202321130369023

MEMORANDO

Bogotá, D.C., ***04-10-2023***

PARA: Dra. Angelica Maria Romero Gonzalez
Coordinadora Grupo Central de Cuentas

DE: **Supervisor contrato 1097 de 2023**

ASUNTO: **Radicado primer pago contrato 1097 de 2023**

Reciba cordial saludo.

Me permito adjuntar los siguientes documentos para el primer pago del contrato de referencia:

1. Informe parcial de ejecución
2. Certificado de pago parcial
3. Declaración juramentada
4. Cuenta de cobro
5. Pago de seguridad social
6. Examen ocupacional

Cordialmente,

Firmado digitalmente por Mauricio Javier Vera

Mauricio Javier Vera Soto
Supervisor contrato 1097 de 2023

Copia: Dra Ingrid Cordoba. Grupo de ejecución y liquidación contractual

/tmp/tempDocX_651dfc17b76ec.docx

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

(1) Contrato No.	1097	**de**	2023		
(2) Nombre del contrarista y/o Representante Legal:			CARLOS ALFREDO ACEVEDO GONZALEZ		
(3) Dirección:			**(4) Teléfono:**		
(5) Cédula y/o NIT:	1143369784		**(6) Correo electrónico:**	DOCTORACEVEDOG@GMAIL.COM	
(7) Nombre(s) de el(los) supervisor(es) y/o interventor(es):			MAURICIO JAVIER VERA SOTO		
(8) Dependencia:	GRUPO DE GESTIóN INTEGRADA DE ENFERMEDADES ENDEMO-EPIDéMICAS		**(9) No. extensión o teléfono:**		
(10) Objeto:	"PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES A LA SUBDIRECCIóN DE ENFERMEDADES TRANSMISIBLES EN LA IMPLEMENTACIóN DEL PLAN DE ELIMINACIóN Y CONTROL DE LEISHMANIASIS, LEPTOSPIROSIS Y EL FORTALECIMIENTO DE LA ATENCIóN CLíNICA DE LAS ENFERMEDADES ENDEMOEPIDéMICAS, EN EL MARCO DEL MODELO DE ATENCIóN PREVENTIVO Y PREDICTIVO. "				
(11) Plazo de ejecución:	30 de Diciembre de 2023				
(12) Fecha de inicio:	15 de Septiembre de 2023		**(13) Fecha de terminación:**	30 de Diciembre de 2023	
(14) Valor inicial del contrato:		$32,000,000.00			
(15) Valor pagos (Mensual o como se haya pactado):		$8,000,000.00			
(16) Valor desplazamiento:		$0.00			
(17) Adición:	$0.00				
(18) Prórroga (tiempo):					
(19) Suspensión:					
(20) Cesión:					
(21) Concepto del pago:	Pago No. 1 del 2023-09-15 al 2023-09-30 1097-2023				

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: $32,000,000.00	Vigencia 2023: $0.00	Vigencia 2023: $4,266,667.00	Vigencia 2023: $0.00	Vigencia 2023: $27,733,333.00
TOTAL				
$ 32,000,000.00	$ 0.00	$ 4,266,667.00	$ 0.00	$ 27,733,333.00

(27) Salud valor aporte:	$346,000.00	**(28) Pensión valor aporte:**	$442,900.00
(29) ARL:			$67,500.00
(30) Planilla de pago:	9456315193	**(31) Fecha:**	18 de Septiembre de 2023
(32) Certificados parafiscales de fecha:			

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

El/la contratista, CARLOS ALFREDO ACEVEDO GONZALEZ, cumplió con las obligaciones contraídas en el contrato No. 1097 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.

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

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:	$4,266,667.00
(34) Observaciones:	SE DA CUMPLIMIENTO A LAS OBLIGACIONES

(35) Firma responsable:

Firmado digitalmente por Mauricio Javier Vera

MAURICIO JAVIER VERA SOTO

Supervisor (es)/Interventor (es)

(36) Fecha: 04 de Octubre de 2023 Bogotá D.C.

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., 4 de Octubre 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.: 1094-2023 Fecha Inicio: 15 de Septiembre 2023

Contratista: CARLOS ALFREDO ACEVEDO GONZALEZ Fecha terminación: 30 DE DICIEMBRE DE 2023

Valor mensual por concepto de Honorarios (iva incluido): $ 8.000.000,00 Prorroga: N/A

Valor total del contrato (iva incluido): $ 32.000.000,00 Valor de Adición:

Fecha de inicio de la cesión: N/A Valor de la Cesión: N/A

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 N/A de N/A 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 ($) 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 ($)

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

Firma Carlos Acevedo G Firmado digitalmente por Carlos Alfredo Acevedo Gonzalez

C.C. 1143369784 de Cartagena

CUENTA DE COBRO

MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

NIT 900.474.727-4

DEBE A:

NOMBRE:	CARLOS ALFREDO ACEVEDO GONZALEZ
IDENTIFICACIÓN:	**CC** X **NIT** **No** 1143369784 **DV** 0
LA SUMA DE:	$4.266.667,00
POR CONCEPTO DE:	PAGO PERSONA NATURAL
CONTRATO No:	1097 de 2023
DESEMBOLSO No:	1
OBJETO:	"Prestar servicios profesionales a la Subdirección de enfermedades transmisibles en la implementación del plan de eliminación y control de leishmaniasis, leptospirosis y el fortalecimiento de la atención clínica de las enfermedades endemoepidémicas, en el marco del modelo de atención preventivo y predictivo. "
PERIODO COMPRENDIDO ENTRE:	15 de Septiembre de 2023 - 30 de Septiembre de 2023
DIRECCIÓN:	
CIUDAD:	BOGOTÁ, D.C.
TELÉFONO:	

En constancia firmo:

Carlos Acevedo G

Firmado digitalmente por Carlos Alfredo Acevedo Gonzalez

CARLOS ALFREDO ACEVEDO GONZALEZ

Lugar y Fecha: Bogotá D.C., Miércoles, 04 de Octubre de 2023

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1143369784		ACEVEDO GONZALEZ CARLOS ALFREDO	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CRA63 23 A 84	BOGOTA-BOGOTA D.E.	6812408	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2023-08	2023-08	166179736	9456315193	I	2023/09/20	2023/09/18	BANCOLOMBIA	0	$856,400

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO			PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES		
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$2,768,000	$442,900			$2,768,000	$346,000			$0	$0			$2,768,000	$67,500		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$2,768,000	$442,900			$2,768,000	$346,000			$0	$0			$2,768,000	$67,500		$0	$0
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)					$2,768,000	$442,900			$2,768,000	$346,000			$0	$0			$2,768,000	$67,500		$0	$0
1	CC	1143369784 ACEVEDO CARLOS	230201	30	$2,768,000	$442,900	EPS010	30	$2,768,000	$346,000		0	$0	$0	14-11	30	$2,768,000	$67,500	0	$0	$0
Total		**Afiliados(1)**			$2,768,000	$442,900			$2,768,000	$346,000			$0	$0			$2,768,000	$67,500		$0	$0

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1143369784		ACEVEDO GONZALEZ CARLOS ALFREDO	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CRA63 23 A 84	BOGOTA-BOGOTA D.E.	6812408	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2023-08	2023-08	166179736	9456315193	I	2023/09/20	2023/09/18	BANCOLOMBIA	0	$856,400

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$442,900	$0	$0	$442,900
PROTECCION	230201	800,229,739	0	1	$442,900	$0	$0	$442,900
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$67,500	$0	$0	$67,500
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	1	$67,500	$0	$0	$67,500
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$346,000	$0	$0	$346,000
EPS SURA (ANTES SUSALUD)	EPS010	800,088,702	2	1	$346,000	$0	$0	$346,000
TOTAL				**1**	**$856,400**	**$0**	**$0**	**$856,400**

CERTIFICADO MÉDICO OCUPACIONAL

Dirreción: CALLE 19 No. 3-50 p 12 Cs 1202 y 1203
Teléfono: (57 1) 7443001
Web: www.cendiatra.com
Email: cendiatra@cendiatra.com

Cendiatra

SEDE	CENDIATRA PRINCIPAL	**DIRECCIÓN**	Av. Calle 19 No. 3 - 50 Edificio Barichara Torre A Piso 12
TELÉFONO	7443001	**EMAIL**	servicio.cliente@cendiatra.com
FECHA DE EXAMEN	2023-09-25	**TIPO DE EXAMEN**	PREINGRESO



IDENTIFICACION DEL PACIENTE

Nombres y Apellidos	CARLOS ALFREDO ACEVEDO GONZALEZ	Identificación CC	Nro 1143369784		
Fecha de Nacimiento	1993-12-02	**Edad**	29	**Sexo**	M
Empresa	CLIENTE OCASIONAL				
Cargo	CONTRATISTA				
Fecha Ingreso	2023-09-25 14:47:29	**Fecha Salida**	2023-09-25 14:50:04		

EXAMENES REALIZADOS

EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE PRE INGRESO

CONCEPTO_DE_APTITUD

CONCEPTO DE APTITUD	SIN RESTRICCIONES PARA EL CARGO

RECOMENDACIONES

NINGUNA	NO
	Observaciones: CONTROL ANUAL
OTRAS:	NO PRESENTA

CONTROLES

titulo	
OTROS	NO PRESENTA

Dra. Valentina Salcedo M.
Esp. en Salud Ocupacional y Riesgos Laborales
Lic. No 25-1075 de 2019
R.M 1020770182

VALENTINA SALCEDO MONROY
RM: 1020770182
Firma y sello del médico

Carlos Acevedo G

CARLOS ALFREDO ACEVEDO GONZALEZ
CC 1143369784
Firma del trabajador

Acepto las anteriores valoraciones Médicas, hago constar que la información suministrada sobre mi condición de salud, es verdadera, y me comprometo a cumplir las recomendaciones y las restricciones a que haya lugar. Cualquier omisión o falsedad será causa justa de finalización de contrato. Artículo 62 CST.