CUENTA DE COBRO

MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCION SOCIAL
NIT 900.474.727-4

DEBE A:

NOMBRE: BERNARDO ANTONIO ANGEL TOBON

IDENTIFICACIÓN: CC X NIT ____ No. 15.388.535 D.V. ____ de Bogotá

LA SUMA DE: $ 4.036.267 CUATRO MILLONES TREINTA Y SEIS MIL DOSCIENTOS SESENTA Y SIETE PESOS M/CTE

POR CONCEPTO DE: Primer pago de honorarios pactados en el contrato 585-2022 CESIÓN, por el período comprendido entre el 15 y 28 de febrero de 2023.

CONTRATO No.: 585-2022 de 2022 CESIÓN

DESEMBOLSO No.: 1

OBJETO: Apoyar técnicamente a la Oficina de Promoción Social en la implementación, seguimiento y monitoreo de las medidas de atención psicosocial y de salud integral a víctimas del conflicto armado

PERIODO COMPRENDIDO ENTRE: 15 de febrero de 2023 al 28 de febrero de 2023

FECHA: 1 de marzo de 2023

DIRECCION: CALLE 23 # 12 - 19

CIUDAD: Bogotá

TELEFONO: 3137209251

Bernardo Angel Tobón. Firmado digitalmente por Bernardo Ángel Tobón

FIRMA

MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL	PROCESO	GESTIÓN FINANCIERA	Código	GFIF03
	FORMATO	Certificación pago parcial	Versión	1

(1) Contrato No.	585-2022	de	2022		
(2) Nombre del contratista y/o representante legal:			BERNARDO ANTONIO ANGEL TOBON		
(3) Dirección:	CALLE 23 # 12 - 19 BOGOTÁ D.C		(4) Teléfono:	3137209251	
(5) Cédula y/o NIT:	15.388.535		(6) Correo electrónico:	bangel@minsalud.gov.co	
(7) Nombre (s) del supervisor (es) y/o interventores (es):			EDGAR FERNANDO ARDILA ARDILA		
(8) Dependencia:	OFICINA DE PROMOCIÓN SOCIAL		(9) No. Extensión o teléfono:		1101
(10) Objeto:	Apoyar técnicamente a la Oficina de Promoción Social en la implementación, seguimiento y monitoreo de las medidas de atención psicosocial y de salud integral a víctimas del conflicto armado				
(11) Plazo de ejecución:	A partir del cumplimiento de los requisitos de legalización y ejecución: 5 de diciembre de 2022 hasta el 30 de abril de 2023				
(12) Fecha de inicio:	5 de diciembre de 2022		(13) Fecha terminación:	30 de abril de 2023	
(14) Valor inicial del contrato: $	$ 37.840.000				
(15) Valor pagos (mensual o como se haya pactado): $	$ 7.568.000				
(16) Valor desplazamientos: $	$ 0				
(17) Adición ($):	$ 0				
(18) Prórroga (tiempo)	N/A				
(19) Suspensión					
(20) Cesión:	Cesión a partir de 15/02/2023 por $19.172.267				
(21) Concepto del pago:	Primer pago de honorarios pactados en el contrato 585-2022 CESIÓN, por el período comprendido entre el 15 y 28 de febrero de 2023.				

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 2022				
$ 7.568.000	$ 6.558.933	$ -	$ 1.009.067	$ -
VIGENCIA 2023				
$ 11.099.733	$ 11.099.733	$ -	$ -	$ -
PRIMERA CESIÓN - VIGENCIA 2023				
$ 19.172.267	$ -	$ 4.036.267	$ -	$ 15.136.000
VALORES TOTALES				
$ 37.840.000	**$ 17.658.666**	**$ 4.036.267**	**$ 1.009.067**	**$ 15.136.000**

Pago aportes salud - pensiones - parafiscales

(27) Salud valor aporte: $	200000+2400= 202400	(28) Pensión valor aporte: $	256000+1900=257900
(29) ARL: $	8400+100=8500		
(30) Planilla de pago No.	61671045- 61815097	(31) Fecha:	27/02/2023-03/03/2023
(32) Certificación parafiscales de fecha:			

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

El/la contratista, BERNARDO ANTONIO ANGEL TOBON, cumplió con las obligaciones contraídas en el contrato No.585-2022 de 2022, 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

Por lo anterior, se debe pagar a el/la contratista la suma de $ **$ 4.036.267**

(34) **Observaciones:**

(35) **Firma responsables:**



CLEMENCIA NIETO ALZATE

Supervisor (es)/interventor (es)

(36) Fecha: 1 de marzo de 2023 Bogotá D. C.

SuAporte | AUTOLIQUIDACION CONSOLIDADA

Fecha creación reporte: 2023-02-28, 11:17:48 AM **Tipo Planilla:** I: PLANILLA INDEPENDIENTES **Numéro Planilla:** 61671045

Periodo Cotización: febrero de 2023 **Periodo Servicio:** febrero de 2023

PAGADO 27/02/2023 EN HORARIO EXTENDIDO

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	BERNARDO ANTONIO ANGEL TOBON		
Documento	CC15388535	**Dirección**	CL 23 #12 - 19 CENTRO
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	**Teléfono**	3137209251
Tipo Persona	NATURAL	**Forma Presentación**	ÚNICO
Ciudad	BOGOTA D.C.	**Departamento**	BOGOTA D.C.
Representante Legal		**Identificación**	
Total Afiliados	1	**ARP**	POSITIVA DE SEGUROS

II. DETALLE DEL APORTANTE

Datos del Afiliado				Novedades																				Pensiones			Salud			Riesgos			Cajas			Parafiscales					Total
Identificación	Apellidos y Nombres	Tipo Cotizante	Subtipo Cotizante	ING	RET	RET P	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	COR	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	Días AFP	Días EPS	Días ARP	Días CCF	Administradora	IBC Pensión	Aporte Pensión	Administradora	IBC Salud	Aporte Salud	Tarifa	IBC Riesgos	Aporte Riesgos	Administradora	IBC Caja	Aporte Caja	Aporte SENA	Aporte ICBF	ESAP	Aporte Ministerio	Total
CC 15388535	BERNARDO ANTONIO ANGEL TOBON	59	00	X																0	16	16	16	0	(230301) PORVENIR	$ 1.600.000	$ 256.000	(EPS010) EPS SURA	$ 1.600.000	$ 200.000	0,522	$ 1.600.000	$ 8.400	(NIN-CC) NINGUNA CCF	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 464.400

III.TOTALES

IBC Pensión	IBC Salud	IBC Riesgos	IBC Cajas	Aportes Pensión	Aportes Salud	Aportes Riesgos	Aportes Cajas	Aportes Sena	Aportes ICBF	Aportes ESAP	Aportes Min Educación	(Incapacidades, Licencias, Saldos a Favor) EPS	Incapacidades ARP	SUBTOTAL SIN INTERESES DE MORA	TOTAL INTERESES DE MORA	TOTAL FINAL
$ 1.600.000	$ 1.600.000	$ 1.600.000	$ 0	$ 256.000	$ 200.000	$ 8.400	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 464.400	$ 0	$ 464.400

ARUS, Línea Expertos en PILA: Barranquilla: 385 24 44 - Bogotá: 485 4485 - Bucaramanga: 697 87 27 - Cali: 485 9444 - Cartagena: 693 77 27 - Pereira: 340 13 27 - Manizales: 892 80 27 - Medellín: 604 2727 - Desde otras ciudades: 018000 51 99 77. Línea Ética: 018000 517806.

Antes de imprimir, asegúrese que sea realmente necesario. Proteger el medio ambiente está en nuestras manos.

SuAporte | AUTOLIQUIDACION CONSOLIDADA

Fecha creación reporte: 2023-03-03, 03:04:13 PM **Tipo Planilla:** N: PLANILLA CORRECCIONES **Numéro Planilla:** 61815097

Nro Planilla Corregida: 61671045 **Periodo Cotización:** febrero de 2023 **Periodo Servicio:** febrero de 2023

PAGADO 03/03/2023

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	BERNARDO ANTONIO ANGEL TOBON		
Documento	CC15388535	**Dirección**	CL 23 #12 - 19 SECTOR CENTRO
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	**Teléfono**	0
Tipo Persona	NATURAL	**Forma Presentación**	ÚNICO
Ciudad	BOGOTA D.C.	**Departamento**	BOGOTA D.C.
Representante Legal		**Identificación**	
Total Afiliados	1	**ARP**	POSITIVA DE SEGUROS

II. DETALLE DEL APORTANTE

Datos del Afiliado				Novedades																				Pensiones			Salud			Riesgos			Cajas			Parafiscales					Total
Identificación	Apellidos y Nombres	Tipo Cotizante	Subtipo Cotizante	ING	RET	RET P	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	COR	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	Días APP	Días EPS	Días ARP	Días CCF	Administradora	IBC Pensión	Aporte Pensión	Administradora	IBC Salud	Aporte Salud	Tarifa	IBC Riesgos	Aporte Riesgos	Administradora	IBC Caja	Aporte Caja	Aporte SENA	Aporte ICBF	ESAP	Aporte Ministerio	Total
CC 15388535	BERNARDO ANTONIO ANGEL TOBON	59	00	X								A								0	16	16	16	0	(230301) PORVENIR	$ 1.600.000	$ 256.000	(EPS010) EPS SURA	$ 1.600.000	$ 200.000	0,522	$ 1.600.000	$ 8.400	(NIN-CC) NINGUNA CCF	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 464.400
CC 15388535	BERNARDO ANTONIO ANGEL TOBON	59	00	X								C								0	16	16	16	0	(230301) PORVENIR	$ 1.614.507	$ 258.400	(EPS010) EPS SURA	$ 1.614.507	$ 201.900	0,522	$ 1.614.507	$ 8.500	(NIN-CC) NINGUNA CCF	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 468.800

III.TOTALES

IBC Pensión	IBC Salud	IBC Riesgos	IBC Cajas	Aportes Pensión	Aportes Salud	Aportes Riesgos	Aportes Cajas	Aportes Sena	Aportes ICBF	Aportes ESAP	Aportes Min Educación	(Incapacidades, Licencias, Saldos a Favor) EPS	Incapacidades ARP	SUBTOTAL SIN INTERESES DE MORA	TOTAL INTERESES DE MORA	TOTAL FINAL
$ 14.507	$ 14.507	$ 14.507	$ 0	$ 2.400	$ 1.900	$ 100	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 4.400	$ 0	$ 4.400

ARUS, Línea Expertos en PILA: Barranquilla: 385 24 44 - Bogotá: 485 4485 - Bucaramanga: 697 87 27 - Cali: 485 9444 - Cartagena: 693 77 27 - Pereira: 340 13 27 - Manizales: 892 80 27 - Medellín: 604 2727 - Desde otras ciudades: 018000 51 99 77. Línea Ética: 018000 517806.

Antes de imprimir, asegúrese que sea realmente necesario. Proteger el medio ambiente está en nuestras manos.

MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL	PROCESO	GESTIÓN FINANCIERA	Código	GFIF02
	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., 1 de marzo de 2023

Señores
MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCION 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 __x__ NO ____ soy declarante del impuesto a la renta en los términos definidos por la normatividad vigente.

5. Artículo 383 del Estatuto Tributario, Parágrafo 2. "La retención en la fuente establecida en el presente artículo será aplicable a los pagos o abonos en cuenta por concepto de ingresos por honorarios y por compensación por servicios personales obtenidos por las personas que informen que no han contratado o vinculado dos (2) o más trabajadores asociados a la actividad."

¿Contraté dos (2) o más personas? SI ____ NO __x__

6. Pertenezco al Régimen de Tributación SIMPLE: SI ____ NO __x__

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

Identificación del empleador: 900 474 727 - 4 Ministerio de Salud y Protección Social

Régimen del impuesto sobre las ventas al que pertenezco: RESPONSABLE DE IVA ____ NO RESPONSABLES DE IVA __x__

Contrato de Prestación de Servicios No.:	585-2022 de 2022	Fecha Inicio:	5 de diciembre de 2023
Contratista:	BERNARDO ANTONIO ANGEL TOBON	Fecha terminación:	30 de abril de 2023
Valor mensual por concepto de Honorarios (iva incluido):	$ 7.568.000	Prorroga:	N/A
Valor total del contrato (iva incluido):	$ 37.840.000	Valor de Adición:	N/A
Fecha de inicio de la cesión:	15/02/2023	Valor de la Cesión:	$ 19.172.267

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, Obligacion _____ 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 _____ de _____, por lo que solicito con cargo al desembolso No. ____ del contrato No. _____ se consigne en mi nombre la suma de ( ) _____ a la precitada cuenta AFC. Lo anterior con el objeto de acceder a disminución de la base de retención en la fuente en el documento equivalente anexo al desembolso en mención, de conformidad con lo consagrado en el artículo 126-4 del Estatuto Tributario y demás disposiciones legales vigentes.

11. Declaro que consigno a pensiones voluntarias en _____ la suma de ($) _____

12. Declaro que consigno a Medicina pre-pagada _____ la suma de _____ _____ que no supera las 16 UVT mensuales.

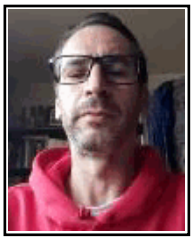
13. Declaro que los documentos soporte del pago de aportes obligatorios al Sistema General de Seguridad Social en Salud, corresponden a los ingresos provenientes del contrato materia del pago sujeto a retención.

Atentamente,

Bernardo Angel Tobón. Firmado digitalmente por Bernardo Ángel Tobón

BERNARDO ANTONIO ANGEL TOBON
c.c. **15.388.535**

Salud Ocupacional y Medicina General
Carlos Bernal Sierra NIT 80086785-3
Calle 127 # 19a - 44 consultorio 609 - Bogotá
Cel. 312 454 8354



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 14.558

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
04 DÍA	03 MES	2023 AÑO	BOGOTÁ (BOGOTÁ D.C., COLOMBIA) Ciudad	**EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL DE INGRESO**

DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARÁ O LABORO EL TRABAJADOR O ASPIRANTE

PARTICULARES CONTADO	**PARTICULARES**
Nombre de la empresa	**Empresa en misión**

DATOS DEL TRABAJADOR / ASPIRANTE (Tipo de Documento de Identificación CC. Cedula de Ciudadanía, CE. Cedula de Extranjería, TI. Tarjeta de Identidad, PT. Pasaporte)

ÁNGEL TOBÓN BERNARDO	Genero	Edad	Documento de Identificación	
Apellidos y Nombres	MASCULINO Teléfonos	38 AÑOS 10 MESES 20 DÍAS	CC Tipo	15388535 Número

Cargo
CONTRATISTA

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

APTO (SIN PATOLOGÍAS EVIDENTES; CUMPLE CON LOS CRITERIOS MÉDICOS PARA EL CARGO)

Observaciones: *NO APLICA*

NO SE EVALUARÓN REQUISITOS DE SALUD (Alturas, Espacios Confinados, Manipular Alimentos) **N/A**

RESTRICCIONES LABORALES	TIPO	RECOMENDACIONES
SIN RESTRICCIONES LABORALES	NO APLICA	NO APLICA

El concepto de Aptitud se definió a partir de los siguientes exámenes practicados:

EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL ✓	- - - - - - - - - - - - - - - - - - - -

RECOMENDACIONES MÉDICAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES
USAR CORRECCIÓN VISUAL : SEGUN FORMULA	PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL : ENFASIS EN COLUMNA CERVICAL	HABITOS SALUDABLES
VALORACIÓN POR EPS : MEDICINA GENERAL	SVE OSTEOMUSCULAR	
CONTROL FACTORES DE RIESGO		

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

Consentimiento informado del Aspirante o Trabajador: autorizo al doctor(a) abajo mencionado a realizar mi examen médico ocupacional registrado en este documento. El doctor(a) abajo mencionado me ha explicado la naturaleza y propósito del examen. He comprendido y he tenido la oportunidad de analizar el propósito, los beneficios, la interpretación, las limitaciones, y riesgos del examen médico a partir de la asesoría brindada. Entiendo que la realización de este examen es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento. Fui informado de las medidas para proteger la confidencialidad de mis resultados. Las respuestas dadas por mí en este examen son completas y verídicas. Autorizo al doctor(a) para que suministre a las personas o entidades contempladas en la legislación vigente, la información registrada en este documento, para el buen cumplimiento del sistema de seguridad y salud en el trabajo y para las situaciones contempladas en la misma legislación, igualmente para que remitan la Historia Clínica a la EPS a la cual me encuentro actualmente afiliado. Finalmente manifiesto que he leído y comprendido perfectamente lo anterior y que todos los espacios en blanco han sido completados entes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento.

Médico

Firma: Carlos Bernal Sierra Médico Esp. Gerencia SST Licencia. 5128

Nombre: BERNAL SIERRA CARLOS EDUARDO

R. M.: 86140 -2010 **L.S.O.:** 5128

Código de Seguridad
K367Q1W14558

Aspirante o Trabajador

Firma: Bernardo Angel Tobón
Bernardo Angel Tobón (4 mar. 2023 09:46 EST)

Nombre: ÁNGEL TOBÓN BERNARDO

CC: 15388535

MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

Programa de Inducción y Reinducción Virtual
Evaluación

Evaluación virtual Consultas

EVALUACIÓN DE INDUCCIÓN Y REINDUCCIÓN VIRTUAL

MinSalud > Programa de inducción y reinducción virtual > Evaluación

*Campo obligatorio

Fecha: 2023-02-28

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: * 15388535

Nombre Completo: * BERNARDO TOBON Bernardo Antonio

Dependencia:* OFICINA DE PROMOCIÓN SOCIAL

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

Cargo:* Asistencia técnica a víctimas del conflicto a Correo electrónico:* bangel@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: 11 Respuestas Incorrectas: 5

Tu calificación es:

Satisfactorio

Volver al formulario

Imprimir Resultado

© 2018 Ministerio de Salud y Protección Social.