Bogotá D.C. septiembre 19 de 2023

PARA: **ANGELICA MARIA ROMERO GONZALEZ**
Coordinadora Grupo Central de cuentas

DE: **JAIME ALBERTO VILLAMIL TORRES**
SUBDIRECTOR - SUPERVISOR - CONTRATO No. 818 DE 2023

ASUNTO: **REMISIÓN DOCUMENTOS PRIMER PAGO CONTRATO 818 DE 2023**

Me permito adjuntar los documentos para el **primer pago** correspondiente al Contrato No. 818 de 2023, por el periodo comprendido del 15 al 30 de agosto de 2023 de acuerdo con lo pactado en la cláusula de forma de pago.
Como soporte de la presente comunicación envío adjunto**:**

- Formato GFIF03 Certificación pago parcial
- Informe supervisión.
- Factura correspondiente del 15 al 30 de agosto de 2023.
- Copia del pago de los aportes por parte del contratista al SGSSS por el mes de agosto de 2023 planilla No 70857200
- Inducción virtual
- Delegación del supervisor
- Examen de salud ocupacional
- Formato GFIF02 Declaración Juramentada.

Cordialmente,



JAIME ALBERTO VILLAMIL TORRES
Subdirector de Costos y Tarifas del Aseguramiento en Salud.
Subirector - Supervisor.

FORMATO CERTIFICACIÓN PAGO PARCIAL					
Naturaleza del Proceso:	**Apoyo**	**Código:**	**GFIF03**	**Versión:**	**01**

(1) Contrato No.	818 **de**	2023	
(2) Nombre del contrarista y/o Representante Legal:		DANILO BONILLA MORALES	
(3) Dirección:	CRA 45 # 44-21 BLQ 5 APTO 902	**(4) Teléfono:**	3153389502
(5) Cédula y/o NIT:	79493424	**(6) Correo electrónico:**	danilobonilla123@yahoo.es
(7) Nombre(s) de el(los) supervisor(es) y/o interventor(es):		JAIME ALBERTO VILLAMIL TORRES	
(8) Dependencia:	SUBDIRECCIóN DE COSTOS Y TARIFAS DEL ASEGURAMIENTO EN SALUD	**(9) No. extensión o teléfono:**	
(10) Objeto:	"PRESTACIóN DE SERVICIOS PROFESIONALES AL MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIóN SOCIAL, APOYANDO LA REVISIóN Y ANáLISIS DE LOS CATáLOGOS DE INFORMACIóN FINANCIERA Y CONTABLE, REPORTADOS PARA EL SISTEMA DE SALUD POR LOS DIFERENTES ACTORES CONFORME A LA NORMATIVIDAD VIGENTE DEL SECTOR, LOS CUALES PERMITAN TOMAR DECISIONES CONFIABLES PARA SOPORTAR LOS ESTUDIOS EN MATERIA DE LOS BENEFICIOS, COSTOS Y TARIFAS DEL ASEGURAMIENTO EN SALUD."		
(11) Plazo de ejecución:	30 de Diciembre de 2023		
(12) Fecha de inicio:	15 de Agosto de 2023	**(13) Fecha de terminación:**	30 de Diciembre de 2023
(14) Valor inicial del contrato:	$46,938,175.00		
(15) Valor pagos (Mensual o como se haya pactado):	$9,387,635.00		
(16) Valor desplazamiento:	$0.00		
(17) Adición:	$0.00		
(18) Prórroga (tiempo):			
(19) Suspensión:			
(20) Cesión:			
(21) Concepto del pago:	Pago No. 1 del 2023-08-15 al 2023-08-30 818-2023		

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 2023: $46,938,175.00	Vigencia 2023: $0.00	Vigencia 2023: $5,006,739.00	Vigencia 2023: $0.00	Vigencia 2023: $41,931,436.00
TOTAL				
$ 46,938,175.00	$ 0.00	$ 5,006,739.00	$ 0.00	$ 41,931,436.00

(27) Salud valor aporte:	$628,500.00	**(28) Pensión valor aporte:**	$854,800.00
(29) ARL:			$26,300.00
(30) Planilla de pago:	70857200	**(31) Fecha:**	12 de Septiembre de 2023
(32) Certificados parafiscales de fecha:			

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

El/la contratista, DANILO BONILLA MORALES, cumplió con las obligaciones contraídas en el contrato No. 818 de 2023, 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:	$5,006,739.00
(34) Observaciones:	

(35) Firma responsable:



Firmado digitalmente por Jaime Alberto Villamil Torres

JAIME ALBERTO VILLAMIL TORRES

Supervisor (es)/Interventor (es)

(36) Fecha: 26 de Septiembre de 2023 Bogotá D.C.

INFORME PARCIAL DE EJECUCIÓN Y SUPERVISIÓN Certificación parcial de ejecución, cumplimiento y recibo a satisfacción					
Naturaleza del Proceso:	**Apoyo**	**Código:**	**GCOF18**	**Versión:**	**04**

Contrato No.	818 de 2023		
Nombre del Contratista y/o Representante Legal	DANILO BONILLA MORALES		
Nombre del Supervisor y/o Interventor	JAIME ALBERTO VILLAMIL TORRES	**Teléfono / Extensión**	
Dependencia	SUBDIRECCIóN DE COSTOS Y TARIFAS DEL ASEGURAMIENTO EN SALUD		
Objeto del contrato	"Prestación de servicios profesionales al Ministerio de Salud y Protección Social, apoyando la revisión y análisis de los catálogos de información financiera y contable, reportados para el sistema de salud por los diferentes actores conforme a la normatividad vigente del sector, los cuales permitan tomar decisiones confiables para soportar los estudios en materia de los beneficios, costos y tarifas del aseguramiento en salud."		
Fecha de inicio	Martes, 15 de Agosto de 2023	**Fecha de terminación**	Sábado, 30 de Diciembre de 2023
Fecha de Prorroga			
Periodo objeto del informe	15 de Agosto de 2023 - 30 de Agosto de 2023		

INFORME PARCIAL DE EJECUCIÓN

OBLIGACIONES GENERALES

Obligación contractual		Actividad desarrollada	Producto recibido	Observaciones o comentarios del Supervisor
1	01. Entregar los informes pactados y los requeridos por el supervisor del contrato.	Se dio cumplimiento con la obligación		Cumplido
2	02. 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 dio cumplimiento con la obligación		Cumplido
3	03. Realizar los desplazamientos	No se realizaron desplazamientos		No aplica para el periodo

	que se requieran para el desarrollo de sus obligaciones acorde con la solicitud del supervisor, para lo anterior, EL MINISTERIO realizará de forma previa el trámite presupuestal y administrativo correspondiente.			
4	04. Reportar de manera inmediata cualquier novedad o anomalía, al supervisor del contrato.	Se dio cumplimiento con la obligación		Cumplido
5	05. Entregar a la finalización del contrato, en perfecto 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.	N/A para este periodo		No aplica para el periodo
6	06. Pagar en forma cumplida y de manera equivalente a los honorarios pactados de acuerdo con la normatividad que	Se da cumplimiento con la obligación		Cumplido

	regula la materia, los aportes al Sistema de Seguridad Social Integral.			
7	07. Atender los lineamientos dados por EL MINISTERIO en materia de procesos y procedimientos relacionados con el Sistema Integrado de Gestión-SIG y asistir a las actualizaciones relacionadas con el mismo.	Se dio cumplimiento con la obligación		Cumplido
8	08. Cumplir con las políticas de seguridad de la información y los lineamientos dados por EL MINISTERIO relacionados con el Sistema de Gestión de Seguridad de la Información.	Se dio cumplimiento con la obligacion		Cumplido
9	09. Firmar un compromiso de confidencialidad y no divulgación con respecto a toda la información obtenida por EL/LA CONTRATISTA durante la prestación del servicio,	Se da cumplimiento con la obligación		Cumplido
10	10. Entregar al supervisor a la finalización del contrato en medio magnético los archivos editables y no editables elaborados o conocidos con ocasión de la ejecución del	N/A para este periodo		No aplica para el periodo

	contrato.			
11	11. Encargarse personalmente del archivo de la documentación que deba gestionar con objeto del contrato, de acuerdo con los lineamientos de archivo y correspondencia vigente y/o normas del Archivo General de la Nación.	Se da cumplimiento con la obligación		Cumplido
12	12. Responder en forma oportuna por el diligenciamiento y gestión de la correspondencia generada y recibida como usuario, a través del Sistema de Gestión Documental utilizado por la entidad.	Se da cumplimiento con la obligación		Cumplido
13	13. Constituir, en caso de ser necesario, la garantía a favor de EL MINISTERIO 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 aprobación por parte del	Se dio cumplimiento con la obligación		Cumplido

	MINISTERIO, cuando a ello hubiere lugar.			
14	14. 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/LA CONTRATISTA (afiliándose en todo caso a una sola ARL), y la cotización se realizará en su totalidad por parte de EL/LA CONTRATISTA, a través del mecanismo establecido para el pago de aportes al Sistema de Seguridad Social Integral.	Se dio cumplimiento con la obligación		Cumplido
15	15. EL/LA 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	N/A para este periodo		No aplica para el periodo

	correspondiente al periodo de cotización del último mes cobrado, so pena que se adelanten las acciones administrativas y contractuales a que haya lugar.			
16	16. Presentar al supervisor un informe mensual que de cuenta de la ejecución de las obligaciones contractuales.	Se dio cumplimiento con la obligación		Cumplido
17	17. Presentar para el primer pago, la inducción virtual que se encuentra publicada en la página de Salud net en el sitio “Entorno Laboral Saludable” estrategia “Formación y capacitación, Inducción Virtual”. Una vez terminada la inducción virtual, EL/LA contratista debe aportar la constancia que certifique, al supervisor del contrato.	Se dio cumplimiento con la obligación		Cumplido
18	18. Contar con los elementos de protección personal necesarios para ejecutar la actividad contratada, para lo cual asumirá su costo.	Se dio cumplimiento con la obligación		Cumplido
19	19. Reportar a la ARL e Informar al MINISTERIO la ocurrencia de incidentes,	Se dio cumplimiento con la obligación		Cumplido

	accidentes de trabajo y enfermedades laborales.			
20	20. Participar en las actividades de Prevención y Promoción organizadas por EL MINISTERIO o la Administradora de Riesgos Laborales.	Se dio cumplimiento con la obligación		Cumplido
21	21. Las demás que estén directamente relacionadas con el objeto del contrato.	Se dio cumplimiento con la obligación		Cumplido
El/la contratista dió cumplimiento a las obligaciones generales descritas en el contrato durante el periodo del informe.				

OBLIGACIONES ESPECÍFICAS

Obligación contractual		Actividad desarrollada	Producto recibido	Observaciones o comentarios del Supervisor
1	1. Elaborar de manera concertada con el supervisor del contrato un plan de trabajo y cronograma de actividades para el cumplimiento de las obligaciones.	Se dio cumplimiento con la obligación	CRONOGRAMA 2023-DANILO BONILLA.xlsx	Cumplido
2	2. Apoyar la revisión final de la información financiera y contable reportada por los actores del sistema general de seguridad social en salud, correspondientes al cierre de 2022 como insumo de apoyo para determinar el porcentaje de la unidad de pago por capitación (UPC), además del seguimiento para los presupuestos	Se establece los estados financieros de las EPS Sanitas, Compensar, Sura y el total de el regimen contributivo		Cumplido

	máximos; igualmente el análisis del reporte de información financiera por los actores del sistema para el segundo cuatrimestre de 2023 como seguimiento de la información financiera de los actores del sistema.			
3	3. Apoyar la construcción de un sistema de calificación CAMEL para el sector salud.	Camel regimen contributivo		Cumplido
4	4. Apoyar el análisis y evaluación del estudio sobre gastos de administración del régimen contributivo y subsidiados en salud.	Se inicia el análisis de información		Cumplido
5	5. Apoyar el análisis de los ingresos, costos y tarifas de los servicios y tecnologías en salud mediante la recopilación y utilización de información contable y financiara que permita soportar los estudios técnicos en materia de beneficios, costos y tarifas del aseguramiento en salud.	Se inicia recolección de información		Cumplido
6	6. Apoyar la definición del valor de los servicios del	Se realizan reuniones de inicio con CRIC		Cumplido

	aseguramiento en salud en el marco de la atención requerida por los pueblos indígenas.			
7	7. Apoyar contable y financieramente las necesidades técnicas en materia facturación electrónica para el sector salud.	Se realizan reuniones con Viceministerio sobre FEV		Cumplido
8	8. Apoyar en la elaboración de tres (3) boletines en temas relacionados con el objeto contractual, previa asignación realizada por el supervisor.	N/A para este periodo		Cumplido
9	9. Apoyar la resolución de peticiones y consultas relacionadas con el objeto contractual.	Se asiste a reuniones y se dan conceptos sobre el tema Guainía		Cumplido

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

Obligación contractual	Actividad desarrollada	Producto recibido	Observaciones o comentarios del Supervisor
Se dió cumplimiento a las obligaciones frente al Sistema de Gestión de las Seguridad y la Salud en el Trabajo descritas en el contrato durante el periodo del informe.			

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

DANILO BONILLA MORALES

Contratista

Fecha: Martes, 26 de Septiembre de 2023

Firmado digitalmente por Danilo Bonilla Morales

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, SI desarrolló y cumplió las actividades, presentó y entregó los

informes, productos y demás obligaciones pactadas en el Contrato en mención (anteriormente presentadas).
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 SI 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.
4. SI 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.
5. A la fecha 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 relativos a la etapa de ejecución y la etapa postcontractual del presente contrato.

OBSERVACIONES	Se cumple con los compromisos adquiridos

En constancia, firmo:

Firmado digitalmente por Jaime Alberto Villamil Torres

JAIME ALBERTO VILLAMIL TORRES

Supervisor (es)/Interventor (es)

Lugar y Fecha: Bogotá D.C., Martes, 26 de Septiembre de 2023

FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA

Representación Gráfica

Datos del Documento

Código Único de Factura - CUFE : f904d86b463e31d484cc4fbe487520965901c7e9dde264d98e67c6c10c32d325292c11011e5f202b264f751d9ce8eb03

Número de Factura: DBN-135
Fecha de Emisión: 19/09/2023
Fecha de Vencimiento: 29/09/2023
Tipo de Operación: 10 - Estándar

Forma de pago: Crédito
Medio de Pago: Instrumento no definido
Orden de pedido:
Fecha de orden de pedido:

Datos del Emisor / Vendedor

Razón Social: BONILLA MORALES DANILO
Nombre Comercial: BONILLA MORALES DANILO
Nit del Emisor: 79493424
Tipo de Contribuyente: Persona Natural
Régimen Fiscal: R-99-PN
Responsabilidad tributaria: ZZ - No aplica
Actividad Económica: 6920

País: Colombia
Departamento: Bogotá
Municipio / Ciudad: Bogotá, D.c.
Dirección: CR 45 44 21 TO 5 AP 902 CON RAFAEL NUÑEZ
Teléfono / Móvil: 3153389502
Correo: danilobonilla123@yahoo.es

Datos del Adquiriente / Comprador

Nombre o Razón Social: MINSALUD / MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCION SOCIAL
Tipo de Documento: NIT
Número Documento: 900474727
Tipo de Contribuyente: Persona Jurídica
Régimen fiscal: O-13;O-23
Responsabilidad tributaria: ZZ - No aplica

País: Colombia
Departamento: Bogotá
Municipio / Ciudad: Bogotá, D.c.
Dirección: CRA 13 32 76
Teléfono / Móvil: 3305000
Correo: siifnacion.facturaelectronica@minhacienda.gov.co

Detalles de Productos

								IMPUESTOS				Precio unitario de venta
Nro.	Código	Descripción	U/M	Cantidad	Precio unitario	Descuento detalle	Recargo detalle	IVA	%	INC	%	
1	0003	HONORARIOS SIN IVA	NIU	1,00	$ 5.006.739,00	$ 0,00	$ 0,00					$ 5.006.739,00

Descuentos y Recargos Globales

Nro.	Tipo	Código	Descripción	%	Valor

Información Complementaria

Nro	Nombre Campo	Valor Campo

Anticipos

Nro	Valor	Fecha recibido

Referencias

Tipo de Documento Referencia	Número Referencia	Fecha Referencia

Notas Finales

19-01-01-000; Contrato 877-2022; jvillamil@minsalud.gov.co
Honorarios del 15 al 30 de agosto de 2023 contrato 818
Linea de negocio: 19-01-01-000; Contrato 877-2022; jvillamil@minsalud.gov.co

Datos Totales

Documento validado por la DIAN 2023-09-19 05:16:58
Documento generado el: 2023-09-19 05:16:57
Generado por:Solución Gratuita DIAN
Nit:800.197.268

MONEDA	COP
TASA DE CAMBIO	

Subtotal		5.006.739,00
Descuento detalle		0,00
Recargo detalle		0,00
Total Bruto Factura		5.006.739,00
IVA		0,00
INC		0,00
Bolsas		0,00
Otros impuestos		0,00
Total impuesto (=)		0,00
Total neto factura (=)		5.006.739,00
Descuento Global (-)		0,00
Recargo Global (+)		0,00
Total factura (=)	**COP $**	$ 5.006.739,00

Valores informativos

ANTICIPOS	
Anticipos	0,00

RETENCIONES	
Rete fuente	0,00
Rete IVA	0,00
Rete ICA	0,00

Numero de Autorización: 18764050411025 Rango desde: 131 Rango hasta: 140 Vigencia: 2023-12-14

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	79493424	DANILO BONILLA MORALES	CRA 45 44 21	3153389502	danilobonilla123@yahoo.es	
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	
2023-08	2023-08	I	12/09/2023	70857200	$1.509.600	

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					
EPS005	Sanitas EPS	800251440-6	625.000	0		0		0	5	3.500	0	628.500	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
25-14	Colpensiones	900336004-7	800.000	0	0	25.000	25.000	5	4.400	400	854.800	1

TOTALES RIESGOS LABORALES

Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-23	Positiva Seguros	860011153-6	26.100				26.100	5	200	26.300			261	26.300	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	625.000	628.500
Pensión	1	850.000	854.800
Riesgos Laborales	1	26.100	26.300
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	1.501.100	1.509.600

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	79493424	DANILO BONILLA MORALES		CRA 45 44 21	3153389502	danilobonilla123@yahoo.es
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I – Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	

EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
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	
2023-08	2023-08	I	12/09/2023	70857200	$1.509.600	

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	Estornudo	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	79493424	BONILLA MORALES DANILO	59	0			N																	25-14	5.000.000	800.000	0	0	25.000	25.000	EPS005	5.000.000	625.000	14-23	5.000.000	1	26.100		0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

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

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: 2023-09-06

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: * 79493424

Select Customer	Nombre	Dependencia	Nivel	Cargo	Tipo Vinculación	Correo
Ver Registro	DANILO BONILLA MORALES	DIRECCION DE REGULACION DE BENEFICIOS, COSTOS Y TARIFAS DEL ASEGURAMIENTO EN SALUD	CONTRATISTA	CONTRATISTA	CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS	dbonillam@minsalud.gov.co

Nombre Completo: DANILO BONILLA MORALES Correo electrónico: dbonillam@minsalud.gov.co

Dependencia:* DIRECCION DE REGULACION DE BENEFICIOS, COSTOS Y TARIFAS DEL ASEGURAMIENTO EN SALUD

Cargo:* CONTRATISTA Nivel:* CONTRATISTA

Tipo vinculación:* CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS

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: 12 Respuestas Incorrectas: 4

Tu calificación es:

Satisfactorio

Volver al formulario

Imprimir Resultado

Conmutador: (57-1) 330 5000 - Central de fax: (57-1) 330 5050
Punto de atención presencial: Carrera 13 No. 32-76 piso 1, Bogotá
Lunes a viernes de 8:00 a.m. a 5:00 p.m. en jornada continua
Línea de atención de desastres: (57-1) 330 5071 - 24 horas
Notificaciones judiciales: notificacionesjudiciales@minsalud.gov.co
Términos y Condiciones de uso.

Última actualización: lunes, 22 de octubre de 2018

© 2018 Ministerio de Salud y Protección Social.
Atención telefónica a través del Centro de Contacto:
En Bogotá: (57-1) 589 3750 Resto del pais: 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.

Jaime Alberto Villamil Torres

De: SIGA | COORDINACIÓN GRUPO EJECUCIÓN Y LIQUIDACIÓN CONTRACTUAL <siga@minsalud.gov.co>
Enviado el: jueves, 24 de agosto de 2023 5:54 p. m.
Para: Jaime Alberto Villamil Torres
CC: siga@minsalud.gov.co; Comunicacion Supervision GELC
Asunto: Supervisión Contrato Prestación de Servicios MSPS-818-2023 - SECOP II Tips Contratistas y Supervisores –Formato Acuerdo

Bogotá, 24 de Agosto de 2023

De manera atenta le informo que, en cumplimiento de la Cláusula de "SUPERVISION", del Clausulado de la Minuta electrónica del Contrato de Prestación de Servicios correspondiente al proceso realizado en el Secop II con el numero MSPS-CD-801-2023, suscrito con DANILO BONILLA MORALES, perfeccionado el de de , le corresponde ejercer la supervisión del mismo.

La información contractual podrá ser consultada a la vista pública a través del siguiente link: https://community.secop.gov.co/Public/Tendering/ContractNoticeManagement/Index?currentLanguage=es-CO&Page=login&Country=CO&SkinName=CCE con el número de proceso No. MSPS-CD-801-2023 -detalle – información de la selección - ver contrato:

De conformidad con lo pactado en el contrato, para dar inicio a la ejecución contractual se deberá contar con:

1. Registro presupuestal
2. Certificación de inicio de la cobertura de la ARL
3. Constancia de la Capacitación Virtual del contratista
4. Póliza aprobada en el Secop II

Nota:

a) La afiliación a la ARL y la Certificación de inducción virtual debe ser cargada en la sección "Documentos de ejecución del contrato" de la minuta electrónica realizada en SECOP II.

b) La póliza debe ser cargada por el contratista en SECOP II sección "configuración financiera – garantías".

c) La póliza será aprobada una vez se realice la afiliación de la cobertura de la ARL y/o fecha de expedición de la certificación que lo acredite y certificación de inducción virtual. Lo anterior siendo estos tres los requisitos de inicio de ejecución del contrato.

d) Se recuerda realizar la entrega de los lineamientos y políticas de los Sistemas de Gestión de Calidad y de Seguridad de la Información, los cuales se podrán consultar en el link: http://intranet.minsalud.gov.co/Sistema-integrado/Paginas/default.aspx

e) El Formato "GCOF03 Acuerdo de ejecución contractual." Debe estar suscrito por el contratista y el supervisor y cargado en la sección "Documentos de ejecución del contrato" de la minuta electrónica realizada en SECOP II.

f) Los documentos soportes de los contratos reposaran en el SECOP II y en el siguiente link http://minps21-temp-co:82/Contratos/Documentos , para su consulta, si a ello hubiere lugar.

Por último, se recuerda a los supervisores la obligación de realizar el cargue en el SECOP II de todas sus actuaciones, las cuales deberán informarse a este Grupo, con el fin de realizar el respectivo seguimiento y acompañamiento.

Se anexa link a el documento "Tips Supervisores" https://intranet.minsalud.gov.co/Contractual/Documents/Tips-supervisores-y-contratistas.pdf para el adecuado desempeño de su función y el Formato GCOF03 Acuerdo de ejecución contractual." https://intranet.minsalud.gov.co/Sistema-integrado/Mapa-de-procesos/Documentosmapa/GCOF03.docx

Revise su bandeja de entrada en https://siga.minsalud.gov.co/GestionContratos/ Tener en cuenta que el usuario y la contraseña a utilizar son los configurados en el directorio activo del Ministerio (Ej: los mismos que se utilizan para el ingreso a la plataforma Orfeo)

Ingrid Córdoba Amarillo
Coordinadora del Grupo de Ejecución y Liquidación Contractual
Correo: icordoba@minsalud.gov.co
Tel: 3305000 ext. 7011
Carrera 13 No. 32 – 76. Bogotá, D. C.
www.minsalud.gov.co

CERTIFICADO MEDICO DE APTITUD LABORAL

ZONAMEDICA
Nit. 900170994-9



ZONAMEDICA MR SAS - IPS
NIT: 900170994

EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL
Certificado de aptitud: 79493424-275471

INFORMACIÓN GENERAL

Fecha y Lugar:	7/09/2020 - BOGOTA D.C	**Tipo de Examen:**	INGRESO
Paciente:	DANILO BONILLA MORALES	**Identificación:**	79493424
Género	MASCULINO **Edad:** 51	**Teléfono**	no refiere **Móvil:** 3153389502
Fecha Nacimiento:	16/05/1969	**Cargo:**	ADMINISTRATIVO
Estado Civil:	CASADO(A)	**EPS:**	COMPENSAR ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD
Dirección	CRA 45 # 44 - 21 BLOQUE 5 APTO 902	**ARL:**	NO REPORTA
Escolaridad:	MAESTRIA	**AFP:**	COLPENSIONES
Empresa	PARTICULARES		

EXÁMENES DE DIAGNÓSTICO LABORAL REALIZADOS

MEDICINA OCUPACIONAL	DIETA BAJA EN CARBOHIDRATOS Y GRASAS, EJERCICIO AL MENOS 3 VECES POR SEMANA POR LO MENOS 1 HORA AL DÍA. VALORACION EPS POR PATOLOGIA DE BASE

CONCEPTO DE APTITUD LABORAL

APTO CON RECOMENDACIONES

Observaciones:

Tipo de Restricción	Condiciones, Factores, Agentes Asociados	Permanente
NO		

Ingresar al Sistema de Vigilancia Epidemiológica (SVE) o Programa de Prevención y Promoción (PPyP)

NO

Información de Remisiones

NO

'CONSENTIMIENTO
En la Fecha, Yo, mayor de edad identificado como aparece al lado de mi firma en este documento, actuando en pleno uso de mis facultades mentales, actuando sin presiones de ninguna índole, y en pleno conocimiento de mi estado de salud, declaro que he recibido la información pertinente acerca de los exámenes clínicos y para clínicos que me van a ser practicados, y que SI he tenido ocasión de preguntar y resolver todas mis inquietudes al respecto.

De conformidad plena y teniendo en cuenta todo lo anteriormente expresado, SI autorizo a ZONAMEDICA MR SAS, para realizarme los exámenes clínicos y para clínicos solicitado por mi empleador o entidad pertinente y que los resultados de dichos exámenes sean plasmados de manera general en el informe de condiciones de salud que será entregado a mi empleador, o entidad solicitante para fines de vigilancia epidemiológica o según corresponda.

LEY HABEAS DATA:
En cumplimiento de la ley estatutaria 1581 de octubre de 2012 , autorizo a ZONAMEDICA MR SAS, para que hagan uso de mis datos personales existentes en su base de datos.

Leonardo Valero Acosta
Médico Cirujano Cirujano
Especialista en Salud Ocupacional
y Riesgos Laborales
Reg. Mc. 4449 de 18/04/2016

EDGAR LEONARDO VALERO ACOSTA

4449/2016 33/2009

Médico Especialista en Salud Laboral

DANILO BONILLA MORALES 79493424

Firma y cédula del Paciente

COLOMBIA POTENCIA DE LA VIDA

Salud

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

Naturaleza del proceso:	Apoyo	Código:	GFIF02	Versión	05

Bogotá D.C., Septiembre 19 de 2023

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 __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 contratante: 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.: 818 Fecha Inicio: 15 DE AGOSTO DE 2023

Contratista: DANILO BONILLA MORALES Fecha terminación: DICIEMBRE 30 DE 2023

Valor mensual por concepto de Honorarios (iva incluido): **$ 9.387.635,00** Prorroga:

Valor total del contrato (iva incluido): **$ 46.938.175,00** Valor de Adición:

Fecha de inicio de la cesión: Valor de la Cesión:

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 **FONDO DE EMPLEADOS FEDEAA** de **$ 128.160.092,00** 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,

Firma

c.c. 79493424

Firmado digitalmente por Danilo Bonilla Morales

FORMATO ACUERDO DE EJECUCIÓN CONTRACTUAL					
Naturaleza del proceso:	Apoyo	Código:	GCOF03	Versión:	01

Contrato de prestación de Servicios No. _818___ de _2023____

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: 15/09/2023

SUPERVISOR Nombre: **JAIME ALBERTO VILLAMIL** Dependencia: Subdirección de Costos y Tarifas del aseguramiento en salud	Firma Firmado digitalmente por Jaime Alberto Villamil Torres

CONTRATISTA Nombre: **DANILO BONILLA MORALES**	Firma Firmado digitalmente por Danilo Bonilla Morales

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.

EL FONDO DE EMPLEADOS FEDEAA
NIT. 860.025.111-8

CERTIFICA QUE:

Con corte a Diciembre 31 de 2022, nuestro asociado(a) **DANILO BONILLA MORALES,** identificado con cédula de ciudadanía No. **79493424,** presento los siguientes saldos:

DEPOSITOS / APORTES				
CONCEPTO	**DOCUMENTO**	**SALDO**	**RENDIMIENTOS**	**RTE EN LA FUENTE**
AUXILIO DIRECTIVOS	26317	803,963	0	0
AUX NAVIDEÑO	12398	83,601	0	0
AUX NAVIDEÑO	27359	150,000	0	0
APORTES ORDINARIOS	196	6,437,760	0	0
REVALORIZACION APOR	196	417,598	0	0
AHORRO PERMANENTE	196	2,305,840	5,812	0
INTAHO PERMANENTE	196	5,812	0	0
TOTALES		10,204,574	5,812	0

AUXILIOS	
CONCEPTO	**TOTAL RECIBIDO**
AUXILIO COOPSERFUN Y COORSERPARK	49,992
FBS ACT AÑO	150,000

Saldo de créditos a Diciembre 31 de 2022

CREDITO VIVIENDA				
Línea	**Desembolso Inicial**	**Intereses Pagados**	**Capital Pagado**	**Saldo Capital**
VIVIENDA NO VIS 80%	250,000,000.00	16,522,580.00	90,441,151.00	128,060,092.00
TOTALES	**250,000,000.00**	**16,522,580.00**	**90,441,151.00**	**128,060,092.00**

CREDITOS DE CONSUMO				
Línea	**Desembolso Inicial**	**Intereses Pagados**	**Capital Pagado**	**Saldo Capital**
SOBRE APORTES 1-1	2,349,400.00	11,390.00	2,349,400.00	0
VIVIENDA NO VIS 80%	218,501,243.00	16,522,580.00	90,441,151.00	128,060,092
INM. DIF. A VI (0-5)	20,000,000.00	428,945.00	20,000,000.00	0
INM. DIF. A VI(>=21)	90,000,000.00	682,750.00	23,000,000.00	90,000,000
TOTALES	**330,850,643.00**	**17,645,665.00**	**135,790,551.00**	**218,060,092.00**

EL FONDO DE EMPLEADOS FEDEAA
NIT. 860.025.111-8

SERVICIOS COMPLEMENTARIOS				
Línea	**Desembolso Inicial**	**Intereses Pagados**	**Capital Pagado**	**Saldo Capital**
ACTIVIDADES ASOC	320,000.00	2,022.00	320,000.00	0.00
POLIZA HOGAR	901,049.00	0.00	900,701.00	75,261.00
LOS OLIVOS	78,508.00	0.00	78,008.00	6,834.00
POLIZA AUTO SURA	295,395.00	0.00	0.00	295,395.00
ACT.FORMACION AS	0.00	0.00	872,663.00	0.00
TOTALES	**1,594,952.00**	**2,022.00**	**2,171,372.00**	**377,490.00**

GMF	
BASE	26,012,984
VALOR RETENIDO	104,052

La suma retenida se consignó oportunamente en los bancos autorizados por la Dian en la ciudad de Bogotá D.C. Mediante el Decreto 728 de 2022, el Ministerio de Hacienda fijó en 100 % el monto del componente inflacionario que las personas naturales que no llevan contabilidad.

Esta certificación se expide a los CATORCE (14) días del mes de Febrero de 2023, en la ciudad de Bogotá D. C.

NO REQUIERE FIRMA, ARTICULO 10 DECRETO 836 1991

CRA 102A #25H-45 OF 301-309
7562118
contador@fedeaa.com
www.fedeaa.com