TOTAL APORTES DEL PERIODO A RIESGOS LABORALES

COD ARL	NIT ARL	COTIZ OBLIGAT	INCAPACIDADES No.AUTORIZ	INCAPACIDADES VALOR	APORTES OTROS RIESG	VALOR NETO COTIZACION
14-25	800226175-3	4.800		0	0	4.800
DIAS MORA	**INTERES MORA COTI**	**SUBTOTAL APORT COTIZ**	**No. RADICAC SALDO A FAVOR**	**SALDO A FAVOR**	**FONDO SOLIDARIDAD**	**TOTAL A PAGAR**
0	0	4.800		0	48	4.800

NUMERO DE ADMINISTRADORAS REPORTADAS

PENSIONES	1
SALUD	1
RIESGOS LABORALES	1
CAJAS DE COMPENSACION	0
OTRAS	0
TOTAL	3

TOTAL APORTES DEL PERIODO A MIN. EDUCACION

VALOR	DIAS MORA	INT MORA FONDO	TOTAL A PAGAR

TOTAL APORTES DEL PERIODO A ESAP

VALOR	DIAS MORA	INT MORA FONDO	TOTAL A PAGAR

TOTAL A PAGAR POR TIPO ADMINISTRADORA

TOTAL A PAGAR POR TIPO ADMINISTRADORA	ANTES DE IGE,LMA,IRP Y MORA	VALOR TOTAL
PENSIONES	145.400	145.400
SALUD	113.600	113.600
RIESGOS LABORALES	4.800	4.800
CCF	0	0
SENA	0	0
ICBF	0	0
ESAP	0	0
MINISTERIO DE EDUCACION	0	0
GRAN TOTAL	263.800	263.800

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

compensar | miplanilla.com

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

DATOS DEL AFILIADO							NOVEDADES																	VALOR IBC							LIQUIDACION DE APORTES				
№	TIPO	NUMERO	APELLIDOS Y NOMBRES	COD EPS	COD AFP	COD CAJA	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VTE	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	NUEVA EPS	NUEVA AFP	IBC SALUD	IBC PENSION	IBC CAJAS	IBC RIESGOS	SUBTIPO COTIZANTE	EXTRANJERO	COLOMBIANO EN EXTERIOR	COTIZ PENSION	FONDO SOLIDAR PENSION	APORTE VOLUNT PENSION	COTIZ SALUD	UPC ADICIONAL
1	CC	66989070	AMAYA RIVERA PAULA ANDREA	EPS016	230201																				908.526	908.526	0	908.526	0			145.400	0	0	113.600	0

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	66989070	Paula Andrea Amaya Rivera	calle 66 # 1-159	4884219	paulaandreaamaya@hotmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente		VALLE DEL CAUCA	CALI		NO

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2021-05	2021-05	I	31/05/2021	50932854	$696.600	

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					
EPS016	Coomeva EPS	805000427-1	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
230201	Proteccion (ING + Proteccion)	800229739-0	384.000	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										
14-25	Riesgos prof Colmena	800226175-3	12.600				12.600	0	0	12.600			126	12.600	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	300.000	300.000
Pensión	1	384.000	384.000
Riesgos Laborales	1	12.600	12.600
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	696.600	696.600

PAGADA

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	66989070	Paula Andrea Amaya Rivera		calle 66 # 1-159	4884219	paulaandreaamaya@hotmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
ÚNICA	I – Independiente			VALLE DEL CAUCA	CALI	NO

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	
2021-05	2021-05	I	31/05/2021	50932854	$696.600	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE									INFORMACIÓN NOVEDADES																		PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES				
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Colom. exterior	Exonerado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntario 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	66989070	AMAYA RIVERA PAULA ANDREA	59	0			N																	230201	2.400.000	384.000	0	0	0	0	EPS016	2.400.000	300.000	14-25	2.400.000	1	12.600		0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

CONTRALORIA GENERAL DE LA REPÚBLICA
DECLARACION JURAMENTADA 2021

Yo, Paula Andrea Amaya Rivera **Contrato N°** 318-2021

Identificado (a):	NIT:	☐	C.C:	☑	C.E:	☐	Número:	66.989.070 D.V.	

Celular: 3188759385
Dirección: Calle 28 # 85-36
Correo Electrónico paula.amaya@contraloria.gov.co

En mi calidad de: Persona Jurídica ☐ Persona Natural ☑

Percibí en el año **2020** ingresos superiores a **1.400 UVT´s** ó **$49´849.800** de pesos, *SI* ☑ *NO* ☐ soy **DECLARANTE DE RENTA**

1. Declaro bajo la gravedad de juramento que:

De acuerdo a los establecido en el Artículo 15 de la Ley 100 de 1993, Artículo 3°. de la Ley 797 de 2003 y para dar cumplimiento a lo dispuesto en el Parágrafo 1 del Art. 4°. Del Decreto 2271 de 2009 declaro que los documentos que adjunto como soporte del pago de aportes obligatorios al Sistema General de Seguridad Social corresponden a los ingresos provenientes del contrato suscrito con la Contraloría General de la Republica.	*SI* ☑	*NO* ☐
Declaro que la totalidad de mis ingresos por el respectivo periodo para cotización alcanza el tope legal de veinticinco (25) salarios mínimos legales mensuales vigentes.	*SI* ☐	*NO* ☑
Declaro que estoy inscrito en el Régimen Simple de Tributación	*SI* ☐	*NO* ☑

Para tal efecto adjunto:

PLANILLA N° 50402696 **MES COTIZACION** Abril **FECHA DE PAGO** 19/05/2021

ANEXAR SOPORTE DE PAGO

RESUMEN DE LA PLANILLA

CONCEPTO	E.P.S:	A.F.P	A.R.L
NOMBRE ENTIDAD	COOMEVA	PROTECCION	COLMENA
VALOR SIN INTERESES*	$ 146.400	$ 113.800	$ 4.800

a) Declaro para efectos de lo dispuesto en el Parágrafo 2 del Art.383 del E.T. que he contratado o vinculado dos (2) o más trabajadores por lo menos durante 90 días, para el desarrollo del objeto del contrato.	*SI* ☐	*NO* ☑

2. Solicitud Deducciones del Articulo 387 del E.T.

b) Que de acuerdo a lo establecido en articulo 387 del E.T. solicito ***deducción por Dependientes*** a mi cargo de acuerdo a lo relacionado en el Anexo 1.	*SI* ☑	*NO* ☐
c) Que de acuerdo a lo establecido en articulo 387 del E.T., solicito ***deducción por intereses de vivienda*** (pagados en el año inmediatamente anterior) de acuerdo a lo relacionado en el Anexo 1 respaldada con la Certificación de la Entidad que financia el crédito.	*SI* ☐	*NO* ☑
d) Que de acuerdo a lo establecido en articulo 387 del E.T. solicito ***deducción pagos por salud (medicina prepagada, plan complementario, poliza de salud*** (pagados vigencia inmediatamente anterior) de acuerdo a lo relacionado en el Anexo 1 respaldada con la Certificación de la Entidad Promotora de Salud.	*SI* ☐	*NO* ☑

3. Solicitud Deducción de Rentas Exentas - Aportes Voluntarios

Acogiéndome al beneficio del Articulo 126-1 y 126-4 del ET, solicito que para el presente pago que está en tramite se aplique la deducción por concepto de:

Concepto	NIT	Entidad Bancaria	No. De Cuenta	Valor
Pension voluntaria				
AFC				

SI USTED TIENE DEDUCCIONES EL ANEXO, CERTIFICACIONES Y/O DOCUMENTOS SOPORTES DEBEN SER RADICADOS UNICAMENTE EN LA PRIMERA CUENTA O CUANDO SE PRESENTE ALGUNA NOVEDAD

Se firma a los **26** días del mes de **Mayo** del año **2021**

Paula A. Amaya Rivera.

Firma

ANEXO DECLARACIÓN JURAMENTADA 2021

Nombres y Apellidos: **PAULA ANDREA AMAYA** Contrato No. : **318-2021**

Identificado (a):	NIT:	☐	CC:	☑	CE:	☐	66989070	CALI - VALLE	D.V.	0

1. Certificación por concepto de Intereses o Corrección Monetaria en Créditos de Vivienda

1.1 Adjunta Certificación	Si :	☐	No :	☐
1.2 Crédito Compartido	Si :	☐	No :	☐

1.3 Porcentaje que le corresponde _____ y valor que le corresponde _____

2. Información por pagos de salud

2.1 Certificación Adjunta	Si :	☐	No :	☐

3. Información de Dependientes

Marque la(s) opción(es) que cumpla(n) con la condición de dependientes:

3.1. Los hijos del contribuyente que tengan hasta 18 años de edad. ☑

3.2. Los hijos del contribuyente con edad entre 18 y 23 años, cuando el padre o madre contribuyente persona natural se encuentre financiando su educación en instituciones formales de educación superior certificadas por el ICFES ' o la autoridad oficial correspondiente; o en los programas técnicos de educación no formal debidamente acreditados por la autoridad competente. ☑

3.3. Los hijos del contribuyente mayores de 18 años que se encuentren en situación de dependencia originada en factores físicos o psicológicos que sean certificados por Medicina Legal. ☐

3.4. El cónyuge o compañero, padres y/o hermanos permanente del contribuyente que se encuentre en situación de dependencia sea por ausencia de ingresos o ingresos en el año menores a doscientas sesenta (260) UVT, certificada por contador público, o por dependencia originada en factores físicos o psicológicos que sean certificados por Medicina Legal, ☐

Relación de Dependientes de acuerdo con el parágrafo 4° del Articulo 2° Decreto 0099 del 2013

Tipo de Doc.	No. De Identificación	Nombres y Apellidos	Edad	Parentesco
TI	1107863733	Juan Miguel Medina Amaya	10 años	Hijo

La anterior se firma el 26 del mes de Mayo del año 2021

Paula A. Amaya Rivera.

Firma

CONTRALORIA GENERAL DE LA REPÚBLICA
DECLARACION JURAMENTADA 2021

Yo, Paula Andrea Amaya Rivera **Contrato N°** 318-2021

Identificado (a):	NIT:	☐	C.C:	☑	C.E:	☐	Número:	66.989.070	D.V.	0

Celular: 3188759385
Dirección: Calle 28 # 85-36
Correo Electrónico paula.amaya@contraloria.gov.co

En mi calidad de: Persona Jurídica ☐ Persona Natural ☑

Percibí en el año **2020** ingresos superiores a **1.400 UVT´s** ó **$49´849.800** de pesos, *SI* ☑ *NO* ☐ soy **DECLARANTE DE RENTA**

1. Declaro bajo la gravedad de juramento que:

De acuerdo a los establecido en el Artículo 15 de la Ley 100 de 1993, Artículo 3°. de la Ley 797 de 2003 y para dar cumplimiento a lo dispuesto en el Parágrafo 1 del Art. 4°. Del Decreto 2271 de 2009 declaro que los documentos que adjunto como soporte del pago de aportes obligatorios al Sistema General de Seguridad Social corresponden a los ingresos provenientes del contrato suscrito con la Contraloría General de la Republica.	*SI* ☑	*NO* ☐
Declaro que la totalidad de mis ingresos por el respectivo periodo para cotización alcanza el tope legal de veinticinco (25) salarios mínimos legales mensuales vigentes.	*SI* ☐	*NO* ☑
Declaro que estoy inscrito en el Régimen Simple de Tributación	*SI* ☐	*NO* ☑

Para tal efecto adjunto:

PLANILLA N° 50932854 **MES COTIZACION** Mayo **FECHA DE PAGO** 31/05/2021

ANEXAR SOPORTE DE PAGO

RESUMEN DE LA PLANILLA

CONCEPTO	E.P.S:	A.F.P	A.R.L
NOMBRE ENTIDAD	COOMEVA	PROTECCION	COLMENA
VALOR SIN INTERESES*	$ 300.000	$ 384.000	$ 12.600

a) Declaro para efectos de lo dispuesto en el Parágrafo 2 del Art.383 del E.T. que he contratado o vinculado dos (2) o más trabajadores por lo menos durante 90 días, para el desarrollo del objeto del contrato.	*SI* ☐	*NO* ☑

2. Solicitud Deducciones del Articulo 387 del E.T.

b) Que de acuerdo a lo establecido en articulo 387 del E.T. solicito ***deducción por Dependientes*** a mi cargo de acuerdo a lo relacionado en el Anexo 1.	*SI* ☑	*NO* ☐
c) Que de acuerdo a lo establecido en articulo 387 del E.T., solicito ***deducción por intereses de vivienda*** (pagados en el año inmediatamente anterior) de acuerdo a lo relacionado en el Anexo 1 respaldada con la Certificación de la Entidad que financia el crédito.	*SI* ☐	*NO* ☑
d) Que de acuerdo a lo establecido en articulo 387 del E.T. solicito ***deducción pagos por salud (medicina prepagada, plan complementario, poliza de salud*** (pagados vigencia inmediatamente anterior) de acuerdo a lo relacionado en el Anexo 1 respaldada con la Certificación de la Entidad Promotora de Salud.	*SI* ☐	*NO* ☑

3. Solicitud Deducción de Rentas Exentas - Aportes Voluntarios

Acogiéndome al beneficio del Articulo 126-1 y 126-4 del ET, solicito que para el presente pago que está en tramite se aplique la deducción por concepto de:

Concepto	NIT	Entidad Bancaria	No. De Cuenta	Valor
Pension voluntaria				
AFC				

SI USTED TIENE DEDUCCIONES EL ANEXO, CERTIFICACIONES Y/O DOCUMENTOS SOPORTES DEBEN SER RADICADOS UNICAMENTE EN LA PRIMERA CUENTA O CUANDO SE PRESENTE ALGUNA NOVEDAD

Se firma a los **26** días del mes de **Mayo** del año **2021**

Paula A. Amaya Rivera.

Firma

ANEXO DECLARACIÓN JURAMENTADA 2021

Nombres y Apellidos: **PAULA ANDREA AMAYA RIVERA** Contrato No. : **318-2021**

Identificado (a):	NIT:	☐	CC:	☑	CE:	☐	66989070	CALI - VALLE	D.V.	0

1. Certificación por concepto de Intereses o Corrección Monetaria en Créditos de Vivienda

1.1 Adjunta Certificación	Si :	☐	No :	☐
1.2 Crédito Compartido	Si :	☐	No :	☐

1.3 Porcentaje que le corresponde _____ y valor que le corresponde _____

2. Información por pagos de salud

2.1 Certificación Adjunta	Si :	☐	No :	☐

3. Información de Dependientes

Marque la(s) opción(es) que cumpla(n) con la condición de dependientes:

3.1. Los hijos del contribuyente que tengan hasta 18 años de edad. ☑

3.2. Los hijos del contribuyente con edad entre 18 y 23 años, cuando el padre o madre contribuyente persona natural se encuentre financiando su educación en instituciones formales de educación superior certificadas por el ICFES ' o la autoridad oficial correspondiente; o en los programas técnicos de educación no formal debidamente acreditados por la autoridad competente. ☐

3.3. Los hijos del contribuyente mayores de 18 años que se encuentren en situación de dependencia originada en factores físicos o psicológicos que sean certificados por Medicina Legal. ☐

3.4. El cónyuge o compañero, padres y/o hermanos permanente del contribuyente que se encuentre en situación de dependencia sea por ausencia de ingresos o ingresos en el año menores a doscientas sesenta (260) UVT, certificada por contador público, o por dependencia originada en factores físicos o psicológicos que sean certificados por Medicina Legal, ☐

Relación de Dependientes de acuerdo con el parágrafo 4° del Articulo 2° Decreto 0099 del 2013

Tipo de Doc.	No. De Identificación	Nombres y Apellidos	Edad	Parentesco
TI	1107863733	Juan Miguel Medina Amaya	10 años	Hijo
TI				

La anterior se firma el 26 del mes de Mayo del año 2021

Paula A. Amaya Rivera.

Firma

CONTRALORÍA
GENERAL DE LA REPÚBLICA

Contraloria General de la Republica :: SGD 20-04-2021 22:56
Al Contestar Cite Este No.: 2021EE0060515 Fol:1 Anex:0 FA:0
ORIGEN 811110-DIRECCIÓN DE CONTRATACIÓN / MARIO HERNAN CEBALLOS MEJIA
DESTINO PAULA ANDREA AMAYA RIVERA
ASUNTO NOTIFICACIÓN INICIO DE CONTRATO, APROBACIÓN DE PÓLIZA Y REGISTRO
OBS

2021EE0060515

Señora
PAULA ANDREA AMAYA RIVERA
La Ciudad.

ASUNTO: Comunicación Inicio de contrato, aprobación de Póliza y Registro Presupuestal Contrato No. 318 de 2021.

Cordial saludo,

Comunico a usted que esta Dirección, el 19 de abril de 2021 aprobó la póliza de seguro de Cumplimiento para Entidades Estatales 430-47-994000051732 del 16 de abril de 2021 expedida por Aseguradora Solidaria de Colombia y que la Dirección Financiera ha efectuado el Registro Presupuestal del Contrato del asunto.

Conforme al clausulado contractual, el término de ejecución será hasta el 30 de septiembre de 2021, contado a partir del 19 de abril de 2021.

Por último, y de acuerdo con el numeral 7 del clausulado contractual, me permito informarle que la supervisión en torno a las obligaciones pactadas, recaerá en el Gerente Departamental Colegiada Valle del Cauca o quien haga sus veces, por lo tanto le solicitamos ponerse en contacto para la correcta ejecución del contrato.

Cordialmente.

MARIO HERNAN CEBALLOS MEJIA
Director de Contratación

Proyectó: Marianela Gutiérrez Castilla - Abogada

CERTIFICACIÓN DE AFILIACIÓN

Colmena Seguros se permite certificar que el(la) trabajador(a) mencionado(a) a continuación se encuentra afiliado(a) a esta administradora, bajo los siguientes datos:

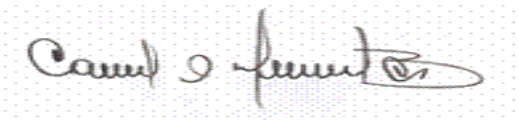
NOMBRE:	AMAYA RIVERA PAULA ANDREA
IDENTIFICACIÓN:	CC 66989070
INICIO VIGENCIA:	05/03/2020
FECHA INICIO CONTRATO:	05-03-2020
FECHA FIN CONTRATO:	31-05-2021
TIPO DE TRABAJADOR:	Independiente
SEDE:	BOGOTA
CLASE:	1
TASA:	0,522

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA
Colmena Compañía de Seguros de Vida S.A.

La presente se expide a los 26 días del mes de mayo del año 2021.

Cualquier información adicional que se requiera sobre los datos contenidos en el presente documento, no dude en consultarla a través de nuestra Línea Efectiva 01-8000-9-19667 gratis a nivel nacional o al teléfono 4010447 en Bogotá.

Cordialmente,



Gerente de Servicio

Colmena Seguros

El presente documento fue expedido desde el portal de Internet de **Colmena Seguros**, el día 26/05/2021 11:38:19. Las operaciones realizadas a través de la página de Internet de **Colmena Seguros**, se rigen por los términos y condiciones de uso de esta página, por las normas del Código de Comercio y por la ley 527 de 1999 y por lo tanto, tienen plena validez jurídica.

CERTIFICACIÓN DE AFILIACIÓN

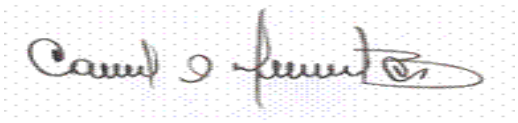
Colmena Seguros se permite certificar que el(la) trabajador(a) mencionado(a) a continuación se encuentra afiliado(a) a esta administradora, bajo los siguientes datos:

NOMBRE:	AMAYA RIVERA PAULA ANDREA
IDENTIFICACIÓN:	CC 66989070
INICIO VIGENCIA:	19/04/2021
FECHA INICIO CONTRATO:	19-04-2021
FECHA FIN CONTRATO:	30-09-2021
TIPO DE TRABAJADOR:	Independiente
SEDE:	BOGOTA
CLASE:	1
TASA:	0,522

La presente se expide a los 26 días del mes de mayo del año 2021.

Cualquier información adicional que se requiera sobre los datos contenidos en el presente documento, no dude en consultarla a través de nuestra Línea Efectiva 01-8000-9-19667 gratis a nivel nacional o al teléfono 4010447 en Bogotá.

Cordialmente,



Gerente de Servicio

Colmena Seguros

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA
Colmena Compañía de Seguros de Vida S.A.

El presente documento fue expedido desde el portal de Internet de **Colmena Seguros**, el día 26/05/2021 11:38:19. Las operaciones realizadas a través de la página de Internet de **Colmena Seguros**, se rigen por los términos y condiciones de uso de esta página, por las normas del Código de Comercio y por la ley 527 de 1999 y por lo tanto, tienen plena validez jurídica.

DIAN
POR UNA COLOMBIA MÁS HONESTA

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 1 3 Actualización de oficio

4. Número de formulario 14545305431

(415)7707212489984(8020) 000001454530543 1

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
6 6 9 8 9 0 7 0	0	Impuestos de Cali 5	

IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente	25. Tipo de documento	26. Número de Identificación	27. Fecha expedición
Persona natural o sucesión ilíquida 2	Cédula de Ciudadanía 1 3	6 6 9 8 9 0 7 0	1 9 7 6 0 4 2 4

Lugar de expedición / 28. País	29. Departamento	30. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Valle del Cauca 7 6	Cali 0 0 1

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
AMAYA	RIVERA	PAULA	ANDREA

35. Razón social

36. Nombre comercial	37. Sigla

UBICACIÓN

38. País	39. Departamento	40. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Valle del Cauca 7 6	Cali 0 0 1

41. Dirección principal: CL 66 1 159 BL 4 AP 202

42. Correo electrónico: paulaandreaamaya@hotmail.com

43. Código postal	44. Teléfono 1	45. Teléfono 2
	4 8 8 4 2 1 9	3 1 8 8 7 5 9 3 8 5

CLASIFICACIÓN

Actividad económica

Actividad principal		Actividad secundaria		Otras actividades		
46. Código	47. Fecha inicio actividad	48. Código	49. Fecha inicio actividad	50. Código	1	2
6 9 2 0	2 0 0 8 0 1 0 9	8 2 9 9	2 0 0 8 0 1 0 9	7 9 1 2		

Ocupación

51. Código	52. Número establecimientos
4 1 2 2	

Responsabilidades, Calidades y Atributos

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26
53. Código 4 9																									

49 - No responsable de IVA

Obligados aduaneros

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
54. Código									

11	12	13	14	15	16	17	18	19	20

Exportadores

55. Forma	56. Tipo	Servicio	1	2	3
		57. Modo			
		58. CPC			

IMPORTANTE: Sin perjuicio de las actualizaciones a que haya lugar, la inscripción en el Registro Único Tributario -RUT-, tendrá vigencia indefinida y en consecuencia no se exigirá su renovación

Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos SI [ ] NO [X] 60. No. de Folios: 0 61. Fecha 2019 - 05 - 28

La información suministrada a través del formulario oficial de inscripción, actualización, suspensión y cancelación del Registro Único Tributario (RUT), deberá ser exacta y veraz; en caso de constatar inexactitud en alguno de los datos suministrados se adelantarán los procedimientos administrativos sancionatorios o de suspensión, según el caso.
Parágrafo del artículo 1.6.1.2.20 del Decreto 1625 de 2016
Firma del solicitante:

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.
Firma autorizada:

984. Nombre ACTUACIÓN DE OFICIO AUTOMÁTICA
985. Cargo

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

REPÚBLICA DE COLOMBIA

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

NUIP 1.107.863.733

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 51100439

51100439

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría [ ] Notaría [X] Número [2] Consulado [ ] Corregimiento [ ] Inspección de Policía [ ] Código [9 2]

País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección de Policía

NOTARIA 12 CALI COLOMBIA - VALLE - CALI

Datos del inscrito

Primer Apellido	Segundo Apellido
MEDINA	AMAYA

Nombre(s)

JUAN MIGUEL

Fecha de nacimiento	Sexo (en letras)	Grupo sanguíneo	Factor RH
Año 2011 Mes APR Día 18	MASCULINO	O	POSITIVO

Lugar de nacimiento (País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección)

COLOMBIA VALLE CALI

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos	Número certificado de nacido vivo
CERTIFICADO MEDICO O DE NACIDO VIVO	10681316

Datos de la madre

Apellidos y nombres completos

AMAYA RIVERA PAULA ANDREA

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC 66.989.07[illegible]	COLOMBIA

Datos del padre

Apellidos y nombres completos

MEDINA MARIN MIGUEL ANTONIO

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC 94.521.879	COLOMBIA

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos

MEDINA MARIN MIGUEL ANTONIO

Documento de identificación (Clase y número)	Firma
CC 94.521.879	

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 2011 Mes ABR 19

REPUBLICA DE COLOMBIA
Departamento del Valle del Cauca
Notaria Doce [illegible]

Nombre y firma del funcionario que autoriza

JOSE FRANCISCO [illegible] FERNANDEZ - N

FIRMA

IMPRESO POR THOMAS GREG & SONS DE COLOMBIA S.A. - NIT 860 005 080-2 TEL 381 0240

*SEGUNDA COPIA PARA EL USUARIO -

EL SUSCRITO GERENTE DEPARTAMENTAL COLEGIADO VALLE DEL CAUCA DE LA CONTRALORÍA GENERAL DE LA REPÚBLICA

CERTIFICA

Que la contratista **PAULA ANDREA AMAYA RIVERA,** identificada con cédula de ciudadanía 66.989.070 de Cali, ha cumplido a entera satisfacción con el objeto del contrato "**Prestación de servicios profesionales para apoyar la función de vigilancia de la Gestión Fiscal a cargo de la Contraloría General de la República en la Gerencia Departamental Colegiada Valle del Cauca**" durante el periodo comprendido entre el día 19 del mes de abril hasta el 18 del mes de mayo de 2021.

Se anexa planilla de seguridad social, afiliaciones Eps, pensión Arl

La presente se expide el 26 de mayo de 2021.

DIEGO FERNANDO DURANGO HERNANDEZ