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 Ibague

LA SUMA DE: ONCE MILLONES OCHOCIENTOS MIL PESOS M/CTE ($11.800.000)

POR CONCEPTO DE: Honorarios mensuales

Contrato No.: 89 de 2024

DESEMBOLSO No.: 2

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: 01/02/2024 - 29/02/2024

FECHA: 7/03/2024

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					
Naturaleza del proceso:	**Apoyo**	**Código:**	**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	LUZ ELENA OCHOA TORRES	**Teléfono / Extensión**	2050
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 terminacion**	30 de dicembre de 2024
Período objeto del informe:	01 de Febrero de 2024 – 29 de Febrero 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 mes de febrero de de 2024.	No aplica	El contratista desarrolló y cumplió con las obligaciones y productos relacionados en este numeral.
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 desarrolló y cumplió con las obligaciones relacionadas en este numeral.
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 se realizaron desplazamientos.	No aplica	No se realizaron desplazamientos para el desarrollo de las obligaciones del contrato.

	administrativo correspondiente.			
4	Reportar de manera inmediata cualquier novedad o anomalía, al supervisor del contrato.	No se presentaron novedades.	No aplica	Durante la ejecución del contrato para este periodo no se presentó alguna novedad o anomalía.
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.	La actividad se ejecutará una vez se finalice el contrato.	No aplica	No aplica
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 presentando planilla N No. 9463929404 del mes de febrero	Se presenta planilla N No. 9463929404 del mes de febrero	El contratista desarrolló y cumplió con las obligaciones y productos relacionados en este numeral.
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 desarrolló y cumplió con las obligaciones relacionadas en este numeral
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 desarrolló y cumplió con las obligaciones y productos relacionados en este numeral.
9	Firmar un compromiso de confidencialidad y no divulgación con respecto a toda la información obtenida por **EL/LA CONTRATISTA**	Se firmo el compromiso de confidencialidad y no divulgación en el primer informe de pago correspondiente al mes de enero.	No aplica	El contratista desarrolló y cumplió con las obligaciones y productos relacionados en este numeral.

	durante la prestación del servicio.			
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.	Esta actividad se ejecutará una vez culmine el contrato.	No aplica	No aplica
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 desarrolló y cumplió con las obligaciones relacionadas en este numeral.
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 desarrolló y cumplió con las obligaciones relacionadas en este numeral
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 en el mes de enero dentro del plazo establecido.	Se constituyó la garantia y se adjunto como soporte en el pago N.1 del mes de enero de 2024.	No aplica
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 conste la afiliación al Sistema	No aplica	El contratista desarrolló y cumplió con las obligaciones y productos relacionados en este numeral.

	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.	General de Riesgos Laborales en el primer pago correspondiente al mes de enero.		
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.	Esta actividad se ejecutará una vez culmine el contrato.	No aplica.	No aplica.
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 mes de febrero 2024.	Se anexa informe parcial de ejecución y supervisión	El contratista desarrolló y cumplió con las obligaciones y productos relacionados en este numeral.
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	La inducción virtual y reinducción se realizo y presentó como soporte del pago N. 1 del mes de enero de 2024.	No aplica	No aplica

	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.	No se requieren elementos de protección personal.	No aplica.	Para la actividad realizada objeto de este contrato, no se requieren elementos de protección personal
19	Reportar a la ARL e Informar al MINISTERIO la ocurrencia de incidentes, accidentes de trabajo y enfermedades laborales.	No se presentaron accidentes ni incidentes.	No aplica	Para este periodo de ejecución del contrato no se presentó la ocurrencia de incidentes, accidentes de trabajo y enfermedades laborales
20	Participar en las actividades de Prevención y Promoción organizadas por EL MINISTERIO o la Administradora de Riesgos Laborales.	No se realizaron actividades de prevención y promoción.	No aplica	Para este periodo de ejecución del contrato no se participo en las actividades de Prevención y Promoción organizadas por EL MINISTERIO o la Administradora de Riesgos Laborales.
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. Se participo en el taller del cambio asociado a la plataforma documental y el proceso de transiccion Se participo en la mesa de trabajo de riesgos del proceso con el grupo GDO según la metodología para el cierre de riesgos de la vigencia 202 e identificación de nuevos riesgos o controles para el proceso. Se participo en la reunión del grupo GDO para establecer el	Base de datos de alcaldes, gobernadores, secretarios de salud y coordinadores de salud publica del departamento del Tolima y huila. Evidencia de particpacion con el diligenciamieto del formulario. Soporte pantallazo y correo electrónico.	El contratista desarrolló y cumplió con las obligaciones y productos relacionados en este numeral.

		cronograma y las obligaciones del equipo GDO.	Documento temáticas asignadas a profesionales del GDO:	

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 Función Pública, así como su armonización con el Sistema Integrado de Gestión Institucional y orientación para la consolidación del Modelo a Nivel Sectorial.	Se apoyo con la metodolgia y cronograma para el reporte del FURAG 2023.	Presentacion metodología y cronograma reporte del FURAG 2023.	El contratista desarrolló y cumplió con las obligaciones y productos relacionados en este numeral.
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 participo en el Subcomite Integrado de Gestion de la OAPES. Se aporto al documento de consulta remitido al ICONTEC en referencia al proceso de de certificación del Minsalud. Se socializaron los resultados de evaluación de servicios internos a los coordinadores respondables de el grupo de planeación y grupo de desarrollo organizacional.	Acta de comité y lista de asistencia. Documento de preguntas ICONTEC. Informe resultados de servicios internos.	El contratista desarrolló y cumplió con las obligaciones y productos relacionados en este numeral.

		Se realizo seguimiento a las acciones pendientes del proceso de Direccionamiento Estrategico Grupo de Planeacion frente al Sistema de Gestion.	Correo electonico con las acciones pendiente o en proceso.	
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 brindo asesoría frente a la metodología de formulación y seguimiento de los planes estratégicos y planes de acción de las Fuerzas Militares. Se realizo mesa de trabajo con el Fondo nacional de Estupefacuentes para la formulación y seguimieto al PES. Se realizo mesa de trabajo con el IETS para la formulación y seguimieto al PES. Se envio presentacon del Plan Estrategico Institucional para consolidar la resopuesta de la cuenta anual SIRECI. Se envio concepto del Plan de Desarrollo Institucional y el Acuerdo Corporativo del Instituto Nacional de Cancerologia solicitado por el Viceministro Urrego. Se revisó el Plan de Desarrollo Institucional 2023-2026 del INC, realizado las observaciones técnicas. Se reviso y emitio concepto del Plan de Acción de la Comisión Intersectorial para la Atención Integral a la Primera Infancia CIPI	Listados de asistencia Listado de asistencia Listado de asistencia. Correo electrónico con la presentación. Concepto emitido del PDI y acuerdo corporativo. Correo electrónico con documento de observaciones. Concepto plan de acción.	El contratista desarrolló y cumplió con las obligaciones y productos relacionados en este numeral.

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 apoyo con la consolidación y reporte de la cuenta anual SIRECI vigencia 2023 a cargo de la OAPES.	Formularios Cuenta Anual SIRECI 2023.	El contratista desarrolló y cumplió con las obligaciones y productos relacionados en este numeral.
5	Apoyar al Ministerio de Salud y Protección Social en la orientación 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.	Se realizo la revisión, comsoidacion y reporto del Plan Estrategcio SEctrorial 2023-2026.	Seguimiento Plan Estrategico Sectorial 2023-2026	El contratista desarrolló y cumplió con las obligaciones y productos relacionados en este numeral.
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 apoyo con el proyecto de respuesta de memorando a la OCI de acuerdo al requerimiento de reporte de la cuenta anual SIRECI 2023.	Proyecto Memorando Resouesta OCI.	El contratista desarrolló y cumplió con las obligaciones y productos relacionados en este numeral.

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 procuro el cuidado integral de la salud.	No aplica	No aplica
2	Contar con los elementos de protección personal necesarios para ejecutar la actividad contratada, para lo cual asumirá su costo.	En el marco de ejecución del contrato no se requieren elementos de protección específicos para desempeñar las actividades.	No aplica	Para la actividad realizada objeto de este contrato, no se requieren elementos de protección personal

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	Para este periodo de ejecución del contrato no se presentó la ocurrencia de incidentes, accidentes de trabajo y enfermedades laborales
4	Participar en las actividades de Prevención y Promoción organizadas por EL MINISTERIO o la Administradora de Riesgos Laborales.	No se realizaron actividades de prevención y promoción.	No aplica	Para este periodo de ejecución del contrato no se participo en las actividades de Prevención y Promoción organizadas por EL MINISTERIO o la Administradora de Riesgos Laborales.
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 desarrolló y cumplió con las obligaciones y productos relacionados en este numeral.

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: 07/03/2024

INFORME PARCIAL DE SUPERVISIÓN

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

1. El contratista durante el periodo señalado, desarrolló y cumplió las actividades, presentó y entregó los informes, productos y demás obligaciones pactadas en el Contrato en mención (anteriormente presentadas). SI ☒ NO☐

2. De conformidad con las disposiciones legales efectuó el pago a los aportes respectivos al sistema de seguridad social integral en salud y pensiones y/o aportes parafiscales. (Se anexan comprobantes de pago de los aportes).

3. El contratista 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☐

4. Apruebo los informes, productos y demás documentos presentados y entregados por El contratista durante el periodo mencionado en desarrollo de las obligaciones pactadas en el Contrato en mención. SI ☒ NO☐

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

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	La jefe de la Oficina Asesora de Planeación y Estudio Sectoriales, YENNY PILAR TORRES CASTRO delega la supervisión del contrato a la Coordinadora del Grupo de desarrollo, LUZ ELENA OCHOA TORRES, a partir del 01 de febrero de 2024.

En constancia, firmo:

Luz Elena Ochoa Torres
Firmado digitalmente por Luz Elena Ochoa Torres
Fecha: 2024.03.08 15:26:40 -05'00'

LUZ ELENA OCHOA TORRES
Supervisor (es)/Interventor (es)

Lugar y Fecha: Bogotá, D. C., Jueves, 07 de Marzo de 2024

COLOMBIA POTENCIA DE LA VIDA

Salud

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):			Luz Elena Ochoa Torres	
(8) Dependencia:	Oficina Asesora de Planeación y Estudios Sectoriales		(9) No. Extensión o teléfono:	2050
(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. 2 del 01-02-2024 al 29-02-2024			

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	$ 5.113.333,00	$ 11.800.000,00	$ 0,00	$ 120.753.334,00

Pago aportes salud - pensiones - parafiscales

(27) Salud valor aporte: $	$ 590.000,00	(28) Pensión valor aporte: $	$ 755.200,00
(29) ARL: $	$ 24.700,00		
(30) Planilla de pago No.	9463929404	(31) Fecha:	4/03/2024
(32) Certificación parafiscales de fecha:			

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

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.

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 ☑SI ☐NO

Por lo anterior, se debe pagar a el/la contratista la suma de $ $ 11.800.000,00

(34) **Observaciones:**	La jefe de la Oficina Asesora de Planeación y Estudio Sectoriales, YENNY PILAR TORRES CASTRO delega la supervisión del contrato a la Coordinadora del Grupo de desarrollo, LUZ ELENA OCHOA TORRES, a partir del 01 de febrero de 2024.Se presenta planilla N No. 9463929404 del mes de febrero, con el valor del IBC correspondiente a los honorarios mensuales.
(35) **Firma responsables:**	Luz Elena Ochoa Torres Firmado digitalmente por Luz Elena Ochoa Torres Fecha: 2024.03.08 15:27:16 -05'00' **LUZ ELENA OCHOA TORRES** Supervisor
(36) Fecha: 07/03/2024	Bogotá D. C.

Instructivo diligenciamiento (no imprimir):

1	Indicar número y vigencia asignado al contrato.
2	Indicar el nombre del contratista o del representante legal de la firma a la que se asignó el contrato.
3	Indicar dirección del contratista o de la firma a la que se asignó el contrato.
4	Indicar número telefónico del contratista o de la firma a la que se asignó el contrato.
5	Indicar número de cédula de ciudadanía o número NIT.
6	Indicar correo electrónico del contratista o de la firma.
7	Indicar el nombre completo del supervisor (es) y/o interventor (es) del contrato. Detallar si hubo cambio de supervisión (temporal o definitiva-nombre-fechas designación.
8	Indicar la dependencia en donde realice las actividades el contratista o la que solicitó la contratación.
9	Indicar número de extensión o teléfono del contratista o de la firma.
10	Indicar objeto del contrato.
11	Indicar el término del tiempo de duración total del contrato.
12	Indicar fecha de inicio de ejecución del contrato según aplique, aprobación de póliza o suscripción.
13	Indicar fecha de terminación del contrato.
14	Indicar valor inicial del contrato
15	Indicar el valor de los honorarios del contratista, mensuales o como se hayan pactado en el contrato.
16	Indicar si aplica el valor de desplazamientos del contratista o de la firma, de acuerdo al objeto contractual.
17	Indicar el valor de la adición, si aplica
18	Indicar el tiempo de prorroga del contrato, si aplica.
19	Indicar el tiempo de suspensión del contrato, si aplica.
20	Indicar el nombre del contratista o firma que cedió el contrato, si aplica.
21	Indicar el concepto del pago y el período de tiempo a pagar: p. Ej.: primer pago, del 8 de septiembre de 2010 a 8 de octubre de 2010.
22	Indicar el valor total del contrato, la suma del valor inicial del contrato más la adición si aplica.
23	Indicar el valor pagado a la fecha del contrato, discriminando Valores pagados por honorarios y por desplazamientos según vigencias si a ello hubiere lugar.
24	Indicar el valor a pagar de acuerdo al concepto del pago.
25	Indicar el valor a liberado por el MSPS según vigencias si a ello hubiere lugar.
26	Indicar el saldo por pagar del total del contrato.
27	Indicar el valor del aporte por concepto de salud.
28	Indicar el valor del aporte por concepto de pensión.
29	Indicar el valor del aporte por concepto de ARL
30	Indicar el número de la planilla de pago de salud – pensión – parafiscales.
31	Indicar fecha de la planilla de pago de salud – pensión – parafiscales.
32	Relacionar fecha de certificación de parafiscales, si aplica.
33	Indicar el concepto del supervisor y/o interventor del contrato de acuerdo al avance y cumplimiento del contrato.
34	Indicar observaciones, si aplica.
35	Firmar por parte del supervisor (es) y/o interventor (es).
36	Indicar ciudad y fecha en que se radica el formato.

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., 7-mar 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 **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.: **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	5	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, 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,

Firmado digitalmente por Carlos Fabian Meneses Paez

Carlos Fabian Meneses Paez

c.c. 1110472454

aportes en línea

Planilla Resumen

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

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2024-02	2024-02	491724805	9463929404	N	2024/03/13	2024/03/04	BANCO DE BOGOTA	0	$473,000

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO			NOVEDADES																PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES				
No.	Identificación		Nombre	ing	ret	tde	tae	tdp	tap	vsp	cor	vst	sln	ige	lma	vac	avp	vct	irl	vip	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Dias	IBC	Aporte	Exonerado SENA e ICBF	Total Aportes
1	CC	1110472454	MENESES CARLOS								A	X									230201	30	($3,090,000)	($494,400)	EPS005	30	($3,090,000)	($386,300)		0	$0	$0	14-25	30	($3,090,000)	($16,200)	0	$0	$0	No	($896,900)
2	CC	1110472454	MENESES CARLOS								C	X									230201	30	$4,720,000	$755,200	EPS005	30	$4,720,000	$590,000		0	$0	$0	14-25	30	$4,720,000	$24,700	0	$0	$0	No	$1,369,900
Total Afiliados(1)																							$1,630,000	$260,800			$1,630,000	$203,700			$0	$0			$1,630,000	$8,500		$0	$0		$473,000

aportes en línea

Planilla Resumen

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

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2024-02	2024-02	491724805	9463929404	N	2024/03/13	2024/03/04	BANCO DE BOGOTA	0	$473,000

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$260,800	$0	$0	$260,800
PROTECCION	230201	800,229,739	0	1	$260,800	$0	$0	$260,800
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$8,500	$0	$0	$8,500
COLMENA	14-25	800,226,175	3	1	$8,500	$0	$0	$8,500
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$203,700	$0	$0	$203,700
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	1	$203,700	$0	$0	$203,700
TOTAL				1	$473,000	$0	$0	$473,000

REPÚBLICA DE COLOMBIA

REGISTRO CIVIL
FIRMADO DIGITALMENTE

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

REGISTRADURÍA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

Adhesivo Copia Registro Civil
24284612-8

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	Notaría	Número	Consulado	Corregimiento	Inspección de Policía	Código	E	H	M
X									

País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/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 2019 Mes FEB Día 18	FEMENINO	O	POSITIVO

Lugar de nacimiento (País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/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 2019 Mes FEB Día 19	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

O+
G S RH

M
SEXO

10-OCT-2016 IBAGUE
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA

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

REPÚBLICA DE COLOMBIA

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 [X] Notaría [ ] Número [ ] Consulado [ ] Corregimiento [ ] Inspección de Policía [ ] **Código** J 4 M

País - 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 2009 Mes AGO Día 15	MASCULINO	O	POSITIVO

Lugar de nacimiento (País - 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 2009 Mes SEP Día 09	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 -

IMPRESO POR PANAMERICANA FORMAS E IMPRESOS S.A. NIT 800.175.457-6 TEL. 430 2110

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.

Adhesivo Copia Registro Civil
23898278-0
REGISTRADURÍA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

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