Salud

Al contestar cite Radicado 2025431000060553
Fecha: 04-02-2025 16:32:51

MEMORANDO

Bogotá, D.C.

PARA: Dr. (a) Señor (a) LUISA FERNANDA BERMUDEZ

DE: GRUPO GESTION INTEGRADA DE ENFERMEDADES ENDEMOEPIDEMICAS

ASUNTO: Radicación cuenta de cobro #1 contrato 273 de 2025

Por medio de la presente, me permito adjuntar los documentos para el Primer pago correspondiente al Contrato No. 273 de 2025, por el periodo comprendido entre el 23 al 30 de enero de 2025, de acuerdo con lo pactado en la cláusula de forma de pago, a saber, los siguientes:

1. Formato GFI-F03 Certificación pago parcial de primer pago.
2. Formato GCO-F18 Informe parcial de supervisión de actividades para Primer pago.
3. Copia comprobante recaudo aportes seguridad social en salud, pensión y ARL que acreditan la cancelación de los aportes al Sistema General de Seguridad Social en Salud de diciembre.
4. Formato GFI-F02 Declaración juramentada. Depuración de la base de cálculo de retención.
5. Cuenta de Cobro Primer pago.
6. Acuerdo de ejecución contractual
7. Examen ocupacional
8. Evaluación Inducción, reinducción
9. Delegación de supervisión

Cordialmente,

Firmado digitalmente por Mauricio Javier Vera

MAURICIO JAVIER VERA SOTO
Coordinador Grupo gestión integrada de enfermedades endemoepidemicas

Elaboró: CACEVEDOG
Revisó/Aprobó: MVERA

	PROCESO	GESTIÓN FINANCIERA	Código	GFIF02
Salud	FORMATO	DECLARACIÓN JURAMENTADA DEPURACIÓN DE BASE DE CÁLCULO DE RETENCIÓN	Versión	06

Bogotá D.C., 4 de febrero de 2025

Señores
MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL
Ciudad

Yo Carlos Alfredo Acevedo González identificado(a) con cedula de ciudadanía #1143369784 de Cartagena, Contrato de Prestación de Servicios No: 496 de 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 ( ) NO (x)**

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 articulo 392 del E.T según el caso, si marca "NO" se aplicará la tarifa de retención en la fuente establecida en el articulo 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

(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 ( ) NO (x)**
   (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: _____ **%.**

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 (4) días del mes de febrero de 2025

Carlos Acevedo G

_____

Firma Electrónica

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.	273 de 2025		
Nombre del Contratista y/o Representante Legal	CARLOS ALFREDO ACEVEDO GONZALEZ		
Nombre del supervisor y/o interventor	MAURICIO JAVER VERA SOTO	**Teléfono / Extensión**	Incluir Tel. o Ext.
Dependencia	GRUPO DE GESTIÓN INTEGRADA DE ENFERMEDADES ENDEMO-EPIDÉMICAS		
Objeto del contrato	Prestar servicios profesionales al Grupo de enfermedades endemoepidémicas especialmente en la elaboración e implementación y seguimiento del plan estratégico relacionado con la eliminación como problema de salud pública de leishmanisis visceral y de control de leishmaniasis cutánea y la brucelosis.		
Fecha de inicio	jueves, 23 de enero de 2025	**Fecha de terminación**	martes, 22 de julio de 2025
Período objeto del informe:	23 de enero de 2025 – 31 de enero de 2025		

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 al Grupo de Gestión Integrada en Enfermedades Endemo-epidémicas en la elaboración, actualización, implementación y seguimiento de los planes de control o eliminación de la leishmaniasis y brucelosis.	Se generan avances en hitos de eliminación de leishmaniasis visceral	Excel de avances de hitos	Se da cumplimiento a la obligación
2	Brindar asistencia técnica a los actores del SGSSS, la academia, la sociedad civil y actores internacionales, así como el desarrollo de los espacios de concertación sectoriales e intersectoriales para la implementación de los	Comisión Tolima por brote de fiebre amarilla	Listados de asistencia de capacitaciones realizadas en atención clinica	Se da cumplimiento a la obligación

	planes de control o eliminación de la leishmaniasis y brucelosis			
3	Apoyar al Grupo de Gestión Integrada en Enfermedades Endemo-epidémicas en la elaboración, implementación y seguimiento de lineamientos para el desarrollo de la gestión y operación de las enfermedades endemo epidémicas, incluido la asistencia técnica a las DTS asignadas.	Se participa en reunión para actualización del lineamiento de trasferencias de ETV	Listado de asistencia de participación	Se da cumplimiento a la obligación
4	Apoyar al Grupo de Gestión Integrada en Enfermedades Endemo-epidémicas en la elaboración de informes bianuales (2023-2024) y trimestrales (2025), así como su difusión mediante la actualización del micrositio e infografías relacionadas con la gestión nacional y territorial de los eventos y planes asignados de enfermedades endemo epidémicas.	Se plantea a partir del próximo mes	Se plantea a partir del próximo mes	Se da cumplimiento a la obligación
5	Ante la presencia de brotes o epidemias de enfermedades endemo epidemicas apoyar las acciones para su control, incluido el apoyo en la gestión de fiebre amarilla	Avance de recomendaciones para la realización de fiestas y ferias en el marco del brote de fiebre amarilla	Recomendaciones para la realización de fiestas y ferias en el marco del brote de fiebre amarilla	Se da cumplimiento a la obligación
6	Apoyar al Grupo de Gestión Integrada en Enfermedades Endemo-epidémicas en la elaboración e implementación de procedimientos, guías o	Reunión de grupo endemo-epidemicas	Listados de asistencias de reuniones	Se da cumplimiento a la obligación

	similares relacionados con calidad, la organización institucional y del grupo de gestión integrada de enfermedades endemo epidémicas, incluida la asistencia a reuniones convocadas.			

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.

Carlos Acevedo G

CARLOS ALFREDO ACEVEDO GONZALEZ
Fecha: 04/02/2025

INFORME PARCIAL DE SUPERVISIÓN

De conformidad con el seguimiento a la ejecución del contrato, 273 DE 2024 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	Incluir información relevante no descrita en otro acápite, solo si aplica, no es necesario reiterar información

En constancia, firmo:



MAURICIO JAVIER VERA SOTO
Supervisor (es)/Interventor (es)

Lugar y Fecha: Bogotá, D. C., martes, 04 de febrero de 2025

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

(1) Contrato No.	273	de	2025	
(2) Nombre del contratista y/o representante legal:			CARLOS ALFREDO ACEVEDO GONZALEZ	
(3) Dirección:	CARRERA 63#23A-84 INT 2 APTO 803		(4) Teléfono:	3218436216
(5) Cédula y/o NIT:	1143369784		(6) Correo electrónico:	DOCTORACEVEDOG@GMAIL.COM
(7) Nombre (s) del supervisor (es) y/o interventores (es):			MAURICIO JAVER VERA SOTO	
(8) Dependencia:	SUBDIRECCIÓN DE ENFERMEDADES TRANSMISIBLES		(9) No. Extensión o teléfono:	
(10) Objeto:	Prestar servicios profesionales al Grupo de enfermedades endemoepidémicas especialmente en la elaboración e implementación y seguimiento del plan estratégico relacionado con la eliminación como problema de salud pública de leishmanisis visceral y de control de leishmaniasis cutánea y la brucelosis.			
(11) Plazo de ejecución:	6 meses			
(12) Fecha de inicio:	23/01/2025		(13) Fecha terminación:	22/07/2025
(14) Valor inicial del contrato: $	$ 50.069.388,00			
(15) Valor pagos (mensual o como se haya pactado): $	$ 8.344.898,00			
(16) Valor desplazamientos: $				
(17) Adición ($):				
(18) Prórroga (tiempo)				
(19) Suspensión				
(20) Cesión:				
(21) Concepto del pago:	Pago # 1			

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 2024				
VIGENCIA 2025				
$ 50.069.388,00	$ 0,00	$ 2.225.306,13	$ 0,00	$ 47.844.081,87
CESIÓN				
TOTAL				
$ 50.069.388,00	$ 0,00	$ 2.225.306,13	$ 0,00	$ 47.844.081,87

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

Pago aportes salud - pensiones - parafiscales

(27) Salud valor aporte: $	420.000	(28) Pensión valor aporte: $	537.600
(29) ARL: $	81.900		
(30) Planilla de pago No.	9479700315	(31) Fecha:	30-dic-24
(32) Certificación parafiscales de fecha:			

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

El/la contratista, CARLOS ALFREDO ACEVEDO GONZALEZ, cumplió con las obligaciones contraídas en el contrato No. 273 de 2025, 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 $ $ 2.225.306,13

(34) **Observaciones:**

(35) **Firma responsables:**

Firmado digitalmente por Mauricio Javier Vera

Supervisor (es)/interventor (es)

(36) Fecha: 4 de febrero de 2025 Bogotá D. C.

CUENTA DE COBRO

MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

NIT 900.474.727-4

DEBE A:

NOMBRE:	CARLOS ALFREDO ACEVEDO GONZALEZ
IDENTIFICACIÓN:	**CC** X **NIT** **No** 1143369784 **DV** 0
LA SUMA DE:	$ 2,225,306,13
POR CONCEPTO DE:	PAGO PERSONA NATURAL
CONTRATO No:	273 de 2025
DESEMBOLSO No:	1
OBJETO:	Prestar servicios profesionales al Grupo de enfermedades endemoepidémicas especialmente en la elaboración e implementación y seguimiento del plan estratégico relacionado con la eliminación como problema de salud pública de leishmaniasis visceral y de control de leishmaniasis cutánea y la brucelosis.

PERIODO COMPRENDIDO ENTRE:	23 de enero de 2025 – 31 de enero de 2025
DIRECCIÓN:	Carrera 63#23ª-84 int 2 apto 803
CIUDAD:	BOGOTÁ, D.C.
TELÉFONO:	3218436216

En constancia firmo:

Carlos Acevedo G

CARLOS ALFREDO ACEVEDO GONZALEZ

Lugar y Fecha: Bogotá D.C., 10 de febrero de 2025

Contrato de prestación de Servicios No. _273___ de _2025____

En cumplimiento de la Directiva Presidencial 09 de 2018, la Circular No. 39 del año 2019, y demás normas sobre austeridad del gasto y con el fin de hacer una utilización eficiente de los recursos del Ministerio, atendiendo a la naturaleza del contrato, el objeto y las obligaciones del mismo, la supervisión del contrato y el contratista acuerdan que, para garantizar una adecuada prestación de los servicios contratados, se requiere lo siguiente:

a. Tarjeta de Acceso: Si
b. Carnet Institucional: Si
c. Usuario institucional: Si
d. Puesto de actividades: Si
e. Extensión: No
f. Correo electrónico institucional: Si
g. Otros Seleccione un elemento.
¿Cuáles? _____

Las partes declaran que el acuerdo al que han llegado en relación con los diferentes aspectos contenidos en este documento es el resultado de analizar el alcance de las obligaciones contractuales y las mejores condiciones para su prestación y que no implican subordinación o dependencia; y que, conocen con claridad y suficiencia que el contratista realizará las labores de forma independiente y autónoma, bajo su propio riesgo y responsabilidad, sin sujeción o condiciones diversas a aquellas que requieran para el cumplimiento del objeto contractual y sin que ello implique exclusividad, salvo en los eventos en que otras asesorías impliquen conflictos de interés.

Fecha: 10/02/2025

SUPERVISOR Nombre: Mauricio Javier Vera Soto Dependencia: Grupo de Gestión de Enfermedades Endemo - Epidemicas	Firma Firmado digitalmente por Mauricio Javier Vera Soto

CONTRATISTA Nombre: Carlos Alfredo Acevedo González	Firma Carlos Acevedo G

Nota. La entrega de los insumos requeridos será suministrada por parte del Ministerio de acuerdo a la disponibilidad de recursos al momento de la firma del presente contrato.

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 1143369784		ACEVEDO GONZALEZ CARLOS ALFREDO	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CRA63 23 A 84	BOGOTA-BOGOTA D.E.	6812408	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2024-12	2024-12	1161025729	9479700315	I	2025/01/22	2024/12/30	BANCOLOMBIA	0	$1,039,500

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
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$3,360,000	$537,600			$3,360,000	$420,000			$0	$0			$3,360,000	$81,900		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$3,360,000	$537,600			$3,360,000	$420,000			$0	$0			$3,360,000	$81,900		$0	$0
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)					$3,360,000	$537,600			$3,360,000	$420,000			$0	$0			$3,360,000	$81,900		$0	$0
1	CC	1143369784	ACEVEDO CARLOS	230201	30	$3,360,000	$537,600	EPS008	30	$3,360,000	$420,000		0	$0	$0	14-11	30	$3,360,000	$81,900	0	$0	$0
Total		**Afiliados(1)**				$3,360,000	$537,600			$3,360,000	$420,000			$0	$0			$3,360,000	$81,900		$0	$0

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 1143369784		ACEVEDO GONZALEZ CARLOS ALFREDO	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CRA63 23 A 84	BOGOTA-BOGOTA D.E.	6812408	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2024-12	2024-12	1161025729	9479700315	I	2025/01/22	2024/12/30	BANCOLOMBIA	0	$1,039,500

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$537,600	$0	$0	$537,600
PROTECCION	230201	800,229,739	0	1	$537,600	$0	$0	$537,600
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$81,900	$0	$0	$81,900
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	1	$81,900	$0	$0	$81,900
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$420,000	$0	$0	$420,000
COMPENSAR	EPS008	860,066,942	7	1	$420,000	$0	$0	$420,000
TOTAL				1	$1,039,500	$0	$0	$1,039,500