NIT. 899.999.336- 9

REPUBLICA DE COLOMBIA
GOBERNACION DE AMAZONAS

CERTIFICADO EJECUCION CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS

I. DATOS BASICOS

1. No del Contrato	074 DE 2024	**2. Fecha del Contrato**	30 de enero de 2024		
3. Plazo de Ejecucion en Meses	11 meses	**4. Fecha de Inicio (RP)**	30/01/2024	**5. Fecha Finalización**	29/12/2024
3.1 Adicion en Tiempo		**4.1 Fecha Adicion**		**5.1 5. Fecha Finalización**	
6. Nombre del Contratista	SHAKESPEARE BAQUERO DEL ÁGUILA		**C.C / C.E. ó Nit:**		15.878.390
8. Nombre del Supervisor	EDGAR MAURICIO BARBOSA				
9. Secretaria que realiza el Contrato	SECRETARIA DE SALUD DEPARTAMENTAL	**10. Area o Proyecto**			

II. DESCRIPCIÓN

11. Objeto del Contrato	PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES DE UN ABOGADO ESPECIALISTA EN DERECHO CONSTITUCIONAL CON EL FIN DE APOYAR EN ASUNTOS JURÍDICOS A LA SECRETARIA DE SALUD DEPARTAMENTAL DE LA GOBERNACIÓN DEL AMAZONAS.				
11.1 Valor Pago Mensual	$ 5.400.000	◄= Registre aquí el Valor o Pago Mensual Según Contrato			
12. Periodo de ejecucion del Pago	Noviembre de 2024	**13. Valor a pagar según periodo de ejecución**	$ 5.400.000	**14. No. Pagos Realizados**	10,0

15. Aportes al sistema de seguridad social y parafiscales (cuando corresponda)	COMO CONTRATISTA CERTIFICO BAJO LA GRAVEDAD DE JURAMENTO QUE: Para el pago de este contrato, he efectuado los aportes a la seguridad social por los ingresos materia de servicios prestados , en la cuantía establecida en la legislación vigente, de la siguiente forma.				
	Planilla de Autoliquidacion No.	81736016		**Fecha de Pago**	13/11/2024
	Valor Aporte Salud:	$ 870.600		**Valor Total Planilla $**	$ 2.091.200
	Valor Aporte a Pension:	$ 1.184.200			
	Valor Aporte A.R.L.:	$ 36.400			

III. INFORMACION PRESUPUESTAL

16. Fuentes del Recurso:	Funcionamiento:	x	Inversión:		
	CDP No y Fecha	107 del 24/01/2024		RP No. y Fecha	194 del 30/01/2024

17. Rubro Presupuestal (Se debe Diligencuiar por cada uno de los rubros de afectacion del contrato)	**Clasificador Presupuestal**		**Vigencia**		**Valor a Afectar**
	Rubro	**Recurso**	**Actual**	**Reserva**	
	10-2.1.2.02.02.008-02-19-14	Servicios prestados a las empresas y servicios de producción salud dirección	X		$ 59.400.000

18. Valor y Ejecucion		**18.1 Datos Para Pagos**		**Tipo Cuenta**
Valor Inicial del Contrato $	$ 59.400.000	**Banco**	BANCO DE BOGOTÁ	Ahorro
Valor Adiciones $	$ -	**N. Cuenta**	021324256	
Valor Total de Contrato $	$ 59.400.000	% Total de Ejecucion		100%
Valor Ejecutado $	$ 54.180.000	% de Ejecutado		91%
Saldo por Ejecutar $	$ 5.220.000	% Por Ejecutar		9%

IV. AVANCE DEL CONTRATO (ACTIVIDADES REALIZADAS O PRODUCTOS ENTREGADOS)	**% DE AVANCE EN TIEMPO**
Nota: En caso de que el informe de Avance de Actividades no Alcance en este espacio, continue en la segunda hoja y anexela a esta certificacion	91%

19. Observciones: La presente Certificación Corresponde al mes de noviembre de 2024.

La presente certificacion se expide en la ciudad de Leticia en el mes de noviembre de 2024.

Firma del Supervisor

Nombre: EDGAR MAURICIO BARBOSA

Cargo: SECRETARIO DE SALUD DEPARTAMENTAL.

Firma Contratista

CERTIFICA Aportes al sistema de seguridad social y parafiscales

Escaneado con CamScanner

REPUBLICA DE COLOMBIA
GOBERNACION DE AMAZONAS

NIT. 899.999.336-9

CERTIFICACION DE EJECUCION DE CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS

IV. AVANCE DEL CONTRATO (ACTIVIDADES REALIZADAS O PRODUCTOS ENTREGADOS)	% DE AVANCE EN TIEMPO
1. De conformidad con el numeral 5 del contrato No. 074 de 2024, y teniendo en cuenta el flujo de acciones de tutelas que llegan día a día a la secretaria de salud departamental para la respectiva contestación, se dio apoyo al despacho en estudiar, analizar y dar contestación a estas, acciones de tutelas interpuestas por usuarios insatisfechos que no reciben la prestación de los servicios médicos de manera integral en algunas oportunidades, y en otras que, en su gran mayoría es por la no prestación de los servicios complementarios que las EPS no les autorizan, en especial las que son, en contra de la nueva EPS y otras, personas naturales y jurídicas que fueron radicadas mediante correo electrónico ante los distintos juzgados del país para lo pertinente, y en ello la vinculación que hacen los despachos judiciales al ente territorial, tutelas que en gran mayoría responsabilizaban y ordenaban a las distintas EPS a garantizar los derechos fundamentales de sus afiliados, de lo referido se puede verificar en los documentos que reposan en el archivo de la SSD, así mismo se realizó otras actividades propias de la gestión judicial dentro del despacho de la secretaria de salud departamental. **2.** Se revisaron distintos fallos de tutelas que los compañeros del despacho descargaron para su revisión y verificación dentro de los resuelves de cada tutela y con ellos ver la procedencia de algún tipo de recurso si era adverso a los intereses del ente territorial, así mismo se dieron indicaciones de archivar los documentos en su respectivo expediente. **3.** Se brindo apoyo en la revisión de documentos allegados por las distintas áreas para su respectiva revisión, y documentos que fueron radicados en el despacho de personas externas a la entidad, así mismo se brindó apoyo jurídico al área de Aseguramiento frente a la revisión, estructura técnica de diferentes derechos de petición que debían dar respuesta.	
4. De conformidad con el numeral 4 del contrato No. 074 de 2024 se procedió a dar respuestas a distintos derechos de peticiones allegados al ente territorial para la respectiva respuesta, así mismo se descorrió traslado de documentos por competencia a las entidades competentes, se proyectó recurso de reposición en subsidio de apelación de recursos presentados por profesionales de la salud frente al Servicio Social Obligatorio que debían cumplir en las distintas áreas no municipalizadas, del cual solicitaron exoneración y otros, esto se realizó en el marco de la asistencia a convocatoria del Comité del Servicio Social Obligatorio para adoptar las respectivas decisiones que fueron plasmadas en las respectivas actas de conformidad con la resolución 00774 de 2022, posteriormente fueron notificadas, y a su vez se contestó distintas tutelas presentadas por estos.	91%

Escaneado con CamScanner

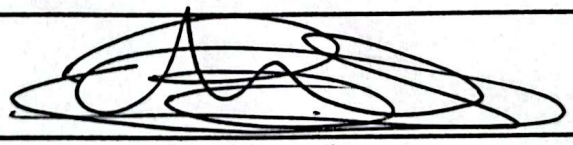
5. De conformidad con el numeral 9 y 10 del contrato No. 074 de 2024, se asistió a diferentes reuniones convocadas en el despacho del señor Secretario de Salud Departamental, con el fin de brindarle apoyo en temas jurídicos y otros, así mismo se brindó apoyo jurídico a distintas áreas, como aseguramiento, en temas de prestación de servicios establecidos en los objetos contractuales de los contratistas del área referida y ámbito laboral, prestación del servicio de salud y de la calidad con relación al seguimiento de varias tutelas, así mismo se revisa documentos de creación del SAC en la Secretaria de Salud Departamental que se ha venido adelantando meses anteriores y a la fecha no ha podido se materializado.

6. De conformidad con el numeral 1 del contrato 074 de 2024, Se brindó apoyo jurídico de manera verbal a diferentes funcionarios de la SSD, así mismo al señor Secretario de Salud, de ello se revisaron un sin números de documentos requeridos en el despacho y descorriendo traslado a las distintas áreas para que resolvieran de acuerdo a las competencias de cada una.

7. De conformidad con el numeral 8 del contrato 074 de 2024 se dio apoyo al despacho de la secretaria de salud departamental en la revisión y corrección de resoluciones, decretos que fuero radicados en el despacho para lo pertinente, una vez revisados los documentos se encontraron errores, del cual se instó a que lo corrigieran, posteriormente se volvieron a revisar para luego plasmar el respectivo visto bueno, para posterior firma del señor Secretario de Salud Departamental y otro ante el señor. Gobernador del Departamento.

Nota: De todas las actividades mencionadas en el presente informe, se indica que, en caso de requerir o verificar lo aquí manifestado, cualquier documento de los mencionados, estos se encuentran bajo la custodia del archivo del Despacho de Salud, disponibles para absolver a quien lo requiera, a excepción de las asesorías, en relación a los documentos se puede verificar con el respectivo visto bueno (firma) en las elaboraciones o revisiones, decretos, resoluciones por contratistas o funcionarios que lo elaboraron técnicamente, el cual se revisó jurídicamente, la estructura de forma y no de fondo, por ser en gran parte, temas técnicos referente a los programas que manejan cada área, que han sido de manera verbal que se puede corroborar con los colaboradores de la Secretaria de Salud Departamental.

Yo SHAKESPEARE BAQUERO DEL ÁGUILA , identificado con la cedula de ciudadanía No. 15.878.390, residente Colombiano, en mi condición de trabajador independiente, y dando alcance a lo dispuesto en el artículo 1 del Decreto 1070 de 2013 art. 1, modificado por el Decreto 3032 de 2013; CERTIFICO que Mis Ingresos del Año inmediatamente anterior, Si (x) No ( ) provienen de la prestación de servicios personales o del desarrollo de una actividad económica por cuenta y riesgo de algún empleador o contratante, en una proporción igual o superior a un 80% del total de mis ingresos.



Firma del Contribuyente

Escaneado con CamScanner

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	15878390	SHAKESPEARE BAQUERO DEL AGUILA	CR 1 Este No. 20 - 71	3112354944	SHAKESPEARE0211@HOTMAIL.COM	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente		AMAZONAS	LETICIA		SI

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	
2024-11	2024-11	I	13/11/2024	81736016	$2.091.200	

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	870.600	0		0		0	0	0	0	870.600	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	1.114.400	0	0	34.900	34.900	0	0		1.184.200	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	36.400				36.400	0	0	36.400			364	36.400	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	870.600	870.600
Pensión	1	1.184.200	1.184.200
Riesgos Laborales	1	36.400	36.400
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	2.091.200	2.091.200

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	15878390	SHAKESPEARE BAQUERO DEL AGUILA		CR 1 Este No. 20 - 71	3112354944	SHAKESPEARE0211@HOTMAIL.COM
FORMA PRESENTACIÓN	**CLASE APORTANTE**	**NOMBRE SUCURSAL**	**CÓDIGO**	**DEPARTAMENTO**	**CIUDAD / MUNICIPIO**	
ÚNICA	I – Independiente			AMAZONAS	LETICIA	

EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
SI

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**	
2024-11	2024-11	I	13/11/2024	81736016	$2.091.200	

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**	**Estornado**	**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	15878390	BAQUERO DEL AGUILA SHAKESPEARE	59	0			N																			230301	6.964.400	1.114.400	0	0	34.900	34.900	EPS005	6.964.400	870.600	14-23	6.964.400	1	36.400		0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

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

Leticia 26 de Noviembre de 2024

Señores
GOBERNACION DEL AMAZONAS
GRUPO DE CONTABILIDAD
E.S.M.

En aras de dar cumplimiento a lo establecido en la Ley 2277 de 2022 y para brindar la información respectiva para efectos de aplicación efectiva de la normativa tributaria, declaro bajo gravedad de juramento que:

1. Soy Residente Fiscal en Colombia (Artículo 10 ET) Sí [X] No [ ]
2. Respecto al IVA soy: (Art. 437 ET) Responsable [ ] No responsable [X]
3. Soy pensionado Sí [ ] No [X]
   Resolución de reconocimiento de pensión
   No. _____(Anexo copia)

De acuerdo con lo establecido en el Decreto 2231 del 22 de diciembre de 2023 declaro, en lo que respecta al cálculo de mi Retención en la Fuente solicito me sea aplicado el procedimiento establecido en el **artículo 383** [X] **artículo 392** [ ] **del** Estatuto Tributario (E.T.).

(Marque solo una Opción)
Si seleccionó el Procedimiento establecido en el artículo 383, diríjase al Apartado 1.
Si seleccionó el Procedimiento establecido en el artículo 392, diríjase al Apartado 2.

Apartado 1 - Declaración de aquellos que solicitan aplicación de lo establecido en el Art 383 E.T.

Mediante el presente documento solicito que, en lo que respecta al cálculo de mi Retención en la Fuente, me sea aplicado el procedimiento establecido en el artículo 383 del Estatuto Tributario y, por consiguiente, solicito realizar la aplicación de la tarifa que corresponda a mi actividad económica, de acuerdo con lo establecido en el mismo.

Para efectos de disminuir la base de retención en la fuente a título de renta sobre mis honorarios (Art 387 ET), me permito certificar las siguientes situaciones y aporto los siguientes documentos:

	DEDUCCIÓN	ANEXOS SI	ANEXOS NO	FOLIOS
a.	**Certificado en original o copia legible de pagos efectuados a Empresas de medicina prepagada o seguros en salud o Empresas Administradoras de Salud durante la vigencia fiscal anterior, cuyos beneficiarios sean cónyuge, hijos y /o dependientes (Anexo certificado)**		X	
b.	**Certificado en original o copia legible de los intereses o corrección monetaria porpréstamo para adquisición de vivienda durante la vigencia fiscal anterior (Anexo certificado)**		X	
c.	**Deducción por Dependientes Art. 387 ET pg. 2**			
	Hijos del contribuyente que tengan ***HASTA*** 18 años		X	
	Hijos del contribuyente entre los 18 y 23 años, cuando el contribuyente se encuentre financiando su estudio en educación superior en Instituciones certificadas por el ICFES o en los programas técnicos de educación no formal debidamente acreditados por la autoridad competente.		X	
	Hijos del contribuyente mayores de 18 años que se encuentren en situación de dependencia económica originada en factores físicos o psicológicos		X	
	Cónyuge o compañero permanente del contribuyente en situación de dependencia por ausencia de ingresos o estos sean inferiores a 260 UVT u originada en factores físicos o psicológicos		X	
	Padres y/o hermanos del contribuyente en situación de dependencia por ausencia de ingresos o estos sean inferiores a 260 UVT[5] u originada en factores físicos o psicológicos	X		
e.	**Certificado de la cuenta bancaria para ahorro AFC, (Anexo certificado)**		X	
f.	**Certificado aportes fondo de pensiones *voluntarias*, (Anexo certificado)**		X	

Escaneado con CamScanner

g.	Pago de seguridad social del mes de donde se origina la obligación ya sea del mes anterior	X	

Apartado 2 - Declaración de aquellos que solicitan aplicación de lo establecido en el Art 392 E.T.

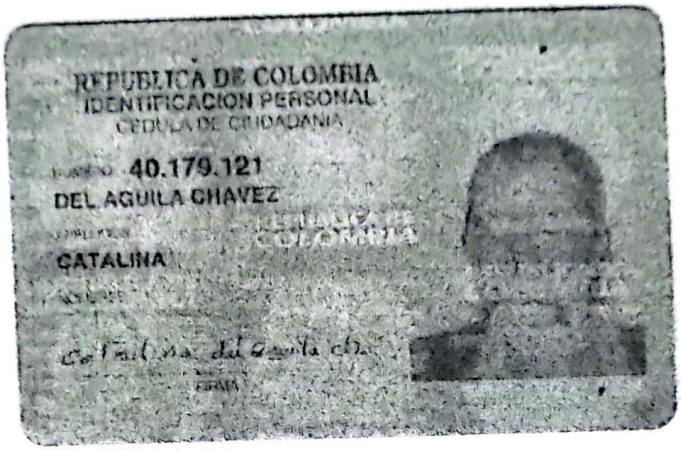
Mediante el presente documento solicito que, en lo que respecta al cálculo de mi Retención en la Fuente, me sea aplicado el procedimiento establecido en el artículo 392 del Estatuto Tributario, esto en tanto realizaré aplicación de costos y gastos frente a los ingresos que devengue durante la presente vigencia.

Atentamente,

FIRMA
NOMBRE: Shakespeare Barquero del Águila.
CC: 18.878.390 de Leticia-Amazonas
TELEFONO: 3122354944

NOTA: Este certificado se debe adjuntar en cada cuenta de cobro mensual

Escaneado con CamScanner


REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA
40.179.121
DEL AGUILA CHAVEZ
CATALINA
FIRMA


FECHA DE NACIMIENTO 07-OCT-1964
LETICIA
(AMAZONAS)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.63
ESTATURA
A-
G.S. RH
F
SEXO
02-NOV-1989 LETICIA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
REGISTRADOR NACIONAL
INDICE DERECHO
0036742565A 1
1722679614

Powered by CamScanner