Al contestar cite Radicado 2025431000240513
Fecha: 03-06-2025 16:31:05

MEMORANDO

Bogotá, D.C. Junio 03 2024

PARA: Dra. LUISA FERNANDA BERMUDEZ

Coordinadora Grupo Central de Cuentas

DE: GRUPO DE DESARROLLO ORGANIZACIONAL

ASUNTO: REMISIÓN DOCUMENTOS QUINTO PAGO CONTRATO No. 064 DE 2025

Por medio de la presente, me permito adjuntar los documentos para el pago No. 5, correspondiente al contrato de prestación de servicios No. 064 de 2025, Contratista MAYRA MERCEDES ALBA GARCÍA, por el periodo comprendido entre el día 01 de mayo de 2025 al 30 de mayo de 2025, de acuerdo con lo pactado en la cláusula de forma de pago, a saber, los siguientes documentos:

- Certificación pago parcial, un (1) folio
- Informe parcial de ejecución y supervisión, nueve (09) folios
- Cuenta de cobro, un (1) folio
- Declaración juramentada por parte del contratista respecto de la depuración de la base del cálculo de retención un (1) folio
- Copia del pago de los aportes por parte del contratista al SGSSS, un (1) folio.

Cordialmente,

Firmado digitalmente por Luz Elena Ochoa Torres

LUZ ELENA OCHOA TORRES
Profesional Especializado-Coord. Grupo Desarrollo Organizacional

Anexo: (13) Folios.

Elaboró: Mayra Alba
Revisó: Xiomara Muñoz
Aprobó: Luz Elena Ochoa

CUENTA DE COBRO

MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

NIT 900.474.727-4

DEBE A:

NOMBRE:	MAYRA MERCEDES ALBA GARCÍA
IDENTIFICACIÓN:	**CC** X **NIT** **No** 27591239 **DV** 0
LA SUMA DE:	$ 8.500.000
POR CONCEPTO DE:	PAGO PERSONA NATURAL
CONTRATO No:	0064 de 2025
DESEMBOLSO No:	5
OBJETO:	Prestar servicios profesionales al Ministerio de Salud y Protección Social en la Oficina Asesora de Planeación y Estudios Sectoriales del para la implementación y fortalecimiento del ciclo metodológico de administración de riesgos institucionales, el Sistema de Control Interno, el MIPG y SIG según las temáticas asignadas; así mismo apoyar en la formulación y monitoreo del programa de transparencia y ética pública
PERIODO COMPRENDIDO ENTRE:	01 de mayo a 30 de mayo de 2025
DIRECCIÓN:	Carrera 69b N°24-10
CIUDAD:	BOGOTÁ, D.C.
TELÉFONO:	Ext 2055

En constancia firmo: Firmado digitalmente por Mayra Mercedes Alba García

MAYRA MERCEDES ALBA GARCÍA

Lugar y Fecha: Bogotá D.C. 03 de junio de 2025

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

(1) Contrato No.	64	de	2025	
(2) Nombre del contratista y/o representante legal:			MAYRA MERCEDES ALBA GARCÍA	
(3) Dirección:	Carrera 69b n°24-10 apto 101 interior 12		(4) Teléfono:	3112901161
(5) Cédula y/o NIT:	27591239		(6) Correo electrónico:	malbag@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 al Ministerio de Salud y Protección Social en la Oficina Asesora de Planeación y Estudios Sectoriales para la implementación y fortalecimiento del ciclo metodológico de administración de riesgos institucionales, el Sistema de Control Interno, el MIPG y SIG según las temáticas asignadas; así mismo apoyar en la formulación y monitoreo del programa de transparencia y ética pública.			
(11) Plazo de ejecución:	180 dias			
(12) Fecha de inicio:	15 de enero de 2025		(13) Fecha terminación:	14 de julio de 2025
(14) Valor inicial del contrato: $			$ 51.000.000	
(15) Valor pagos (mensual o como se haya pactado): $			$ 8.500.000	
(16) Valor desplazamientos: $			$ 0	
(17) Adición ($):	$ 0			
(18) Prórroga (tiempo)	No aplica			
(19) Suspensión	No aplica			
(20) Cesión:	No aplica			
(21) Concepto del pago:	Pago No. 05 del 01 de mayo de 2025 a 30 de mayo 2025			

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 2025				
$ 51.000.000,00	$ 30.033.333,00	$ 8.500.000	$ 0,00	$ 12.466.667
VIGENCIA 20XX				
CESIÓN				
TOTAL				
$ 51.000.000,00	$ 30.033.333,00	$ 8.500.000	$ 0,00	$ 12.466.667

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

Pago aportes salud - pensiones - parafiscales

(27) Salud valor aporte: $	$ 425.000	(28) Pensión valor aporte:	$ 544.000
(29) ARL: $	$ 17.800		
(30) Planilla de pago No.	7969159982	(31) Fecha:	30/05/2025
(32) Certificación parafiscales de fecha:	No aplica		

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

El/la contratista, MAYRA MERCEDES ALBA GARCÍA, cumplió con las obligaciones contraídas en el contrato No. 0064 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 $ $ 8.500.000

(34) **Observaciones:** **NA**

(35) **Firma responsables:**

Firmado digitalmente por Luz Elena Ochoa Torres

LUZ ELENA OCHOA TORRES
Supervisor

(36) Fecha 03 de junio de 2025 Bogotá D. C.

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

Bogotá D.C.,

Señores
MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL
Ciudad

Yo **MAYRA MERCEDES ALBA GARCÍA** dentificado con cedula de ciudadanía **27,591,239** de Cúcuta, Contrato de Prestación de Servicios **No: 0064 de 2025**

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 ( ) NO (X)**
   (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
N/A	N/A	N/A	N/A

(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 8º, DUR 1625 de 2016 Art 1.2.4.1. 6 solicito que la deducción prevista sea del siguiente (%) porcentaje: **N.A.**

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 03 de junio de 2025

Mayra Alba Garcia

Firmado digitalmente por Mayra Mercedes Alba Garcia

Firma Electrónica