La salud es de todos Minsalud	PROCESO	GESTIÓN DE CONTRATACIÓN	Código	GCOF18
	FORMATO	**INFORME PARCIAL DE EJECUCIÓN Y SUPERVISIÓN** Certificación parcial de ejecución, cumplimiento y recibo a satisfacción	Versión	02

Contrato No.	090-2021		
Nombre del Contratista y/o Representante Legal	Lisel Johanna Olarte Guerrero		
Nombre del supervisor y/o interventor	Cesar Orlando Chavarro Mateus	**Teléfono / Extensión**	30305010
Dependencia	Medicamentos del Estado		
Objeto del contrato	Prestar servicios de apoyo en las actividades encaminadas al cumplimiento de las funciones del GIT medicamentos.		
Fecha de inicio	jueves, 17 de junio de 2021	**Fecha de terminacion**	martes, 30 de noviembre de 2021
Período objeto del informe:	01 de julio de 2021 – 31 de julio de 2021		

OBLIGACIONES ESPECÍFICAS

Obligación Contractual	Actividad Desarrollada	Producto Recibido	Observaciones o comentarios del contratista
1. Brindar apoyo en la recepción, radicación, trámite, y archivo de documentos y correspondencia en el sistema de gestión documental relacionado con las actividades del GIT medicamentos del Estado.	Se recepcionan, revisan y radican las cuentas de cobro correspondientes al mes de junio del grupo de Medicamentos y regionalización	Se radican los documentos para el pago del mes de junio, posteriormente financiera autoriza los pagos correspondientes.	C:\Users\lolarteg\Desktop\CUENTAS DE COBRO\JUNIO
2. Mantener los registros generados en el GIT medicamentos del Estado y hacer seguimiento a los trámites de carácter administrativo y técnico relacionado con los procesos de contratación de materias primas y medicamentos monopolio del Estado.	Para este periodo de tiempo no se hicieron actividades respecto a esta obligación.	N/A	N/A

3. Brindar apoyo en la elaboración de respuestas, memorandos y comunicados que deban ser transmitidos a las diferentes dependencias y entes de conformidad con las instrucciones dadas por el Supervisor del contrato	Generación de actas para la reposición de medicamento hidromorfona para la ciudad de Bogotá, con unidades por entidad.	Se hace entrega de 48 actas para el GIT-RAO, para que hagan la reposición del medicamento.	Se entregan en físico y se encuentran en la ruta C:\Users\lolarteg\Desktop\ACTA DE REPOSICIÓN
4. Apoyar la clasificación, codificación, enumeración, rotulación, digitalización y sellado de los documentos y productos que resulten de la gestión del GIT de medicamentos del Estado	Para este periodo de tiempo no se hicieron actividades respecto a esta obligación.	N/A	N/A
5. Participar de las reuniones técnicas y jornadas de socialización con el grupo de Regionalización y GIT ME, relacionados con el objeto del contrato.	Se participa en dos reuniones de socialización de trabajo semanal, 23 y 30 de julio Se participa en el comité del 29 de julio	Se genera acta correspondiente al comité del 29 de julio	C:\Users\lolarteg\Documents\FNE JOHANNA OLARTE G\ACTAS
6. Apoyar en la consolidación y elaboración de las compras directas y traslados de medicamentos monopolio del Estado recibidas en el FONDO.	Se inicia el proceso de aprobación o rechazo de traslados y/o compras directas (01 al 31 de julio)	Se dan respuesta a los siguientes radicados: **COMPRAS DIRECTAS** 202124101167432 202124101167432 202124101167432 202124101167432 202124101167432 202124101172822 202124101170152 202124101170152 202124101170152 202124101170152 202124101170152 202124101170152 202124101170152 202124101172862 202124101173982	C:\Users\lolarteg\Desktop\compras directas y traslados\traslados C:\Users\lolarteg\Desktop\compras directas y traslados\compras directas

		202124101174452 202124101174452 202124101174452 202124101174452 202124101175562 202124101175562 202124101179562 202124101199992 202124101199992 202124101175612 202124101210142 202124101210142 202124101210142 202124101210142 202124101219912 202124101219912 202124101219912 202124101222762 202124101225692 202124101225692 202124101225692 202124101229232 202124101229232 202124101229832 202124101229832 202124101230342 202124101236442 202124101236442 202124101236442 202124101237342 202124101240602 202124101240602 202124101240602 202124101241262 202124101241262 202124101241262 202124101241262 202124101241262 202124101243712 202124101245102 202124101245102 202124101245102 202124101245102 202124101245102 202124101245532 202124101245532 202124101245532 202124101248152 202124101255762 202124101255762 202124101255762 202124101255762 202124101255902 202124101255902 202124101255902 202124101255902 202124101261132 202124101261132 202124101256642	

		202124101256642 202124101260482 202124101262812 202124101262812 202124101263262 202124101263262 202124101265242 202124101266132 202124101267632 202124101267632 202124101267632 202124101275072 202124101275072 202124101278252 202124101284262 202124101284262 202124101284262 202124101284262 202124101293262 202124101293262 202124101297012 202124101297012 202124101297012 202124101297012 202124101302412 202124101302412 202124101302412 202124101302412 202124101305352 202124101305352 202124101305352 202124101305352 202124101305352 202124101310072 202124101308442 202124101308442 202124101308442 202124101312482 202124101312482 202124101312482 202124101333962 202124101334262 202124101334262 202124101334462 202124101334462 202124101334462 202124101343292 202124101349962 202124101349962 202124101349962 202124101350722 202124101352492 202124101355602 **TRASLADOS** 202124111043691 202124111043741 202124111043741 202124111043741	

		202124111043821 202124111043821 202124111043821 202124111043871 202124111043911 202124111043931 202124111109361 202124111109361 202124111109361 202124111109361 202124111109471 202124111095381 202124111109491 202124111109531 202124111109531 202124111095541 202124111108861 202124111108861 202124111108861 202124111108891 202124111108891 202124111108891 202124111108891 202124111108921 202124111108961 202124111108961 202124111108971 202124111108971 202124111108971 202124111109001 202124111109001 202124111109051 202124111109051 202124111109051 202124111109051 202124111109051 202124111109051 202124111109051 202124111109081 202124111109111 202124111109141 202124111109141 202124111109141 202124111109141 202124111109141 202124111109141 202124111136721 202124111136781 202124111136781 202124111136821 202124111136841 202124111136841 202124111120291 202124111136931 202124111136961 202124111136961 202124111143721 202124111143771	

		202124111143771 202124111137011 202124111137011 202124111137011 202124111135411 202124111143871 202124111143871 202124111143871 202124111143871 202124111143921 202124111143921 202124111143921 202124111144021 202124111144051 202124111144051 202124111144091 202124111144091 202124111144091 202124111144091 202124111144111 202124111144111 202124111144161 202124111144161 202124111144161 202124111144201 202124111144201 202124111144201 202124111144231	
7. Apoyar las actividades tendientes al cumplimiento de las funciones misionales del FONDO, previa autorización del Supervisor o quien haga sus veces.	Se realiza el conteo de medicamento hidromorfona HCl inyectable de 5 entidades a nivel Nacional que fueron recepcionadas en el FNE	Se obtiene las siquientes cantidades: Clinica Medicadiz Ibagué: 196 unidades Fundación Oftalmologica de Santander FOSCAL: 125 unidades Hospital Universitario San Jose Popayán: 757 unidades Los Comuneros Hospital Univeristario: 1065 unidades Servicios de Salud IPS Suramericana Medellín: 2759 unidades	C:\Users\lolarteg\Documents\FNE JOHANNA OLARTE G Enviado por correo al supervisor

8. Brindar apoyo en la actualización de las bases de datos y generación de informes de conformidad con los requerimientos impartidos por el FONDO	Se hace el acta correspondiente al comité técnico del 14 de julio	Acta No.2	R:\12_SUBCOMITE DE DISPONIBILIDAD\2021\COMITE NO 2 2021

OBLIGACIONES GENERALES

Obligación Contractual	Actividad Desarrollada	Producto Recibido	Observaciones o comentarios del contratista
Entregar los informes pactados y los requeridos por el supervisor del contrato.	Se entregó el cuarto informe de ejecución al supervisor dentro de los términos establecidos en el contrato.	Cuarto informe de pago del contrato 090-2021.	Toda la información de la ejecución contractual se puede constatar en el expediente físico del contrato y en la plataforma SECOP II.
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 interés.	Se han realizado las labores de forma independiente.	N/A	N/A
Realizar los desplazamientos que se requieran para el desarrollo de sus obligaciones acorde con la solicitud del supervisor, para lo anterior, EL FONDO realizará de forma previa el trámite presupuestal y administrativo correspondiente.	No se han realizado desplazamientos del contratista para cumplir con el desarrollo oportuno de sus funciones, toda vez que no ha sido necesario.	N/A	N/A
Reportar de manera inmediata cualquier novedad o anomalía, al supervisor del contrato	No se ha presentado ninguna novedad o anomalìa a reportar.	N/A	N/A
Entregar a la finalización del contrato, en perfecto	N/A	N/A	N/A

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.			
Pagar en forma cumplida y de manera equivalente a los honorarios pactados de acuerdo con la normatividad que regula la materia, los aportes al Sistema de Seguridad Social Integral	Se presenta séptimo pago al sistema de seguridad social integral.	Se anexa pago al sistema de seguridad social integral " Mi planilla" No. 51560322 y 52290395 del 17/06/2021 al 30/06/2021.	N/A
Atender los lineamientos dados por EL FONDO/MINISTERIO en materia de procesos y procedimientos relacionados con el Sistema Integrado de Gestión-SIG.	Se ha cumplido con los lineamientos dados por EL MINISTERIO/FONDO en materia de procesos y procedimientos relacionados con el Sistema Integrado de Gestión-SIG.i	N/A	N/A
Cumplir con las políticas de seguridad de la información y los lineamientos dados por EL FONDO/MINISTERIO relacionados con el Sistema de Gestión de Seguridad de la Información	Se ha cumplido con las políticas de seguridad de la información y los lineamientos dados por EL MINISTERIO/FONDO relacionados con el Sistema de Gestión de Seguridad de la Información.	N/A	N/A
Firmar un compromiso de confidencialidad y no divulgación con respecto a toda la información obtenida por EL CONTRATISTA durante la prestación del servicio, cuando a ello hubiere lugar.	Se firmó un compromiso de confidencialidad y no divulgación con respecto a toda la información obtenida por LA CONTRATISTA durante la prestación del servicio.	N/A	El soporte se encuentra en el expediente físico del contrato.

Entregar a la finalización del contrato en medio magnético (en 2 copias), los archivos tipo Office o cualquier otro medio utilizado para la elaboración de los entregables y/o productos pactados en el contrato, esto incluye todas las versiones o archivos que sirvieron de soporte para la consecución de los mismos.	N/A	N/A	N/A
Encargarse personalmente del archivo de la documentación que deba gestionar con objeto del contrato, de acuerdo con el manual de archivo y correspondencia vigente y/o normas del Archivo General de la Nación.	Se ha hecho cargo de del archivo de la documentación que deba gestionar con objeto del contrato, de acuerdo con el manual de archivo y correspondencia vigente y/o normas del Archivo General de la Nación.	N/A	N/A
Responder en forma oportuna por el diligenciamiento y gestión de la correspondencia generada y recibida como usuario, a través del Sistema de Gestión Documental (ORFEO).	Se ha respondido de manera oportuna con la correspondencia recibida a través de ORFEO.	Se anexa pantallazo de ORFEO a la fecha.	N/A
Asistir a las actualizaciones programadas por EL FONDO que contribuyan al mejoramiento y fortalecimiento de la Atención al Ciudadano y del Sistema Integrado de Gestión-SIG.	N/A	N/A	N/A
Constituir la garantía a favor de EL FONDO por los valores y con los amparos previstos en el mismo y mantenerla vigente durante el término 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	Se presentó la Póliza solicitada para la ejecución del contrato en los términos establecidos, previo a la ejecución del contrato.	Póliza de garantía única de cumplimiento No. 380 47 994000115613 de la compañía Aseguradora Solidaria de Colombia.	Toda la información de la ejecución contractual se puede constatar en el expediente físico del contrato y en la plataforma SECOP II.

aprobación por parte del FONDO, cuando a ello hubiere lugar.			
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 CONTRATISTA (afiliándose en todo caso a una sola ARL), y la cotización se realizará en su totalidad por parte de EL CONTRATISTA, a través del mecanismo establecido para el pago de aportes al Sistema de Seguridad Social Integral.	Se realizó la afiliacion correspondiente a la ARL.	Contrato 090-2021 FNE.	Toda la información de la ejecución contractual se puede constatar en el expediente físico del contrato y en la plataforma SECOP II.
EL 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 último mes cobrado, so pena que se adelanten las acciones administrativas y contractuales a que haya lugar.	Se presenta séptimo pago al sistema de seguridad social integral.	Se anexa séptimo pago al sistema de seguridad social integral " Mi planilla" No. 51560322 y 52290395 del 17/06/2021 al 30/06/2021.	N/A
EL/LA CONTRATISTA de acuerdo con los lineamientos exigidos para el pago de proveedores del Estado, consagrada en la directiva presidencial No.09 del 7 de septiembre de 2020, deberá presentar factura electrónica previamente validada por la DIAN, como requisito	N/A	N/A	N/A

necesario para el pago de los bienes y servicios contratados, conforme con las disposiciones señaladas en el Decreto 358 del 5 de marzo de 2020.			
Las demás que estén directamente relacionadas con el objeto del contrato.			

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

Johanna Olarte G.

Firma del Contratista
Fecha: 03/08/2021

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 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☐

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.

OBSERVACIONES	N/A

En constancia, firmo:



Cesar Orlando Chavarro Mateus
Supervisor (es)/Interventor (es)

Lugar y Fecha: Bogotá, D. C**.,** martes, 03 de agosto de 2021

La salud es de todos Minsalud	PROCESO	GESTIÓN FINANCIERA	Código	GFIF03
	FORMATO	Certificación pago parcial	Versión	1

(1) Contrato No.	090	de	2021	
(2) Nombre del contratista y/o representante legal:			Lisel Johanna Olarte Guerrero	
(3) Dirección:	Cra. 98C No. 131A - 20	(4) Teléfono:	3212867383	
(5) Cédula y/o NIT:	1.019.075.496	(6) Correo electrónico:	lolarteg@minsalud.gov.co	
(7) Nombre (s) del supervisor (es) y/o interventores (es):			Cesar Orlando Chavarro Mateus	
(8) Dependencia:	Fondo Nacional De Estupefacientes	(9) No. Extensión o teléfono:		3232
(10) Objeto:	Prestar servicios de apoyo en las actividades encaminadas al cumplimiento de las funciones del GIT medicamentos.			
(11) Plazo de ejecución:	Será a partir del cumplimiento de los requisitos de perfeccionamiento y ejecución, y hasta el 30 de noviembre de 2021.			
(12) Fecha de inicio:	26 de abril de 2021	(13) Fecha terminación:	30 de noviembre de 2021	
(14) Valor inicial del contrato: $			$ 21,408,995.00	
(15) Valor pagos (mensual o como se haya pactado): $			$ 2,946,192.00	
(16) Valor desplazamientos: $			N/A	
(17) Adición ($):	N/A			
(18) Prórroga (tiempo)	N/A			
(19) Suspensión	N/A			
(20) Cesión:	Desde el 17 de junio del 2021			
(21) Concepto del pago:	Honorarios del 01/07/2021 al 31/07/2021			

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) $
$ 21,408,995	$ 6,285,210	$ 2,946,192	$ 0.00	$ 12,177,593

(27) Salud valor aporte: $	$ 67,700	(28) Pensión valor aporte: $	$ 86,700
(29) ARL: $	$ 2,900		
(30) Planilla de pago No.	51560322-52290395	(31) Fecha:	17/06/2021 y 31/07/2021
(32) Certificación parafiscales de fecha:	N/A		

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

El/la contratista, Lisel Johanna Olarte Guerrero , cumplió con las obligaciones contraídas en el contrato No. 090 de 2021 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. Se anexan planillas No. 52290395 y 51560322 correspondientes al pago de Sistema de Seguridad Social del periodo comprendido entre el 17 al 30 de junio.

el soporte de afiliación al SSIS).

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 $ $ 2,946,192.00

(34) **Observaciones:** Cuarto pago del contrato FNE-090-2021, según lo establecido en el parágrafo primero de la claúsula cuarta del contrato No. 090.

(35) **Firma responsables:**

Supervisor (es)/interventor (es)

(36) Fecha: **03 de agosto de 2021** Bogotá D. C.

CUENTA DE COBRO

FONDO NACIONAL DE ESTUPEFACIENTES
NIT 899999327-2

DEBE A:

NOMBRE: LISEL JOHANNA OLARTE GUERRERO

IDENTIFICACIÓN: CC X NIT ____ No. 1.019.075.496 D.V. DE Bogotá

LA SUMA DE: DOS MILLONES NOVECIENTOS CUARENTA Y SEIS MIL CIENTO NOVENTA Y DOS

POR CONCEPTO DE: Honorarios del periodo 01/07/2021 a 31/07/2021

Contrato No.: 090 de 2021

DESEMBOLSO No.: 4

OBJETO: Prestar servicios de apoyo en las actividades encaminadas al cumplimiento de las funciones del GIT medicamentos.

PERIODO COMPRENDIDO ENTRE: 01/07/2021 y 31/07/2021

FECHA: 2/08/2021

DIRECCION: Cra 98C No. 131 A - 20

CIUDAD: Bogotá D.C

TELEFONO: 3212867383

Johanna Olarte G.

FIRMA

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	1019075496	LISEL JOHANNA OLARTE GUERRERO	CR 98C 131A 20 APT 101	4594872	joha_0103@hotmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente		BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		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
51560322	30/06/2021				1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2021-06	2021-06	N		52290395	$2.900	

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					

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

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	2.900				2.900	0	0	2.900			29	2.900	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	0	0	0
Pensión	0	0	0
Riesgos Laborales	1	2.900	2.900
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	1	2.900	2.900

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	1019075496	LISEL JOHANNA OLARTE GUERRERO	CR 98C 131A 20 APT 101	4594872	joha_0103@hotmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente		BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		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
51560322	30/06/2021				1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2021-06	2021-06	N		52290395	$2.900	

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	Estornado	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	1019075496	OLARTE GUERRERO LISEL JOHANNA	59	0			N	X																230201	541.334	86.700	0	0	0	0	EPS041	541.334	67.700	14-23	541.334	1	2.900		0	0	0	0	0	0	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	1019075496	LISEL JOHANNA OLARTE GUERRERO	CR 98C 131A 20 APT 101	4594872	joha_0103@hotmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente		BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		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	
2021-06	2021-06	I		51560322	$154.400	

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					
EPS041	NUEVA E.P.S. S.A. MOV	900156264-2	67.700	0		0		0	0	0	0	67.700	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	86.700	0	0	0	0	0	0		86.700	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										

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	67.700	67.700
Pensión	1	86.700	86.700
Riesgos Laborales	0	0	0
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	2	154.400	154.400

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	1019075496	LISEL JOHANNA OLARTE GUERRERO	CR 98C 131A 20 APT 101	4594872	joha_0103@hotmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente		BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		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	
2021-06	2021-06	I		51560322	$154.400	

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	Estornado	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	1019075496	OLARTE GUERRERO LISEL JOHANNA	3	0			N	X																230201	541.334	86.700	0	0	0	0	EPS041	541.334	67.700		0		0		0	0	0	0	0	0	0	0

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

	PROCESO	GESTIÓN FINANCIERA	Código	GFIF02
La salud es de todos Minsalud	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**	Versión	05

Bogotá D.C., 02 de agosto de 2021

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 **X** superaron las 4000 UVT

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

4. Declaro bajo gravedad de juramento que SI _____ NO **X** 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 **X**

6. Pertenezco al Régimen de Tributación SIMPLE: SI **X** NO _____

7. Que para los efectos que sean pertinentes, me permito aportar la siguiente información personal:

Identificación del contratante: 994000114231 Ministerio de Salud y Protección Social

Régimen del impuesto sobre las ventas al que pertenezco: N/A RESPONSABLE DE IVA _____ NO RESPONSABLES DE IVA _____

Contrato de Prestación de Servicios No.: 90 Fecha Inicio: 26/04/2021

Contratista: LISEL JOHANA OLARTE GUERRERO Fecha terminación: 30/11/2021

Valor mensual por concepto de Honorarios (iva incluido): $ 2.946.192,00 Prorroga: N/A

Valor total del contrato (iva incluido): $ 21.408.995 Valor de Adición: N/A

Fecha de inicio de la cesión: $ 44.362,00 Valor de la Cesión: $ 16.498.675,00

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 NO 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, articulo 2, numeral1.

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

12. Declaro que consigno a Medicina pre-pagada N/A la suma de N/A N/A 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,



LISEL JOHANA OLARTE GUERRERO

C.C. 1019075496

RADICACION
Salida
Memorando
Memorando Virtual

CARPETAS
Entrada(10)
Salida(0)
Memos(0)
Circular(0)
Vo.Bo.(0)
Devueltos(0)
Visto bueno firma(0)
Respuestas para Enviar(1)
Firmados(0)
Radicacion sin Asociacion(0)
Radicacion con Asociacion(0)
Seguimiento Memorando Virtual(0)
Memos Viaticos(0)
Multi-Respuestas Para Archivar(0)
Informados(0)
Tramite Conjunto(0)
Agendados(0)
Agendados Vencidos(0)
Prioritarios(0)
Agendado(0)
Agendado Vencido(0)
Informados (3)
Transacciones
Prioritarios (0)
PERSONALES

Consultas
Planilla Radicados
Planilla Reasignados
Envios

Comisiones y Viáticos (Nuevo)
Comisiones(Consulta)

Informe Diario

Buscar radicado(s) (Separados por coma) [ ] Buscar [ ] Todas las carpetas

[ ] Agendar >>

TRD | INCLUIR EXP. | Respuesta C | MOVER A | REASIGNAR | INFORMAR | DEVOLVER | VoBo | ARCHIVAR | Vo.Bo FIRMA | ENVIO FIRMA

LISTAR POR: Leídos No leídos

Numero Radicado	Fecha Radicado	Asunto	Remitente	Tipo Documento	Restantes	Enviado Por
202124101400222	2021-08-02 17:34 PM	TRASLADO DE MEDICAMENTOS	ONCOLOGOS DEL OCCIDENTE S.A.S	correspondencia		CCHAVARRO
202124101394852	2021-08-02 12:17 PM	AUTORIZACIÓN COMPRA DIRECTA DE MEDICAMENTOS	CORPORACION MI IPS LLANOS LOS PINOS	correspondencia		CCHAVARRO
202124101394182	2021-08-02 11:45 AM	TRASLADO DE MEDICAMENTOS	CAJA COLOMBIANA DE SUBSIDIO - COLSUBSIDIO	correspondencia		CCHAVARRO
202124101386112	2021-07-30 16:54 PM	TRASLADO DE MEDICAMENTOS	DROGUERIAS Y FARMACIAS CRUZ VERDE SAS	correspondencia		CCHAVARRO
202124101384922	2021-07-30 16:01 PM	COMPRA DIRECTA	HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS DE HONDA	correspondencia		CCHAVARRO
202124101382472	2021-07-30 12:45 PM	COMPRA DIRECTA	CLINICA GENERAL DEL NORTE SA	correspondencia		CCHAVARRO
202124101361102	2021-07-28 13:57 PM	COMPRA DIRECTA	IPS MESSER COLOMBIA	correspondencia		CCHAVARRO
202124101359412	2021-07-28 12:10 PM	COMPRA DIRECTA	ESE HOSPITAL LOCAL DE SAN MARTIN DE LOS LLANOS	correspondencia		CCHAVARRO
202124101350762	2021-07-27 14:14 PM	TRASLADO DE MEDICAMENTOS	COMERCIALIZADORA DUARQUINT SAS	correspondencia		CCHAVARRO
202124101350562	2021-07-27 14:06 PM	TRASLADO DE MEDICAMENTOS	COMERCIALIZADORA DUARQUINT SAS	correspondencia		CCHAVARRO

Pagina 1/1