Supersalud	GESTIÓN DE BIENES Y SERVICIOS	CÓDIGO	BSFT20
	ACTA DE INICIO	VERSIÓN	1
		FECHA	22/12/2022

CONTRATO No.: **ORDEN DE COMPRA No:**	**124 de 2024**	**PROCESO No.: (SECOP II)** **EVENTO DE COTIZACION No:** **(TVEC)**	SNS-CD-113-2024
No. EXPEDIENTE ELECTRONICO	20249400216070000088E		
OBJETO:	Prestar servicios profesionales para la actualización, publicación, implementación y seguimiento al Sistema Integrado de Conservación - SIC de la Superintendencia Nacional de Salud.		
NOMBRE O RAZÓN SOCIAL DEL CONTRATISTA:	**ANGELA JIMENA PINILLA ACOSTA**		
IDENTIFICACIÓN DEL CONTRATISTA:	C.C: 52.419.920		
REPRESENTANTE LEGAL: (Si aplica)	**N/A**		
IDENTIFICACIÓN DEL REPRESENTANTE LEGAL (Si aplica)	**N/A**		
VALOR DEL CONTRATO:	**TREINTA Y SEIS MILLONES TRESCIENTOS SESENTA Y NUEVE MIL SEISCIENTOS SESENTA Y SIETE PESOS ($36.369.667) M/CTE**.		
PLAZO:	El plazo para la ejecución del contrato será hasta el 30 de diciembre de 2024, contado a partir de la firma del acta de inicio del contrato, suscrita entre el contratista y el supervisor designado por LA SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD, previa la expedición del registro presupuestal, la aprobación de las garantías, la afiliación y entrada en vigencia de la ARL, y la verificación por parte del Supervisor del contrato, sobre el cumplimiento de las obligaciones del contratista relacionadas con el sistema de Seguridad Social Integral y parafiscales, cuando corresponda		
FECHA DE INICIO:	**17/09/2024**		
FECHA DE TERMINACIÓN:	**30/12/2024**		
INTERVENTOR ___ **SUPERVISOR _x__**	Coordinador del Grupo de Gestión Documental		

Se reunieron OSCAR OSWALDO RINCÓN RODRÍGUEZ, en su calidad de supervisor, y ANGELA JIMENA PINILLA ACOSTA en calidad de contratista, con el fin de dejar constancia por medio de la presente acta de la iniciación real y efectiva del objeto del contrato.

Los riesgos amparados por la garantía están vigentes, de acuerdo con la verificación efectuada por la supervisión o interventoría.

En constancia se firma la presente acta por los que en ella intervinieron:

OSCAR OSWALDO RINCÓN RODRIGUEZ Coordinador del Grupo de Gestión Documental SUPERVISOR	 ANGELA JIMENA PINILLA ACOSTA **CONTRATISTA**

Supersalud	PROCESO GESTIÓN FINANCIERA	Código	GFFT14
	CERTIFICACIÓN DE SUPERVISIÓN PARA PAGO	Versión	3
		Fecha	8/03/2024

CIUDAD Y FECHA DE CERTIFICACIÓN: **Bogotá, Octubre de 2024**

EL (LA) SUSCRITO(A) SUPERVISOR (A) CERTIFICA QUE:

Que ÁNGELA JIMENA PINILLA ACOSTA identificado con C.C. o NIT No. 52419920, cumplió a cabalidad con las obligaciones o actividades del contrato No.124 del 2024, cuyo objeto es:Prestar servicios profesionales para la actualización, publicación, implementación y seguimiento al Sistema Integrado de Conservación - SIC de la Superintendencia Nacional de Salud.

PAGO CORRESPONDIENTE A: **del 17 al 30 de septiembre de 2024** **VALOR A PAGAR:** **4.671.333,33**

FACTURA No.	COMPROMISO PRESUPUESTAL(RP)	CÓDIGO RUBRO PRESUPUESTAL	CÓDIGO DEPENDENCIA	SALDO ANTERIOR	VALOR PRESENTE DE PAGO	SALDO DESPUÉS DE ESTE PAGO	FUENTE	RECURSO	VIGENCIA
	216824	C-1999-0300-14-20201C-1999053-02	19-10-00-12	**36.369.667**	4.671.333	31.698.333,67	PROPIOS	21	ACTUAL
					-				
TOTAL				**36.369.667,00**	**4.671.333,33**	**31.698.333,67**			

VALOR AHORRO CUENTAS AFC / PENSIONES VOLUNTARIAS $ _____

MES Y VALOR DE SEGURIDAD SOCIAL QUE ACREDITA: agosto 2024 $ 672.200

Nota: En caso de que se requiera realizar algún ajuste al valor del ahorro, se debe remitir nuevamente el formato Declaración Clasificación de Ingresos Para Efectos en Retención por Concepto de Renta (GFFT19)

SALDO A LIBERAR DEL PRIMER PAGO: $ _____

Entrada de Almacén No. _____

Esta certificación se expide con destino a la Coordinación del Grupo de Tesorería de la Superintendencia Nacional de Salud para efectos del valor total a pagar certificado.

Oscar Rincón Rodríguez

Firma Supervisor

Nombre: **Oscar Oswaldo Rincón Rodriguez**

Dependencia: **Grupo de Gestión Documental**

SEÑOR SUPERVISOR TENGA EN CUENTA QUE:

Para efectos de la procedibilidad del pago aquí autorizado, usted deja constancia del recibo y verificación de la publicación del Informe de Supervisión en el SECOP II y/o el cargue de la factura anterior en CCE, Sopena de omisión en su deber de seguimiento y control de la ejecución contractual

Supersalud	PROCESO GESTIÓN FINANCIERA	CÓDIGO	GFFT19
	DECLARACIÓN CLASIFICACIÓN DE INGRESOS PARA EFECTOS EN RETENCIÓN POR CONCEPTO DE RENTA	VERSIÓN	5
		FECHA	8/05/2024

INFORMACIÓN GENERAL			
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	Ángela Jimena Pinilla Acosta	**IDENTIFICACIÓN:**	52419920
NÚMERO DE CONTRATO Y AÑO:	124 de 2024	**CIUDAD DE RESIDENCIA:**	Tenjo

DE MANERA LIBRE Y ESPONTÁNEA BAJO LA GRAVEDAD DE JURAMENTO, DECLARO	
1.De acuerdo con lo establecido en el artículo 330 del Estatuto Tributario (E.T.) los ingresos derivados de la ejecución del contrato firmado con la Superintendencia Nacional de Salud corresponden a Rentas de Trabajo (artículo 103 A..)	NO
2.Pertenece al régimen simple de tributación	NO
3.Para la ejecución de la actividad derivada del contrato firmado con la Superintendencia Nacional de Salud, teniendo en cuenta el Articulo 8 del Decreto 2231 del 2023, informo bajo gravedad de juramento que solicito me apliquen: **Opción 1**:La retención con la tabla del artículo 383 del ET y su 25% exento ya que no utilizaré costos y deducciones en mis ingresos. **Opción 2:** La retención del articulo 392 del ET. ya que si utilizaré los costos y deducciones en mis ingresos.	Opción 2
4.Tengo uno o más contratos firmados con otra entidad	SI

Nota: Es importante tener presente que, según lo estipulado en el Artículo 383, Parágrafo 3, del Estatuto Tributario, las personas naturales tienen la facultad de solicitar que se les aplique una tarifa de retención en la fuente que sea superior a la establecida por defecto en dicho artículo. Para ello, deben formalizar su petición por escrito ante el agente de retención correspondiente. Cabe destacar que cualquier aumento en la tarifa de retención en la fuente entrará en vigor a partir del mes subsiguiente al de la presentación de la solicitud.

DEDUCCIONES EN BASE GRAVABLE DE RETENCIÓN EN LA FUENTE

1. Con el fin de acogerme al beneficio tributario por dependientes definido en el Art. 387 Parágrafo 2 del Estatuto Tributario, certifico que se encuentran a mi cargo los siguientes dependientes y para el efecto adjunto los documentos requeridos en cada caso:

MARQUE CON UNA (X)	TIPO DE DEPENDIENTE	NOMBRE DEL DEPENDIENTE	DOCUMENTO SOPORTE
x	Hijos menores de 18 años	Juanita Rodríguez Pinilla	Registro Civil de Nacimiento

x	Hijos con edad entre 18 y 23 años, en donde el contratista financie la educación formal Superior.	María José Rodríguez Pinilla	Certificado de instituciones formales de educación superior certificadas por el ICFES o la autoridad oficial correspondiente. ***Registro civil de nacimiento.***
	Hijos con edad entre 18 y 23 años, en donde el contratista financie la educación técnica no formal.		Certificado de programas técnicos de educación no formal debidamente acreditados por la autoridad competente. ***Registro civil de nacimiento.***
	Hijos mayores de 23 años, dependientes por factores físicos o psicológicos.		Certificado de Medicina Legal, de una Entidad Promotora de Salud (EPS) o cualquier otra entidad que legalmente sea competente. ***Registro civil de nacimiento.***
	Cónyuge o compañero permanente con dependencia económica por ausencia de ingresos anuales inferiores a 260 UVT.		Certificado de Contador Público. ***Documento que demuestre parentesco.***
	Cónyuge o compañero permanente con dependencia por factores físicos o psicológicos.		Certificado de Medicina Legal, de una Entidad Promotora de Salud (EPS) o cualquier otra entidad que legalmente sea competente. ***Documento que demuestre parentesco.***
	Padres y hermanos con dependencia económica por ausencia de ingreso o ingresos anuales inferiores a 260 UVT.		Certificado de Contador Público. ***Documento que demuestre parentesco.***
	Padres y hermanos con dependencia económica por factores físicos y psicológicos.		Certificado de Medicina Legal, de una Entidad Promotora de Salud (EPS) o cualquier otra entidad que legalmente sea competente. ***Documento que demuestre parentesco*** .

Certifico igualmente que la deducción de la base de retención en la fuente por concepto de dependientes cumple las restricciones establecidas en el parágrafo 4° del artículo 2° del Decreto 99 de 2013

2. Certificación de pagos efectuados por concepto de Seguros de Salud, Planes Complementarios o Planes de Medicina Prepagada (Art. 387 del Estatuto Tributario), en el cual soy el titular

MARQUE CON UNA (X)	CANTIDAD DE CERTIFICADOS	ENTIDAD CERTIFICADORA	AÑO QUE ESTÁ CERTIFICANDO
x	**1**	**COLMEDICA**	**2023**

3.Certificación de pagos efectuados por concepto de intereses o corrección monetaria originados en préstamos para adquisición de vivienda (Art. 387 del Estatuto Tributario), en el cual soy el titular

MARQUE CON UNA (X)	CANTIDAD DE CERTIFICADOS	ENTIDAD CERTIFICADORA	AÑO QUE ESTÁ CERTIFICANDO

4. Ahorro en cuentas para el fomento a la construcción (AFC) y/o Aporte de ahorro voluntario en pensiones			
ENTIDAD BANCARIA Y/O FONDO DE PENSIONES VOLUNTARIAS:		**NÚMERO DE CUENTA**	
VALOR DEL DESCUENTO		Es necesario anexar la certificación bancaria, no mayor a treinta (30) días	
FIRMA Y FECHA *De conformidad con lo dispuesto en el Artículo 7° (prohibición de declaraciones extra-juicio) del Decreto 19 de 2012*	 **9/10/2024**		

Nota: Bajo la gravedad de juramento, manifiesto que la información relacionada en este documento es veraz y las deducciones se solicitan únicamente para este contrato. Así mismo, me comprometo a informar a la Superintendencia Nacional De Salud cuando la situación de dependencia termine y/o se requiera modificar las condiciones enunciadas en la presente declaración.

De conformidad con lo dispuesto en las normas vigentes sobre protección de datos personales, en especial la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013, autorizo libre, expresa e inequívocamente a la Superintendencia Nacional de Salud- SNS, para que realice la recolección y tratamiento de mis datos personales que suministro de manera veraz y completa, los cuales serán utilizados para los diferentes aspectos relacionados con la gestión del talento humano de la entidad.
Así mismo, declaro que conozco que la recolección y tratamiento de mis datos se realizará de conformidad con la Política de Tratamiento de Datos Personales publicada en www.supersalud.gov.co, manifestando que he sido informado(a) de forma clara y suficiente de los fines de su tratamiento y la posibilidad que tenía de no efectuar la autorización en aquella información considerada sensible.
¿Autoriza expresa y libremente el tratamiento de los datos para las finalidades antes expuestas? Sí_ o No_

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 52419920		PINILLA ACOSTA ANGELA JIMENA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	cra 3 A # 26B - 60	TENJO-CUNDINAMARCA	5555555	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2024-08	2024-08	937894146	9473857788	I	2024/09/05	2024/09/26	BANCO DAVIVIENDA	21	$672,200

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
1	CC	52419920	PINILLA ACOSTA ANGELA JIMENA	25-14	30	$2,240,000	$358,400	EPS001	30	$2,240,000	$280,000		0	$0	$0	14-23	30	$2,240,000	$23,400	0	$0	$0
Total	**Afiliados(1)**					**$2,240,000**	**$358,400**			**$2,240,000**	**$280,000**			**$0**	**$0**			**$2,240,000**	**$23,400**		**$0**	**$0**

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$358,400	$5,600	$0	$364,000
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	1	$358,400	$5,600	$0	$364,000
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$23,400	$400	$0	$23,800
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	$23,400	$400	$0	$23,800
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$280,000	$4,400	$0	$284,400
ALIANSALUD EPS (ANTES COLMEDICA)	EPS001	830,113,831	0	1	$280,000	$4,400	$0	$284,400
TOTAL				1	$661,800	$10,400	$0	$672,200

2024/09/26 10:43 AM

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 141046891376

(415)7707212489984(8020) 000014104689137 6

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
5 2 4 1 9 9 2 0	0	Impuestos de Bogotá 3 2	

IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente	25. Tipo de documento	26. Número de Identificación	27. Fecha expedición
Persona natural o sucesión ilíquida 2	Cédula de Ciudadanía 1 3	5 2 4 1 9 9 2 0	

Lugar de expedición / 28. País	29. Departamento	30. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Bogotá D.C. 1 1	Bogotá, D.C. 0 0 1

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
PINILLA	ACOSTA	ANGELA	JIMENA

35. Razón social

36. Nombre comercial	37. Sigla

UBICACIÓN

38. País	39. Departamento	40. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Bogotá D.C. 1 1	Bogotá, D.C. 0 0 1

41. Dirección principal: VDA GUANGATA FCA SAN ESTEBAN TENJO CUNDINAMARCA

42. Correo electrónico: elcodicerestauracion@gmail.com

43. Código postal	44. Teléfono 1	45. Teléfono 2
	3 1 1 2 3 0 9 2 8 3	3 1 0 8 0 7 5 0 3 3

CLASIFICACIÓN

Actividad económica

Actividad principal		Actividad secundaria		Otras actividades		
46. Código	47. Fecha inicio actividad	48. Código	49. Fecha inicio actividad	50. Código	1	2
7 4 9 0	2 0 0 1 0 2 0 5	9 1 0 1	2 0 1 3 0 4 1 9	9 1 0 2	8 2 9 9	

Ocupación

51. Código	52. Número establecimientos

Responsabilidades, Calidades y Atributos

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26
53. Código	5	4	9																							

05- Impto. renta y compl. régimen ordinar

49 - No responsable de IVA

Usuarios aduaneros										
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
54. Código										
	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20

Exportadores					
55. Forma	56. Tipo	Servicio	1	2	3
		57. Modo			
		58. CPC			

IMPORTANTE: Sin perjuicio de las actualizaciones a que haya lugar, la inscripción en el Registro Único Tributario -RUT-, tendrá vigencia indefinida y en consecuencia no se exigirá su renovación

Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos SI [ ] NO [X] 60. No. de Folios: 0 61. Fecha 2024 - 06 - 17 / 15 : 48: 20

La información suministrada a través del formulario oficial de inscripción, actualización, suspensión y cancelación del Registro Único Tributario (RUT), deberá ser exacta y veraz; en caso de constatar inexactitud en alguno de los datos suministrados se adelantarán los procedimientos administrativos sancionatorios o de suspensión, según el caso, Parágrafo del artículo 1.6.1.2.6 del Decreto 1625 del 2016. De igual manera al formalizar el trámite el usuario fue informado y acepta la política de tratamiento de datos ley 1581 de 2012.

Firma del solicitante:

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.

Firma autorizada:

984. Nombre PINILLA ACOSTA ANGELA JIMENA

985. Cargo CONTRIBUYENTE

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
HACIENDA
Secretaría de Hacienda

DIRECCIÓN DE IMPUESTOS DE BOGOTÁ
REGISTRO DE INFORMACIÓN TRIBUTARIA - RIT
INFORMACIÓN BÁSICA DEL CONTRIBUYENTE

Fecha:11/09/2024

CONTRIBUYENTE	C.C. 52419920	ANGELA JIMENA PINILLA ACOSTA

INFORMACIÓN BÁSICA

Dirección: VDA GUANGATA FCA SAN ESTEBAN TENJO Teléfonos: 3108075033

Dirección electrónica: nenapiac@gmail.com Ciudad: BOGOTÁ DC Municipio: BOGOTÁ, D.C.

Fecha de Inscripción: 28/02/2018 Soporte Inscripción: -

PERFIL TRIBUTARIO

Naturaleza Jurídica: PERSONA NATURAL Régimen tributario: PREFERENCIAL ICA Fecha desde: 30/01/2006

Matrícula Mercantil: NO Fecha inicio de Actividades: 30/01/2006 Fecha de cese de Actividades: NO No. Establecimientos: 0

Actividad 1: 74902 - OTRAS ACTIVIDADES PROFESIONALES, CIENTIFICAS Y TECNICAS N.C.P. EN EL EJERCICIO DE UNA PROFESION LIBERAL

Actividad 2: 9005 - Artes plásticas y visuales

Actividad 3: 9101 - Actividades de bibliotecas y archivos

Actividad 4: 9102 - Actividades y funcionamiento de museos, conservación de edificios y sitios históricos

Actividad 5:

ESTABLECIMIENTOS ACTIVOS

REPRESENTANTES ACTIVOS

Señor Contribuyente: Esta es la información suministrada por usted y registrada en la Secretaria de Hacienda Distrital.

Fuente: RIT-SHD