Salud

Al contestar cite Radicado 2024431000407033
Fecha: 15-10-2024 11:01:31

MEMORANDO

Bogotá, D.C., 15 de octubre de 2024

PARA: **Dra. LUISA FERNANDA BERMUDEZ**
GRUPO DE CENTRAL DE CUENTAS

DE: **GRUPO ANALISIS Y SEGUIMIENTO DE RECURSOS DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD**

ASUNTO: **PAGO No. 9 - CONTRATO 211 de 2024**

Estimada Dra. Luisa Fernanda:

Por medio de la presente comunicación, me permito adjuntar los documentos para el **9 pago** correspondiente al Contrato No. 211 de 2024, por el periodo comprendido entre el **1 y el 30 de septiembre de 2024** de acuerdo con lo pactado en la cláusula de forma de pago, así:

- Formato de Certificación de pago parcial.
- Copia de la respectiva factura electrónica.
- Formato GFI – F02 Declaración Juramentada. Depuración de la base de cálculo de retención.
- Formato GCO – F18 Informe parcial de ejecución y supervisión.
- Planilla de Seguridad Social.
- Copia de los registros civiles de nacimiento de los menores de edad a cargo del contratista.
- Certificación pago de intereses crédito hipotecario.

Cordialmente,

Ricardo Triana Parga
Firmado digitalmente por Ricardo Triana Parga

RICARDO TRIANA PARGA
Coordinador del Grupo de Análisis y Seguimiento de Recursos del SGSSS

Anexo(s): Lo enunciado.
Elaboró: MIGUEL ERNESTO CAICEDO NAVAS
Revisó/Aprobó: Ricardo Triana Parga

Salud	PROCESO	GESTIÓN FINANCIERA	Código	GFIF03
	FORMATO	CERTIFICACIÓN PAGO PARCIAL	Versión	02

(1) Contrato No.	211	de	2024
(2) Nombre del contratista y/o representante legal:		MIGUEL ERNESTO CAICEDO NAVAS	
(3) Dirección:	Calle 2 Sur # 12-531 Este. Casa 44B. Conjunto Oikos Savanna Monterrey	(4) Teléfono:	3138882719
(5) Cédula y/o NIT:	5.206.563	(6) Correo electrónico:	miguelecaicedo@gmail.com / mcaicedo@minsalud.gov.co
(7) Nombre (s) del supervisor (es) y/o interventores (es):		RICARDO TRIANA PARGA	
(8) Dependencia:	GRUPO DE ANÁLISIS Y SEGUIMIENTO DE RECURSOS DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD	(9) No. Extensión o teléfono:	
(10) Objeto:	Prestar servicios profesionales a la Dirección de Financiamiento Sectorial en la preparación de los conceptos técnicos-jurídicos requeridos en el marco del financiamiento del sistema de salud, así como realizar el análisis, seguimiento y conceptualización de las iniciativas legislativas que afecten la sostenibilidad financiera del sector, y los proyectos de los actos administrativos reglamentarios requeridos.		
(11) Plazo de ejecución:	9 meses		
(12) Fecha de inicio:	26 de enero de 2024	(13) Fecha terminación:	25 de octubre de 2024
(14) Valor inicial del contrato: $	$ 103.500.000,00		
(15) Valor pagos (mensual o como se haya pactado): $	$ 11.500.000,00		
(16) Valor desplazamientos: $	$ 0,00		
(17) Adición ($):	$ 24.916.667		
(18) Prórroga (tiempo)	26/10/2024 – 30/12/2024		
(19) Suspensión	N.A.		
(20) Cesión:	N.A.		
(21) Concepto del pago:	Pago No. 9 del 01/09/2024 al 30/09/2024		

Aspecto económico

(22) Valor total contrato (inicial+adición) (vigencia) $	(23) Valor pagado (vigencia) $	(24) Valor a pagar (vigencia) $	(25) Saldo liberado (vigencia) $	(26) Saldo por pagar (vigencia) $
VIGENCIA 2023				
$ 0,00	$ 0,00	$ 0,00	$ 0,00	$ 0,00
VIGENCIA 2024				
$ 128.416.667,00	$ 82.416.667,00	$ 11.500.000,00	$ 0,00	$ 34.500.000,00
CESIÓN				
$ 0,00	$ 0,00	$ 0,00	$ 0,00	$ 0,00
TOTAL				
$ 128.416.667,00	$ 82.416.667,00	$ 11.500.000,00	$ 0,00	$ 34.500.000,00

Pago aportes salud - pensiones - parafiscales

(27) Salud valor aporte: $	$ 2.570.900	(28) Pensión valor aporte: $	$ 3.496.600
(29) ARL: $	$ 107.400		
(30) Planilla de pago No.	80527372	(31) Fecha:	26/09/24
(32) Certificación parafiscales de fecha:	N.A.		

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

El/la contratista, **MIGUEL ERNESTO CAICEDO NAVAS**, cumplió con las obligaciones contraídas en el contrato No. **211** 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.

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 $ **$ 11.500.000,00**

(34) **Observaciones:**

(35) **Firma responsables:**

RICARDO TRIANA PARGA

(36) Fecha: **11/10/24** Bogotá D. C.

Factura Electrónica de Venta 703

Miguel Ernesto Caicedo Navas

5206563 - 9

No Somos Grandes Contribuyentes

Responsable de IVA

No Autorretenedor Impuesto de Renta

Autorización Numeración de Facturación: 18764071288215 de 24/05/2024

Vigente hasta 24/11/2024 de la factura 677 a la 2000

6910

Miguel Ernesto Caicedo Navas

CUFE aa9a3b25330770e7ec691c8b81d1772e0063d5ee1de44fedbc4dd25c65031409d14439c60b37f22457f91f4f0d55b994

MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

NIT 900474727 - 4

Dirección: Carrera 13 No. 32-76 Piso 1

Ciudad: Bogotá, Bogotá D.C, Colombia

Teléfono: (57601) 3305000

Fecha Factura: 11/10/2024 04:44:29

Fecha Expedición: 11/10/2024 16:44:47

Forma de Pago: Crédito - 30 Días

Fecha Vcto.: 10/11/2024

Medio de Pago: Acuerdo mutuo

Nro.	Ítem (Código)	Descripción Ítem (Código)	UM	Cant.	Vlr. Unitario	IVA %	IVA (Unitario)	ICO	Vlr. Total
1	005	Honorarios contrato de prestación de servicios profesionales No. MSPS-211-2024. Noveno pago. Período comprendido entre el 01/09/2024 y el 30/09/2024.	UNID	1.00	9,663,865.55	19.00	1,836,134.45		9,663,865.55

Observaciones:

#$19-01-01-000;MSPS-211-2024;rtriana@Minsalud.gov.co#$

Subtotal	9,663,865.55
Descuentos	0.00
IVA	1,836,134.45
ICO	0.00
Total COP	**11,500,000.00**
Saldo Pendiente	**11,500,000.00**

Total Nro. Líneas: 1

Vlr. Total: ONCE MILLONES QUINIENTOS MIL (PESOS COLOMBIANOS)

ESTABLECIMIENTO Miguel Ernesto Caicedo Navas

Cra 7 # 126-30 Torre 8 Apto 1232 Tel (57601) 3138882719

Bogotá, Bogotá D.C, Colombia

miguelecaicedo@yahoo.com

-ORIGINAL-

Impresa por LOGGRO, un software de Loggro S.A.S. NIT. 901361537-1 www.loggro.com

Proveedor Tecnológico Loggro S.A.S. NIT 901361537-1

El emisor de esta factura es responsable por la totalidad de los datos contenidos en ella.

FORMATO DECLARACIÓN JURAMENTADA DEPURACIÓN DE BASE DE CÁLCULO DE RETENCIÓN					
Naturaleza del proceso:	Apoyo	Código:	GFIF02	Versión	06

Bogotá D.C.

Señores
MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL
Ciudad

Yo **MIGUEL ERNESTO CAICEDO NAVAS** dentificado(a) con cedula de ciudadanía **5.206.563** de **PASTO** Contrato de Prestación de Servicios No: **MSPS-211-2024**

De acuerdo a lo establecido en el Estatuto Tributario, Ley 2277 del 13 de diciembre de 2022 Reforma tributaria para la igualdad y justicia social, Decreto 1625 del 11 de octubre de 2016 y sus modificaciones, Decreto 2231 del 22 de diciembre de 2023, **bajo la gravedad de juramento certifico que**:

1. Soy declarante del impuesto de renta en los términos definidos por la normatividad vigente **SI (X) NO ( )**

2. Soy responsable del impuesto a las ventas -IVA **SI (X) NO ( )**

3. Tengo otros contratos suscritos con el Estado **SI (X) NO ( )**
   (Si la suma de estos contratos es igual o superior a 4.000 UVT es responsable de IVA)

4. Pertenezco al régimen de tributación simple - **RTS** según lo estipulado en el RUT **SI ( ) NO (X)**
   (Marque "SI" solo si en el RUT tiene la responsabilidad 47)

5. Dando aplicación al art. 9 del Decreto 2231 de 2023, manifiesto que durante la vigencia **SI ( ) NO (X)** aplicaré costos y deducciones correspondientes a los ingresos provenientes del contrato suscrito con el Ministerio de Salud y Protección Social.

   (Si marca "SI" se aplicará la tarifa de retención en la fuente establecida en el artículo 392 del E.T según el caso, si marca "NO" se aplicará la tarifa de retención en la fuente establecida en el artículo 383 del E.T)

6. De manera libre y espontanea manifiesto que las siguientes personas dependen económicamente de mí, así mismo manifiesto que ninguna otra persona podrá requerir beneficio en forma adicional en los términos establecidos en la normatividad vigente, para lo cual adjunto documentación que así lo certifica :

NOMBRE	EDAD	PARENTESCO	DOCUMENTO
JACOBO CAICEDO MORENO	8	HIJO	1032498393
MARIANA CAICEDO MORENO	3	HIJA	1013282436

   (Adjuntar según el caso: registro civil, certificado contador publico, certificado de antecedentes disciplinarios, certificados de estudio, certificado medico) Nota: El certificado de antecedentes disciplinarios en ningún caso podrá ser mayor a 90 días.

7. Realicé el pago de intereses por préstamo de vivienda **SI (X) NO ( )**
   (Adjuntar certificado expedido por la entidad correspondiente del año inmediatamente anterior)

   Para fines del beneficio tributario del valor del deducible por el concepto antes señalado, según lo dispone el Decreto Reglamentario 3750 de 1986, Artículo 8°, DUR 1625 de 2016 Art 1.2.4.1. 6 solicito que la deducción prevista sea del siguiente (%) porcentaje: **50 %.**

8. Realizo ahorros en cuentas AFC (Ahorro para el fomento de la construcción) **SI ( ) NO (X)**
   (Adjuntar mensualmente a la cuenta el soporte de la consignación, en donde indique nombre del titular, número de la cuenta y tipo de cuenta (AFC, AVC, Pensión voluntaria)

9. Realizo aportes voluntarios Fondos de Pensiones (Diferentes a los obligatorios) **SI ( ) NO (X)**
   (Adjuntar mensualmente a la cuenta el soporte de la consignación, en donde indique nombre del titular, número de la cuenta y tipo de cuenta (AFC, AVC, Pensión voluntaria)

10. Realicé el pago de planes de medicina prepagada y/o pólizas de salud **SI ( ) NO (X)**
    (Adjuntar certificado expedido por la entidad correspondiente del año inmediatamente anterior)

11. Soy Pensionado **SI ( ) NO (X)**
    (Adjuntar Resolución o certificación de pensionado)

12. 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.

13. Informaré oportunamente sobre cualquier cambio en el origen, proporción de mis ingresos o cambio respecto a categoría tributaria.

Para constancia se expide y se firma a los **once** (**11**) días del mes de **octubre** de **2024**

_____
Firma Electrónica

BANCO DAVIVIENDA S.A
Nit. 860.034.313-7

Av. El Dorado No 68 C 61 Piso 1 Bogotá

CERTIFICACIÓN PARA EL AÑO GRAVABLE 2023

CRÉDITO	:	VIVIENDA PESOS
NUMERO DE CRÉDITO	:	5700489400210479
NOMBRE DEL TITULAR	:	CAICEDO NAVAS MIGUEL ERNESTO
NIT DEL TITULAR:	:	5206563

MONTO INICIAL	:	14 DE ABRIL DE 2023	160,000,000.00
SALDO A	:	31 DE DICIEMBRE DE 2022	0.00
SALDO A	:	31 DE DICIEMBRE DE 2023	150,862,996.73
PAGOS DEL PERIODO	:		31,390,559.27
VALOR INTERESES PAGADOS	:		18,282,791.81
DEDUCCIÓN INDIVIDUAL MÁXIMA PARA DECLARANTES AÑO 2023	:		18,282,791.81
VALOR GMF	:		0.00

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

FECHA DE EXPEDICIÓN : 13 DE MARZO DE 2024

VICEPRESIDENCIA CONTABLE Y TRIBUTARIA

"De acuerdo con el artículo 10 del Decreto Reglamentario No. 836 de 1991, las certificaciones expedidas en forma continua impresa por computador no requieren firma autografiada"

REPUBLICA DE COLOMBIA

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

NUIP 1.032.498.393

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 56771316

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría [X] Notaría [ ] Número [ ] Consulado [ ] Corregimiento [ ] Inspección de Policía [ ] **Código** A Y A

País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección de Policía

REGISTRADURIA DE TEUSAQUILLO BOGOTA DC - COLOMBIA - CUNDINAMARCA - B

Datos del inscrito

Primer Apellido	Segundo Apellido
CAICEDO	MORENO

Nombre(s)

JACOBO

Fecha de nacimiento			Sexo (en letras)	Grupo sanguíneo	Factor RH
Año 2016	Mes JUN	Día 09	MASCULINO	A	POSITIVO

Lugar de nacimiento (País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección)

COLOMBIA CUNDINAMARCA BOGOTA D.C.

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos	Número certificado de nacido vivo
DOCUMENTO AUTENTICO	

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

MORENO GARCIA ANA MARIA

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC 37.511.912	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

CAICEDO NAVAS MIGUEL ERNESTO

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC 5.206.563	COLOMBIA

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos

CAICEDO NAVAS MIGUEL ERNESTO

Documento de identificación (Clase y número)	Firma
CC 5.206.563	

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 2017 Mes FEB Día 24	MARIO ZAPATA REY REGISTRADOR
	Nombre y firma

- SEGUNDA COPIA PARA EL USUARIO -

LITOGRAFIA DINAMICA

REGISTRADURÍA
NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

NUIP 1013282436

Indicativo Serial 61814403

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría [ ] Notaría [X] Número [ ] Consulado [ ] Corregimiento [ ] Inspección de Policía [ ] **Código** A 2 J

País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección de Policía

COLOMBIA - CUNDINAMARCA - BOGOTA D.C. - NOTARIA 63 BOGOTA DC

Datos del inscrito

Primer Apellido	Segundo Apellido
CAICEDO	MORENO

Nombre(s)

MARIANA

Fecha de nacimiento	Sexo (en letras)	Grupo sanguíneo	Factor RH
Año 2020 Mes JUL Día 25	FEMENINO	A	POSITIVO

Lugar de nacimiento (País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o inspección)

COLOMBIA - CUNDINAMARCA - BOGOTA D.C.

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos	Número certificado de nacido vivo
DOCUMENTO AUTENTICO	

Datos de la 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

MORENO GARCIA ANA MARIA

Documento de Identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC No. 37511912	COLOMBIA

Datos de la 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 segundo apellido del inscrito)*

Apellidos y nombres completos

CAICEDO NAVAS MIGUEL ERNESTO

Documento de Identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC No. 5206563	COLOMBIA

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos

CAICEDO NAVAS MIGUEL ERNESTO

Documento de Identificación (Clase y número)	Firma
CC No. 5206563	

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 2021 Mes MAR Día 17	Orlando Muñoz Neira ORLANDO MUÑOZ NEIRA

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

ESPACIO PARA NOTAS

OTRO:SEGUN CIRCULAR CONJUNTA # 41 DEL 15-04--2020.LV T-106 F188;17/03/2021

Notaría 63 del Círculo de Bogotá D.C. BOGOTÁ 63 Orlando Muñoz Neira

- ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO -

cadena s.a.

REPÚBLICA DE COLOMBIA

NOTARIA SESENTA Y TRES (63) DEL CIRCULO DE BOGOTA, D.C.

BOGOTÁ 63 NOTARIA

REGISTRO CIVIL

El presente registro es fotocopia auténtica tomada del original que reposa en nuestros archivos de Registro Civil.

Bogotá D.C.:

17 MAR. 2021

REPÚBLICA DE COLOMBIA
Orlando Muñoz Neira
Notaria 63 del Círculo de Bogotá D.C.
BOGOTÁ 63

NOTARIA SE...
BOGOTÁ 63 NOTARIA

ESPACIO EN BLANCO

Salud	PROCESO	GESTIÓN DE CONTRATACIÓN	Código:	GCOF48
	FORMATO	INFORME PARCIAL DE EJECUCIÓN Y SUPERVISIÓN – CONTRATOS PRESTACIÓN DE SERVICIOS Y APOYO A LA GESTIÓN Certificación parcial de ejecución, cumplimiento y recibo a satisfacción	Versión:	01

Contrato No.	211-2024		
Nombre del Contratista y/o Representante Legal	MIGUEL ERNESTO CAICEDO NAVAS		
Nombre del supervisor y/o interventor	RICARDO TRIANA PARGA	**Teléfono / Extensión**	Incluir Tel. o Ext.
Dependencia	GRUPO DE ANÁLISIS Y SEGUIMIENTO DE RECURSOS DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD		
Objeto del contrato	Prestar servicios profesionales a la Dirección de Financiamiento Sectorial en la preparación de los conceptos técnicos-jurídicos requeridos en el marco del financiamiento del sistema de salud, así como realizar el análisis, seguimiento y conceptualización de las iniciativas legislativas que afecten la sostenibilidad financiera del sector, y los proyectos de los actos administrativos reglamentarios requeridos.		
Fecha de inicio	viernes, 26 de enero de 2024	**Fecha de terminacion**	lunes, 30 de diciembre de 2024
Período objeto del informe:	01 de septiembre de 2024 - 30 de septiembre de 2024		

INFORME PARCIAL DE EJECUCIÓN

OBLIGACIONES GENERALES

Certifico que he dado cumplimiento a todas las obligaciones generales pactadas durante el periodo de reporte del informe.

OBLIGACIONES ESPECÍFICAS

Obligación contractual		Actividad desarrollada	Producto recibido	Observaciones o comentarios del Supervisor
1	Apoyar a la Dirección de Financiamiento Sectorial y en el análisis, consolidación y formulación de conceptos técnico-jurídicos de los proyectos de ley que afecten la sostenibilidad financiera del Sistema de Salud.	Se apoyó a la Dirección de Financiamiento Sectorial en la elaboración de insumos para atender la solicitud efectuada por el despacho del señor Viceministro de Protección Social para intervenir en la acción de inconstitucionalidad instaurada contra el artículo 217 de la Ley 100 de 1993 y el inciso 3° y los literales a) y b) del numeral 2 del artículo 16 de la Ley 789 de 2002.	**1.1.** Documento denominado “Pronunciamiento de la Dirección de Financiamiento Sectorial frente a la acción de inconstitucionalidad instaurada contra el artículo 217 de la Ley 100 de 1993 y el inciso 3° y los literales a) y b) del numeral 2 del artículo 16 de la Ley 789 de 2002.” **1.2.** Correo electrónico de fecha 24/09/2024 mediante el cual se remite a la Dirección de Financiamiento Sectorial	Se evidencia cumplimiento.

			el documento relacionado en el numeral anterior.	
2	Apoyar a la Dirección de Financiamiento Sectorial en la preparación y elaboración de las diferentes reglamentaciones de los proyectos de ley que impacten el Sistema de Salud y sean competencia de la Dirección de Financiamiento Sectorial y del Viceministerio de Protección Social.	Se estuvo a disposición de la Dirección de Financiamiento Sectorial para apoyar la revisión y o preparación de los proyectos de decreto que impactan el Sistema de Salud y que sean competencia de esta Dirección. Sin embargo, durante el periodo de tiempo objeto de este informe no se requirió el desarrollo de esta actividad.	N.A.	Se evidencia cumplimiento.
3	Apoyar a la Dirección de Financiamiento Sectorial en la preparación de respuestas a los requerimientos presentados por los actores del sector salud y los entes de control, respecto a los asuntos relacionados con la sostenibilidad financiera del Sistema de Salud.	Se apoyó a la Dirección de Financiamiento Sectorial en la revisión y ajuste del proyecto de comunicación mediante el cual se remiten insumos al despacho del señor Viceministro de Salud y Protección Social para atender la consulta formulada por la Procuraduría General de la Nación en relación con la naturaleza jurídica de los recursos de la UPC administrados por las EPS una vez pagados los servicios de salud prestados por las IPS, así como con la posibilidad de las IPS de realizar operaciones de factoring con las facturas emitidas a las EPS por la prestación de servicios y tecnologías en salud.	**3.1.** Copia del proyecto de memorando interno dirigido a la asesora del despacho del señor Viceministro de Salud y Protección Social mediante el cual se suministran insumos para atender la consulta formulada por la Procuraduría General de la Nación en relación con la naturaleza jurídica de los recursos de la UPC administrados por las EPS una vez pagados los servicios de salud prestados por las IPS, así como con la posibilidad de las IPS de realizar operaciones de factoring con las facturas emitidas a las EPS por la prestación de servicios y tecnologías en salud. **3.2.** Correo electrónido de fecha 18/09/2024 mediante el cual se remite a la Dirección de Financiamiento Sectorial	Se evidencia cumplimiento.

			el documento relacionado en el numeral anterior.	
4	Apoyar a la Dirección de Financiamiento Sectorial en la formulación e implementación de los proyectos de acto administrativo y en general de normas orientadas a la optimización del financiamiento del Sistema General de Seguridad Social en Salud.	Se apoyó a la Dirección de Financiamiento Sectorial en el análisis de la posibilidad de expedir un decreto reglamentario que habilite al Ministerio para reconocer y financiar con cargo a los recusos que administra la ADRES gastos de transporte diferente al asistencial, alojamiento y alimentación para las víctimas de eventos terroristas, específicamente de minas antipersonal (MAP) y municiones sin explotar (MUSE), lo anterior con ocasión del oficio remitido por el Director de Otras Prestaciones de la ADRES a la Coordinadora del Grupo de Acción Integral contra Minas Antipersonal del DAPRE y a la SuperSalud, en virtud del cual "conmina" para que "requieran" al Ministerio con el propósito de que emita un pronunciamiento sobre el particular.	4.1. Correo electrónico de fecha 03/09/2024, dirigido a la Dirección de Financiamiento Sectorial, mediante el cual se remite el análisis al oficio remitido por el Director de Otras Prestaciones de la ADRES a la Coordinadora del Grupo de Acción Integral contra Minas Antipersonal del DAPRE y a la SuperSalud, en virtud del cual "conmina" para que "requieran" al Ministerio con el propósito de que emita un pronunciamiento sobre la posibilidad de que el Ministerio ordene el reconocimiento y financiación gastos de transporte diferente al asistencial, alojamiento y alimentación para las víctimas de eventos terroristas, específicamente de minas antipersonal (MAP) y municiones sin explotar (MUSE), con cargo a los recusos que administra la ADRES.	Se evidencia cumplimiento
5	Apoyar a la Dirección de Financiamiento Sectorial en asistencia técnica a las entidades del sector salud, específicamente en lo que tiene que ver con el uso y flujo de los recursos del Sistema.	Se apoyó a la Dirección de Financiamiento Sectorial en la revisión y ajuste del proyecto de comunicación dirigido al alcalde del Municipio de Cicuco (Bolívar), mediante el cual se atiende la solicitud de otorgar un plazo adicional para hacer los ajustes necesarios y cumplir con los requisitos	**5.1.** Proyecto de comunicación dirigida al alcalde del Municipio de Cicuco (Bolívar), mediante el cual se atiende la solicitud de otorgar un plazo adicional para hacer los ajustes necesarios y cumplir con los requisitos establecidos en el Decreto 2259 de	Se evidencia cumplimiento.

		establecidos en el Decreto 2259 de 2023, relacionados con la condonación de las obligaciones que presenten las entidades territoriales con la Nación en virtud de lo dispuesto en el artículo 5 de la Ley 1608 de 2013.	2023, relacionados con la condonación de las obligaciones que presenten las entidades territoriales con la Nación en virtud de lo dispuesto en el artículo 5 de la Ley 1608 de 2013. **5.2.** Correo electrónico de fecha 26/09/2024 mediante el cual se remite a la Dirección de Financiamiento Sectorial el documento relacionado en el numeral anterior.	
6	Acompañar a la Dirección de Financiamiento Sectorial a las reuniones de trabajo que le indique el supervisor, y que estén relacionadas con el objeto contractual.	Se acompañó a la Dirección de Financiamiento Sectorial en la reunión de trabajo virtual adelantada el 30/09/2024 con el objeto de revisar la solicitud formulada por el Consejo Asesor del Fondo de Pensiones Públicas del Nivel Nacional – FOPEP relacionada con ampliar los plazos con que cuentan los fondos de pensiones que administran recursos públicos para solicitar el reintegro de los aportes a salud de los pensionados fallecidos en el país y en el exterior.	**6.1.** Citación electrónica a la reunión de trabajo virtual adelantada el 30/09/2024 con el objeto de revisar la solicitud formulada por el Consejo Asesor del Fondo de Pensiones Públicas del Nivel Nacional – FOPEP al Ministerio de Salud y Protección Social en el sentido de proponer una norma legal o regalmentaria que amplie los plazos con que cuentan los fondos de pensiones que administran recursos públicos, para solicitar el reintegro de los aportes a salud de los pensionados fallecidos en el país y en el exterior. **6.2.** Copia de los pantallazos de la conversación elctrónica vía WhatsApp sostenida con la Coordinadora del Grupo de Sostenibilidad Financiera y Flujo de Recursos del SGSSS de la Dirección de	Se evidencia cumplimiento.

			Financiamiento Sectorial, en relación con la dependencia competente del Ministerio para atender la solicitud formulada por el Consejo Asesor del Fondo de Pensiones Públicas del Nivel Nacional – FOPEP de ampliar los plazos con que cuentan los fondos de pensiones que administran recursos públicos para solicitar el reintegro de los aportes a salud de los pensionados fallecidos en el país y en el exterior.	

OBLIGACIONES FRENTE AL SISTEMA DE GESTIÓN DE LA SEGURIDAD Y LA SALUD EN EL TRABAJO
Certifico que dí cumplimiento a las obligaciones frente al Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo descritas en el estudio previo durante el periodo del informe

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

MIGUEL ERNESTO CAICEDO NAVAS
Fecha: 11/10/2024

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.

OBSERVACIONES	Se evidencia cumplimiento.

En constancia, firmo:

RICARDO TRIANA PARGA
Supervisor (es)/Interventor (es)

Lugar y Fecha: Bogotá, D. C., viernes, 11 de octubre de 2024

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	5206563	MIGUEL ERNESTO CAICEDO NAVAS	Calle 2 Sur # 12-531 Este Casa 44B	3138882719	miguelecaicedo@yahoo.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente		CUNDINAMARCA	CAJICÁ		NO

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2024-09	2024-09	I	26/09/2024	80527372	$6.174.900	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD

Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS005	Sanitas EPS	800251440-6	2.570.900	0		0		0	0	0	0	2.570.900	1

TOTALES PENSIÓN

Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
230301	Porvenir	800224808-8	3.290.800	0	0	102.900	102.900	0	0		3.496.600	1

TOTALES RIESGOS LABORALES

Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-23	Positiva Seguros	860011153-6	107.400				107.400	0	0	107.400			1.074	107.400	1

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados

TOTALES PARAFISCALES

Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	0	0	0	0
ICBF				
0	0	0	0	0
ESAP				
MEN				

TOTALES POR SUBSISTEMA

Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	2.570.900	2.570.900
Pensión	1	3.496.600	3.496.600
Riesgos Laborales	1	107.400	107.400
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	6.174.900	6.174.900

PAGADA

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

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	**NÚMERO**	**NOMBRE APORTANTE**		**DIRECCIÓN**	**TELÉFONO**	**CORREO**
CC	5206563	MIGUEL ERNESTO CAICEDO NAVAS		Calle 2 Sur # 12-531 Este Casa 44B	3138882719	miguelecaicedo@yahoo.com
FORMA PRESENTACIÓN	**CLASE APORTANTE**	**NOMBRE SUCURSAL**	**CÓDIGO**	**DEPARTAMENTO**	**CIUDAD / MUNICIPIO**	
ÚNICA	I – Independiente			CUNDINAMARCA	CAJICÁ	

EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD: NO

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	**FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)**	**TIPO PLANILLA**	**FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)**	**NÚMERO PLANILLA**	**CANTIDAD**	
					EMPLEADOS	**UPC**
					1	0
PERIODO SALUD	**PERIODO PENSIONES**				**TOTAL A PAGAR**	
2024-09	2024-09	I	26/09/2024	80527372	$6.174.900	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE									INFORMACIÓN NOVEDADES																		PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES				
No.	**Tipo**	**No. de Identificación**	**Apellidos y Nombres**	**Cotizante**	**Subtipo**	**Extranjero**	**Colom. exterior**	**Estudiante**	**ING**	**RET**	**TDE**	**TAE**	**TDP**	**TAP**	**VSP**	**VST**	**SLN**	**IGE**	**LMA**	**VAC**	**AVP**	**VCT**	**IRL**	**CORRECCIÓN**	**Cód. AFP**	**IBC AFP**	**Cotización**	**Voluntario Afiliado**	**Voluntario Aportante**	**Fondo pensional de solidaridad**	**Fondo pensional de subsistencia**	**Cód. EPS**	**IBC EPS**	**Cotización / Valor UPC**	**Cód. ARL**	**IBC ARL**	**Clase de Riesgo**	**Cotización**	**Código CCF**	**IBC CCF**	**Aporte CCF**	**IBC otros parafiscales**	**Aporte SENA**	**Aporte ICBF**	**Aporte ESAP**	**Aporte MEN**
1	CC	5206563	CAICEDO NAVAS MIGUEL ERNESTO	59	0			N							X										230301	20.567.059	3.290.800	0	0	102.900	102.900	EPS005	20.567.059	2.570.900	14-23	20.567.059	1	107.400		0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

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