

CUENTA DE COBRO

MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCION SOCIAL
NIT 900.474.727-4

DEBE A:

NOMBRE: CARLOS FABIAN MENESES PAEZ

IDENTIFICACIÓN: CC X NIT No. 1110472454 D.V. DE Ibagué

LA SUMA DE: CINCO MILLONES CIENTO TRECE MIL TRESCIENTOS TREINTA Y TRES PESOS
M/CTE (\$5.113.333)

POR CONCEPTO DE: Honorarios mensuales

Contrato No.: 89 de 2024

DESEMBOLSO No.: 1

OBJETO: Prestar Servicios Profesionales en la Oficina Asesora de Planeación y Estudios Sectoriales del MSPS, en el fortalecimiento de la Planeación, gestión y seguimiento institucional y sectorial, así como la armonización del Sistema Integrado de Gestión.

PERIODO COMPRENDIDO ENTRE: 18/01/2024 - 30/01/2024

FECHA: 31/01/2024

DIRECCION: Calle 16 Sur # 56-43 Barrio Milenta

CIUDAD: BOGOTÁ

TELEFONO: 3102554527



Firmado digitalmente
por Carlos Fabian
Meneses Paez

FIRMA

FORMATO INFORME PARCIAL DE EJECUCIÓN Y SUPERVISIÓN
Certificación parcial de ejecución, cumplimiento y recibo a satisfacción

Apoyo	GCOF18	Versión:	04
--------------	---------------	-----------------	-----------

Contrato No.	MSPS-89-2024		
Nombre del Contratista y/o Representante Legal	CARLOS FABIAN MENESES PAEZ		
Nombre del supervisor y/o interventor	YENNY PILAR TORRES CASTRO	Teléfono / Extensión	2041
Dependencia	OFICINA ASESORA DE PLANEACIÓN Y ESTUDIOS SECTORIALES		
Objeto del contrato	Prestar Servicios Profesionales en la Oficina Asesora de Planeación y Estudios Sectoriales del MSPS, en el fortalecimiento de la Planeación, gestión y seguimiento institucional y sectorial, así como la armonización del Sistema Integrado de Gestión		
Fecha de inicio	18 de Enero de 2024	Fecha de terminación	30 de diciembre de 2024
Período objeto del informe:	18 de Enero de 2024 – 30 de Enero de 2024		

INFORME PARCIAL DE EJECUCIÓN				
OBLIGACIONES GENERALES				
	Obligación contractual	Actividad desarrollada	Producto recibido	Observaciones o comentarios del Supervisor
1	Entregar los informes pactados y los requeridos por el supervisor del contrato.	Se entrega el informe de actividades correspondiente al periodo comprendido entre el 18 de enero al 30 de enero de 2024.	No aplica	El contratista cumplió con la obligación para el presente informe.
2	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 realizaron las labores en forma independiente, bajo su propio riesgo y responsabilidad.	No aplica	El contratista cumplió con la obligación para el presente informe.
3	Realizar los desplazamientos 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	No aplica para el periodo del presente informe.	No aplica	El contratista cumplió con la obligación para el presente informe.

FORMATO INFORME PARCIAL DE EJECUCIÓN Y SUPERVISIÓN
Certificación parcial de ejecución, cumplimiento y recibo a satisfacción

Apoyo

GCOF18

Versión:

04

	administrativo correspondiente.			
4	Reportar de manera inmediata cualquier novedad o anomalía, al supervisor del contrato.	No aplica para el periodo del presente informe.	No aplica	El contratista cumplió con la obligación para el presente informe.
5	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.	No aplica para el periodo del presente informe.	No aplica	El contratista cumplió con la obligación para el presente informe.
6	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 realizó el pago de los aportes al sistema de seguridad social integral correspondiente al periodo del presente informe.	Planila de pago de seguridad social integral de enero.	El contratista cumplió con la obligación para el presente informe.
7	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 atendieron los lineamientos materia de procesos y procedimientos relacionados con el Sistema Integrado de Gestión-SIG, consultando y descargando los documentos de la intranet y el aplicativo MI GESTION.	No aplica	El contratista cumplió con la obligación para el presente informe.
8	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.	En el periodo del presente informe, se dio cumplimiento a 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.	No aplica	El contratista cumplió con la obligación para el presente informe.
9	Firmar un compromiso de confidencialidad y no divulgación con respecto a toda la información obtenida por EL/LA CONTRATISTA	En el periodo del presente informe se firmó el compromiso de confidencialidad y no divulgación de la información,	Compromiso de confidencialidad y no divulgación de la información firmado en la	El contratista cumplió con la obligación para el presente informe.

FORMATO INFORME PARCIAL DE EJECUCIÓN Y SUPERVISIÓN
Certificación parcial de ejecución, cumplimiento y recibo a satisfacción

Apoyo

GCOF18

Versión:

04

	durante la prestación del servicio.		Plataforma Secop II.	
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 contrato.	No aplica para el periodo del presente informe.	No aplica	El contratista cumplió con la obligación para el presente informe.
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 gestionó el archivo de documentación de acuerdo a los lineamientos de archivo y correspondencia vigente y/o normas del Archivo General de la Nación	No aplica	El contratista cumplió con la obligación para el presente informe.
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 respondió de manera oportuna la gestión de la correspondencia generada y recibida en el sistema de gestión documental ORFEO.	Se adjunta informe ORFEO.	El contratista cumplió con la obligación para el presente informe.
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 MINISTERIO , cuando a ello hubiere lugar.	Se constituyó garantía de y se cargó en el secop II.	Garantía con los amparos previstos.	El contratista cumplió con la obligación para el presente informe.
14	Presentar, junto con la garantía única exigida en el presente contrato, el documento donde conste la	Se presentó junto con la garantía única exigida en el presente contrato, el documento donde	Certificado de afiliación al sistema general de riesgos laborales.	El contratista cumplió con la obligación para el presente informe.

FORMATO INFORME PARCIAL DE EJECUCIÓN Y SUPERVISIÓN
 Certificación parcial de ejecución, cumplimiento y recibo a satisfacción

Apoyo		GCOF18	Versión:	04
	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.	conste la afiliación al Sistema General de Riesgos Laborales.		
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 correspondiente al periodo de cotización del último mes cobrado, so pena que se adelanten las acciones administrativas y contractuales a que haya lugar.	No aplica para el periodo del presente informe.	No aplica	El contratista cumplió con la obligación para el presente informe.
16	Presentar al supervisor un informe mensual que dé cuenta de la ejecución de las obligaciones contractuales.	Se presentó informe mensual de actividades en el periodo del 18 al 30 de enero de 2024.	Se anexa informe parcial de ejecución y supervisión	El contratista cumplió con la obligación para el presente informe.
17	Presentar para el primer pago, la inducción virtual en Seguridad y Salud en el trabajo que se encuentra publicada en la página de Salud net en el sitio "Entorno Laboral Saludable" estrategia "Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo". Una	Se presenta la inducción virtual y reinducción.	Certificado de inducción virtual y reinducción virtual.	El contratista cumplió con la obligación para el presente informe.

FORMATO INFORME PARCIAL DE EJECUCIÓN Y SUPERVISIÓN
Certificación parcial de ejecución, cumplimiento y recibo a satisfacción

Apoyo

GCOF18

Versión:

04

	vez terminada la inducción virtual en Seguridad y Salud en el Trabajo, EL/LA contratista debe aportar la constancia que certifique, al supervisor del contrato.			
18	Contar con los elementos de protección personal necesarios para ejecutar la actividad contratada, para lo cual asumirá su costo.	Se contó con los elementos de protección personal para el desarrollo de las actividades.	No aplica	El contratista cumplió con la obligación para el presente informe.
19	Reportar a la ARL e Informar al MINISTERIO la ocurrencia de incidentes, accidentes de trabajo y enfermedades laborales.	Para el periodo del presente informe no reporto la ocurrencia de incidentes, accidentes de trabajo y enfermedades laborales.	No aplica	El contratista cumplió con la obligación para el presente informe.
20	Participar en las actividades de Prevención y Promoción organizadas por EL MINISTERIO o la Administradora de Riesgos Laborales.	Se participó en las actividades de prevención y promoción organizadas por el Ministerio y/o la administradora de riesgos laborales.	No aplica	El contratista cumplió con la obligación para el presente informe.
21	Las demás que estén directamente relacionadas con el objeto del contrato.	Se apoyo en la actualización de la base de datos de alcaldes, gobernadores, secretarios de salud y coordinadores de salud publica del departamento del Tolima y huila.	No aplica	El contratista cumplió con la obligación para el presente informe.

OBLIGACIONES ESPECÍFICAS

	Obligación contractual	Actividad desarrollada	Producto recibido	Observaciones o comentarios del Supervisor
1	Apoyar a la Oficina Asesora de Planeación y Estudios Sectoriales en la articulación de acciones y gestiones para el fortalecimiento de las políticas de gestión y desempeño establecidas en el Modelo Integrado de Planeación y Gestión del Ministerio, de conformidad con los lineamientos establecidos por el Departamento Administrativo de la	Se apoyó con el reporte del plan de acción del cuarto trimestre de 2023.	Plan de acción 2023	El contratista cumplió con la obligación para el presente informe.

FORMATO INFORME PARCIAL DE EJECUCIÓN Y SUPERVISIÓN
Certificación parcial de ejecución, cumplimiento y recibo a satisfacción

Apoyo

GCOF18

Versión:

04

	Función Pública, así como su armonización con el Sistema Integrado de Gestión Institucional y orientación para la consolidación del Modelo a Nivel Sectorial.			
2	Apoyar a la oficina Asesora de Planeación y Estudios Sectoriales en el acompañamiento de actividades para el fortalecimiento del Sistema Integrado de Gestión-SIG; específicamente orientadas a las políticas de gestión y desempeño.	Se apoyó en la revisión de las acciones de mejora proyectadas para el plan de mejoramiento por proceso derivado de las auditorías internas.	Lista de asistencia. Acciones proyectadas.	El contratista cumplió con la obligación para el presente informe.
3	Apoyar al Ministerio de Salud y Protección Social en la orientación conceptual y metodológica para la consolidación de los elementos de la plataforma estratégica institucional y sectorial, de acuerdo con los lineamientos establecidos en el Plan Nacional de Desarrollo.	Se actualizó la presentación de la plataforma estratégico versión preliminar y el plan estratégico sectorial en sus componentes de misión, visión, objetivos estratégicos. Se apoyó con la presentación del Plan estratégico Sectorial al viceministro de salud pública. Se participó en la reunión vía teams para socializar el Plan Estratégico Sectorial 2023-2026 al grupo de planeación.	Presentación Plataforma Estratégica Sectorial. Plan Estratégico Sectorial 2023-2026 versión preliminar. Reunión despacho del viceministro. Reunión vía teams.	El contratista cumplió con la obligación para el presente informe.
4	Apoyar a la Oficina Asesora de Planeación y Estudios Sectoriales en la realización de actividades orientadas a las necesidades de fortalecimiento institucional que surjan en el desarrollo del contrato y que estén acordes al objeto del contrato.	Se está realizando el seguimiento y consolidando la información para el reporte del SIRECI de la cuenta anual según requerimientos del memorando *202415000034993*	Memorando *202415000034993* Correo electrónico de solicitud de información.	El contratista cumplió con la obligación para el presente informe.
5	Apoyar al Ministerio de Salud y Protección Social en la orientación	Se apoyó en la revisión y aportes al Plan Estratégico Institucional (PEI) SSMP 2023-	Reunión virtual vía teams.	El contratista cumplió con la obligación para el presente informe.

FORMATO INFORME PARCIAL DE EJECUCIÓN Y SUPERVISIÓN
Certificación parcial de ejecución, cumplimiento y recibo a satisfacción

Apoyo

GCOF18

Versión:

04

	conceptual y metodológica para la consolidación y seguimiento del Plan Estratégico Sectorial e Institucional, de acuerdo con los lineamientos establecidos en el Plan Nacional de Desarrollo.	<p>2026 y el Plan de Acción SSMP Vigencia 2024 y se participó en la sesión del Consejo Superior de Salud de las Fuerzas Militares y de la Policía Nacional realizada el 26 de enero de 2024.</p> <p>Se participó en la mesa de trabajo del pre consejo directivo apoyando la revisión del Plan de Desarrollo Institucional 2023-2026 del Instituto nacional de Cancerología.</p> <p>Se participó en el Consejo Directivo Ordinario Presencial Instituto Nacional de Cancerología apoyando la revisión del Plan de Desarrollo Institucional.</p>	<p>Reunión virtual vía teams.</p> <p>Listado de asistencia.</p>	
6	Apoyar a la Oficina Asesora de Planeación y Estudios Sectoriales en la realización de actividades orientadas a las necesidades de fortalecimiento institucional que surjan en el desarrollo del contrato y que estén acordes al objeto del contrato.	Se apoyó en la reunión de auditoría financiera programada vía teams por la Contraloría general de la nación en marco de la auditoria.	Reunión vía teams 29 de enero.	El contratista cumplió con la obligación para el presente informe.

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
1	Procurar el cuidado integral de su salud.	En el periodo del presente informe se procuró el cuidado integral de la salud.	No aplica	El contratista cumplió con la obligación para el presente informe.
2	Contar con los elementos de protección personal necesarios para ejecutar la actividad contratada, para lo cual asumirá su costo.	Se contó con los elementos de protección personal para el desarrollo de las actividades.	No aplica	El contratista cumplió con la obligación para el presente informe.

FORMATO INFORME PARCIAL DE EJECUCIÓN Y SUPERVISIÓN
Certificación parcial de ejecución, cumplimiento y recibo a satisfacción

Apoyo

GCOF18

Versión:

04

3	Reportar a la ARL e Informar al MINISTERIO la ocurrencia de incidentes, accidentes de trabajo y enfermedades laborales.	Para el periodo del presente informe no reporto la ocurrencia de incidentes, accidentes de trabajo y enfermedades laborales.	No aplica	El contratista cumplió con la obligación para el presente informe.
4	Participar en las actividades de Prevención y Promoción organizadas por EL MINISTERIO o la Administradora de Riesgos Laborales.	Se participó en las actividades de prevención y promoción organizadas por el Ministerio y/o la administradora de riesgos laborales.	No aplica	El contratista cumplió con la obligación para el presente informe.
5	Cumplir las normas, reglamentos e instrucciones del Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el trabajo SGSST adoptadas por EL MINISTERIO.	Se cumplieron las normas, reglamentos e instrucciones del SGSST.	No aplica	El contratista cumplió con la obligación para el presente informe.

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



Firmado digitalmente
por Carlos Fabian
Meneses Paez

CARLOS FABIAN MENESES PAEZ

Fecha: 31/01/2024

INFORME PARCIAL DE SUPERVISIÓN

De conformidad con el seguimiento a la ejecución del contrato, el supervisor certifica que:

- 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 ☐
- 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 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.
SI ☒ NO ☐
- 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 ☐
- A la fecha SI ☐ NO ☒ existen causales de incumplimiento de las obligaciones contractuales que demanden actuaciones conminatorias o sancionatorias por parte de la Administración.

FORMATO INFORME PARCIAL DE EJECUCIÓN Y SUPERVISIÓN
Certificación parcial de ejecución, cumplimiento y recibo a satisfacción

Apoyo	GCOF18	Versión:	04
--------------	---------------	-----------------	-----------

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	El contratista cumplió con sus obligaciones para el periodo del presente informe.
----------------------	---

En constancia, firmo:



Firmado
digitalmente por
Yenny Pilar Torres
Castro

YENNY PILAR TORRES CASTRO
 Supervisor (es)/Interventor (es)

Lugar y Fecha: Bogotá, D. C., miércoles, 31 de enero de 2024

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. 31 de enero de 2024

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 ☒ superaron las 4000 UVT

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

4. Declaro bajo gravedad de juramento que SI ☒ 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 ☒

6. Pertenezco al Régimen de Tributación SIMPLE: SI ☐ NO ☒

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 ☒

Contrato de Prestación de Servicios No.: 89 Fecha Inicio: 18 DE ENERO DE 2024

Contratista: CARLOS FABIAN MENESES PAEZ Fecha terminación: 30 DE DICIEMBRE DE 2024

Valor mensual por concepto de Honorarios (iva incluido): \$ 11.800.000,00 Prorroga:

Valor total del contrato (iva incluido): \$ 137.666.667 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
MARIA PAZ MENESES ROJAS	4	HIJA	1188972514
JUAN ESTEBAN MENESES PERDOMO	14	HIJO	1070604702

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 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, artículo 2, numeral 1.

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,

 Firmado digitalmente
por Carlos Fabian
Meneses Páez

Carlos Fabián Meneses Páez

c.c. 1110472454

FORMATO CERTIFICACIÓN PAGO PARCIAL

Naturaleza del proceso:	Apoyo	Código:	GFIF03	Versión	01
-------------------------	-------	---------	--------	---------	----

(1) Contrato No.	89	de	2024		
(2) Nombre del contratista y/o representante legal:	Carlos Fabian Meneses Paez				
(3) Dirección:	Calle 16 Sur # 56-43 Barrio Milenta	(4) Teléfono:	3102554527		
(5) Cédula y/o NIT:	1110472454	(6) Correo electrónico:	cmeneses@minsalud.gov.co		
(7) Nombre (s) del supervisor (es) y/o interventores (es):	Yenny Pilar Torres Castro				
(8) Dependencia:	Oficina Asesora de Planeación y Estudios Sectoriales	(9) No. Extensión o teléfono:	2078		
(10) Objeto:	Prestar Servicios Profesionales en la Oficina Asesora de Planeación y Estudios Sectoriales del MSPS, en el fortalecimiento de la Planeación, gestión y seguimiento institucional y sectorial, así como la armonización del Sistema Integrado de Gestión.				
(11) Plazo de ejecución:	30 de diciembre de 2024				
(12) Fecha de inicio:	18 de enero de 2024	(13) Fecha terminación:	30 de diciembre de 2024		
(14) Valor inicial del contrato: \$	\$ 137.666.667,00				
(15) Valor pagos (mensual o como se haya pactado): \$	\$ 11.800.000,00				
(16) Valor desplazamientos: \$	\$ 0.00				
(17) Adición (\$):	\$ 0.00				
(18) Prórroga (tiempo)					
(19) Suspensión					
(20) Cesión:					
(21) Concepto del pago:	Pago No. 1 del 18-01-2024 al 30-01-2024				

Aspecto económico				
(22) Valor total contrato (inicial+adición) (vigencia 2024) \$	(23) Valor pagado (vigencia 2024) \$	(24) Valor a pagar (vigencia 2024) \$	(25) Saldo liberado (vigencia 2024) \$	(26) Saldo por pagar (vigencia 2024) \$
\$ 137.666.667,00	\$ 0,00	\$ 5.113.333,00	\$ 0,00	\$ 132.553.334,00

Pago aportes salud - pensiones - parafiscales	
(27) Salud valor aporte: \$	\$ 255.800,00
(28) Pensión valor aporte: \$	\$ 327.400,00
(29) ARL: \$	\$ 10.700,00
(30) Planilla de pago No.	9462621862
(31) Fecha:	5/02/2024
(32) Certificación parafiscales de fecha:	

(33) Concepto supervisor (es) y/o interventor (es)	
<p>El/la contratista, CARLOS FABIAN MENESES PAEZ, cumplió con las obligaciones contraídas en el contrato No. 89 de 2024, 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.</p> <p>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).</p> <p>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</p> <p>Por lo anterior, se debe pagar a el/la contratista la suma de \$ 5.113.333,00</p>	

(34) Observaciones:
<div> <div>  </div> <div> Firmado digitalmente por Yenny Pilar Torres Castro </div> </div> <p>YENNY PILAR TORRES CASTRO</p> <p>Supervisor</p>
(36) Fecha: 31/01/2024
Bogotá D. C.

FORMATO ACUERDO DE EJECUCIÓN CONTRACTUAL

Naturaleza del proceso:	Apoyo	Código:	GCOF03	Versión:	01
-------------------------	--------------	---------	---------------	----------	-----------

Contrato de prestación de Servicios No. MSPS-89-2024

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: No
- 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: 31/01/2024

SUPERVISOR Nombre: Yenny Pilar Torres Castro Dependencia: Jefe OAPES	Firma
	  Firmado digitalmente por Yenny Pilar Torres Castro
CONTRATISTA Nombre: Carlos Fabián Meneses Páez	Firma
	  Firmado digitalmente por Carlos Fabian Meneses Paez

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.

DATOS GENERALES DEL APORTANTE								
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1110472454		MENESES PAEZ CARLOS FABIAN	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	Conjunto Foresta Torre 2 Apto 105	IBAGUE-TOLIMA	2664972	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Período		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2024-01	2024-01	435613847	9462621862	I	2024/02/13	2024/02/05	BANCO DE BOGOTA		\$593,900

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
1	CC	1110472454	MENESES PAEZ CARLOS FABIAN	230201	30	\$2,046,000	\$327,400	EPS005	30	\$2,046,000	\$255,800		0	\$0	\$0	14-25	30	\$2,046,000	\$10,700
Total Afiliados (1)					\$2,046,000	\$327,400			\$2,046,000	\$255,800			\$0	\$0			\$2,046,000	\$10,700	

RESUMEN DE PAGO							
RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$327,400	\$0	\$327,400
PROTECCION	230201	800,229,739	0	1	\$327,400	\$0	\$327,400
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$10,700	\$0	\$10,700
COLMENA	14-25	800,226,175	3	1	\$10,700	\$0	\$10,700
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$255,800	\$0	\$255,800
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	1	\$255,800	\$0	\$255,800
TOTAL				1	\$593,900	\$0	\$593,900



I.P.S. CENTRO DE DIAGNOSTICO OCUPACIONAL

Licencia en Seguridad y Salud en el Trabajo 1567 del 2023
CÓDIGO DE HABILITACIÓN SECRETARÍA DE SALUD DPTAL 11 001 37 12 201



CERTIFICADO MEDICO LABORAL B212590

Sede de atención: BOGOTÁ Ciudad de atención: BOGOTÁ Fecha de atención: 2023-07-31 14:13 Fecha de impresión: 2023-07-31 (1234644180)



Datos de la Empresa

RAZÓN SOCIAL: PARTICULARES BOGOTÁ
DIRECCIÓN: -
NIT: 000000036
EMPRESA MISIÓN: PARTICULARES BOGOTÁ

TELÉFONOS: -
PROFESIOGRAMA: No
Ciudad: - - -

Datos del Usuario

NOMBRE: CARLOS FABIAN MENESES PAEZ
DIRECCIÓN: CLL 8 C 88 B CASA 90 EP 2
CARGO: PROFESIONAL EN SIG
DOMINANCIA: DIESTRO
TIPO DE EXAMEN: PRE - INGRESO

IDENTIFICACION: CC 1.110.472.454
EDAD: 35 AÑOS
GÉNERO: MASCULINO
TELÉFONOS: 3102554527
ESTADO CIVIL: CASADO(A)

Servicios Realizados

Las recomendaciones medicas se definieron con base a los resultados de los siguientes exámenes practicados:

CONSULTA MEDICO OCUPACIONAL
• ÉNFASIS OSTEOMUSCULAR

Conducta Medico Laboral para el Cargo

CONDICIONES ADECUADAS PARA DESEMPEÑAR EL CARGO

Conducta Médico para Énfasis Osteomuscular

EVALUACIÓN SATISFACTORIA ASOCIADA AL ÉNFASIS

Vacunación COVID19

¿Esta vacunado para COVID19?

SI

Cantidad de Dosis Aplicadas

1

Marca de la Vacuna

JANSSEN

Estilos de vida Saludables para el Usuario

- ☒ REALIZAR PAUSAS ACTIVAS DURANTE LA JORNADA LABORAL.
- ☒ REALIZAR HIGIENE POSTURAL INTRA Y EXTRALABORAL.
- ☒ USO CORRECCIÓN ÓPTICA CONTINUA PARA LABORES.
- ☒ DIETA BAJA EN CARBOHIDRATOS.
- ☒ DIETA BAJA EN GRASAS
- ☒ REALIZAR ACTIVIDAD FÍSICA EN SU TIEMPO LIBRE.
- ☒ CONTINUAR MANEJO DE MEDICO TRATANTE DE EPS.
- ☒ VALORACIÓN Y/O CONTROL POR NUTRICIÓN POR EPS.

Recomendaciones Laborales

☒ NINGUNA

Temporalidad o Vigencia de Recomendaciones Laborales NO APLICA

Restricciones Laborales

☒ NINGUNA

Temporalidad o Vigencia de Restricciones Laborales NO APLICA

Consentimiento Informado y Autorización para Tratamiento de Datos Personales

Autorizo a I.P.S. CENTRO DE DIAGNOSTICO OCUPACIONAL, a realizar en mi examen médico y/o paraclinico(s) ocupacional(es), registrado(s) en este documento. El (la) Profesional de la Salud abajo mencionado me ha explicado la naturaleza y propósito del examen médico y/o paraclinico(s) ocupacional(es). He comprendido y he tenido oportunidad de analizar el propósito, los beneficios, la interpretación, las recomendaciones, las limitaciones y riesgos del examen médico y/o paraclinico(s) ocupacional(es), a partir de la asesoría brindada antes de la respectiva toma de los exámenes.

Entiendo que la realización de esta(s) prueba(s) es voluntaria y que tuve oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento antes de que se realizara el(los) examen(es). Las respuestas dadas por mí en este(s) examen(es) está(n) completa(s) y verídica(s). Autorizo a I.P.S. CENTRO DE DIAGNOSTICO OCUPACIONAL para que suministre las personas o entidades contempladas en la misma legislación la información contenida en estos exámenes. Finalmente manifiesto que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento para la realización de los exámenes médicos.

Así mismo notifico que la I.P.S. CENTRO DE DIAGNOSTICO OCUPACIONAL me informo que de conformidad con lo establecido en el Decreto 1072 de 2015, Artículo 2.2.4.6.10, Numeral 1, debo procurar el cuidado integral de mi salud, por lo anterior debo acoger y dar tratamiento a las recomendaciones y restricciones dadas por el medico laboral durante la consulta medica y las emitida en este documento, las cuales estarán sujetas al seguimiento y control periódico. De igual manera, certifico que he sido retroalimentado sobre los resultados de mi valoración médica ocupacional y las medidas de prevención que debo tomar, de acuerdo con lo exigido por la Res.0312-19 Cap. 3, Art 16.

Dando cumplimiento a lo dispuesto en la Ley 1581 de 2012 y de conformidad con lo señalado en el Decreto 1377 de 2013, con mi firma manifiesto que he sido informado por SERVICIOS DE GESTIÓN INTEGRADA S.A.S al respecto del tratamiento de datos personales de los cuales soy titular.

EL PRESENTE CERTIFICADO NO ASEGURA QUE SE REALICE LA CONTRATACIÓN CORRESPONDIENTE POR PARTE DE LA EMPRESA SOLICITANTE. Verifique la autenticidad del presente documento a través de la consulta del código QR.

VANESSA CORREA MURCIA
PROFESIONAL DE LA SALUD - MEDICO ESPECIALISTA SST
TARJETA PROFESIONAL No. 1020786135 //LIC SST 15346 DE 2021

Email: pqr@sgi.com.co :: Sitio web: www.ipscdo.com.co - www.alturasyanclajes.com

CARLOS FABIAN MENESES PAEZ
C.C. 1.110.472.454
PACIENTE



CERTIFICACIÓN DE AFILIACIÓN

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

NOMBRE: MENESES PAEZ CARLOS FABIAN

IDENTIFICACIÓN: CC 1110472454

INICIO VIGENCIA: 18/01/2024

FECHA INICIO CONTRATO: 17-01-2024

FECHA FIN CONTRATO: 30-12-2024

TIPO DE TRABAJADOR: Independiente

SEDE: PRINCIPAL

CLASE: 1

TASA: 0,522

CODIGO ACTIVIDAD ECONOMICA DEL TRABAJADOR: 1702001

DESCRIPCION ACTIVIDAD ECONOMICA: Actividades de consultoría de gestión, incluye asesoría, orientación y asistencia operacional a empresas y otras organizaciones sobre cuestiones de gestión, como la planificación estratégica y organi (Decreto 768 de 2022)

DATOS CONTRATANTE

CONTRATANTE: MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCION SOCIAL

CC /NIT: NI 900474727

CONTRATO: 95000823

ESTADO ACTUAL CONTRATO: ACTIVO

CODIGO ACTIVIDAD ECONOMICA DEL CENTRO DE TRABAJO: 1841201

DESCRIPCION ACTIVIDAD ECONOMICA: Actividades ejecutivas de la administración pública, incluye el desempeño de las funciones gubernamentales de carácter ejecutivo, desarrolladas por los órganos y organismos centrales, regionales y loc (Decreto 768 de 2022)

La presente se expide a los 07 días del mes de febrero del año 2024.

Cualquier información adicional que se requiera sobre los datos contenidos en el presente documento, no dude en consultarla a través de nuestra Línea Efectiva 01-8000-9-19667 gratis a nivel nacional o al teléfono 6014010447 en Bogotá.

Cordialmente,

Gerente de Servicio

Colmena Seguros

PROGRAMA DE INDUCCIÓN Y REINDUCCIÓN VIRTUAL EVALUACIÓN

MinSalud (<https://www.minsalud.gov.co/paginas/default.aspx>) > Programa de
Inducción y Reinducción Virtual - Evaluación ([Evaluacion.aspx](https://www.minsalud.gov.co/paginas/default.aspx)) > Evaluacion
2024-02-05

*Campo obligatorio

EVALUACIÓN DE INDUCCIÓN Y REINDUCCIÓN VIRTUAL

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:* 1110472454

Nombre Completo:* MENESES
PAEZ
CARLOS
FABIAN

Dependencia:*
OFICINA ASESORA DE PLANEACIÓN Y ESTUDIOS SECTORIALES

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

Cargo:* Contratista OAPES Correo
electrónico:* cmeneses@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:
16

Respuestas
Incorrectas:

Tu calificación
es:
Sobresaliente

Volver al formulario
(<https://enlinea.minsalud.gov.co/encuestas/Evaluacion.aspx>)

Imprimir Resultado

Evaluación virtual Consultas



Conmutador: (57-1) 330 5000
Central de fax: (57-1) 330 5050
Línea de atención de desastres:
(57-1) 330 5071 - 24 horas



Punto de atención presencial:
Carrera 13 No. 32-76 Piso 1, Bogotá,
Código postal 110311
Lunes a viernes de 8:00 a.m. a 5:00 p.m. en jornada continua



Centro de contacto:
En Bogotá: (57-1) 589 3750
Resto del país: 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.



D

A⁻A⁺

REPÚBLICA DE COLOMBIA

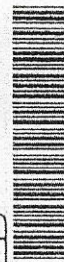
REGISTRO CIVIL
FIRMADO DIGITALMENTE



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



Adhesivo Copia
Registro Civil



5 9 5 7 4 4 2 1

NUIP 1188972514

REGISTRO CIVIL
DE NACIMIENTO

Indicativo
Serial

59574421

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría ☒	Nolaria ☐	Número <input type="text"/>	Consulado ☐	Corregimiento ☐	Inspección de Policía ☐	Código	E	H	M
País - Departamento - Municipio - Corregimiento o Inspección de Policía									
COLOMBIA - TOLIMA - ESPINAL ESPINAL. HOSP. SAN RAFAEL *****									

Datos del Inscrito

Primer Apellido				Segundo Apellido							
MENESES *****				ROJAS *****							
Nombre(s)											
MARÍA PAZ *****											
Fecha de nacimiento				Sexo (en letras)		Grupo sanguíneo		Factor RH			
Año	2	0	1	9	Mes	F	E	B	Día	1	8
				FEMENINO		O		POSITIVO			
Lugar de nacimiento (País - Departamento - Municipio - Corregimiento o Inspección)											
COLOMBIA - TOLIMA - ESPINAL *****											

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos	Número certificado de nacido vivo
CERTIFICADO MEDICO O DE NACIDO VIVO *****	15124697-2 *****

Datos de madre o padre (Para casos de pueblos indígenas con línea matrilineal, o parejas del mismo sexo, anotar el progenitor que indiquen los declarantes para el primer apellido del Inscrito)

Apellidos y nombres completos	
ROJAS QUIMBAYA EDNA ROCIO *****	
Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC No. 1105670656 *****	COLOMBIA *****

Datos de padre o madre (Para casos de pueblos indígenas con línea matrilineal, o parejas del mismo sexo, anotar el progenitor que indiquen los declarantes para el segundo apellido del Inscrito)

Apellidos y nombres completos	
MENESES PAEZ CARLOS FABIAN *****	
Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC No. 1110472454 *****	COLOMBIA *****

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos	
MENESES PAEZ CARLOS FABIAN *****	
Documento de identificación (Clase y número)	Firma
CC No. 1110472454 *****	

Datos primer testigo

Apellidos y nombres completos	

Documento de identificación (Clase y número)	Firma
*****	*****

Datos segundo testigo

Apellidos y nombres completos	

Documento de identificación (Clase y número)	Firma
*****	*****

Fecha de inscripción	Nombre y firma del funcionario que autoriza
Año 2 0 1 9 Mes F E B Día 1 9	RAFAEL GORDILLO MESA Nombre y firma

Reconocimiento paterno	Nombre y firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento
Firma	Nombre y firma

ESPACIO PARA NOTAS

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
TARJETA DE IDENTIDAD

NÚMERO **1.070.604.702**

MENESES PERDOMO

APELLIDOS

JUAN ESTEBAN

NOMBRES

JUAN ESTEBAN MENESES

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **15-AGO-2009**

GIRARDOT
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

15-AGO-2027
FECHA DE VENCIMIENTO

10-OCT-2016 IBAGUE
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

O+
G S RH

M
SEXO



REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GÁMEZ VACA



P-2900150-00857418-M-1070604702-20161020 0051945676A 1 1614138733



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

NUIP 1.070.604.702

REGISTRO CIVIL
DE NACIMIENTO

Indicativo
Serial

43310014

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina															
Registraduría	☒	Notaría	☐	Número	☐	Consulado	☐	Corregimiento	☐	Inspección de Policía	☐	Código	J	4	M
Pais - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección de Policía															
REGISTRADURIA DE GIRARDOT - COLOMBIA - CUNDINAMARCA - GIRARDOT															
Datos del inscrito															
Primer Apellido								Segundo Apellido							
MENESES								PERDOMO							
Nombre(s)															
JUAN ESTEBAN															
Fecha de nacimiento								Sexo (en letras)				Grupo sanguíneo		Factor RH	
Año	2	0	0	9	Mes	A	G	O	Día	1	5	MASCULINO	0	POSITIVO	
Lugar de nacimiento (Pais - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección)															
COLOMBIA CUNDINAMARCA GIRARDOT															
Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos												Número certificado de nacido vivo			
CERTIFICADO MEDICO O DE NACIDO VIVO												51686808-1			
Datos de la madre															
Apellidos y nombres completos															
PERDOMO GOMEZ ANGY MARCELA															
Documento de identificación (Clase y número)												Nacionalidad			
TI 940921-07790												COLOMBIA			
Datos del padre															
Apellidos y nombres completos															
MENESES PAEZ CARLOS FABIAN															
Documento de identificación (Clase y número)												Nacionalidad			
CC 1.110.472.454												COLOMBIA			
Datos del declarante															
Apellidos y nombres completos															
MENESES PAEZ CARLOS FABIAN															
Documento de identificación (Clase y número)												Firma			
CC 1.110.472.454												FDO INSCRIPCION X CORREO			
Datos primer testigo															
Apellidos y nombres completos															
Documento de identificación (Clase y número)												Firma			
Datos segundo testigo															
Apellidos y nombres completos															
Documento de identificación (Clase y número)												Firma			
Fecha de inscripción										Nombre y firma del funcionario que autoriza					
Año	2	0	0	9	Mes	S	E	P	Día	0	9	BEATRIZ CONSUELO POSADA DE LOZANO			
										Nombre y firma					
Reconocimiento paterno										Nombre y firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento					
Firma										Nombre y firma					
ESPACIO PARA NOTAS															
09.SEP.2009 - INSCRIPCION POR CORREO - OF RMC-390 DE FECHA AGOSTO 29 DE 2009 CALIFICADA POR LA REGISTRADORA DE CUNDAY TOLIMA.															

- ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO -



ES FIEL COPIA TOMADA DE SU ORIGINAL, SE EXPIDE PARA ACREDITAR
PARENTESCO, DE CONFORMIDAD CON EL ARTICULO 115 DECRETO LEY
1260 DE 1970.

VALIDO SIN SELLO DECRETO 2150 DE 1995.

CLARA INES GARCIA SANCHEZ
Registradora Especial del Estado Civil
Girardot, Cundinamarca

123 MAR 2019