

Bogotá, D. C., 04 de agosto de 2025

CUENTA DE COBRO No. 5

LA GOBERNACION DE CUNDINAMARCA
SECRETARIA DE SALUD
NIT 899.999.114-0

DEBE A:

NOMBRE: SANTIAGO BARBOSA URIBE
C. C. No. 1000723147

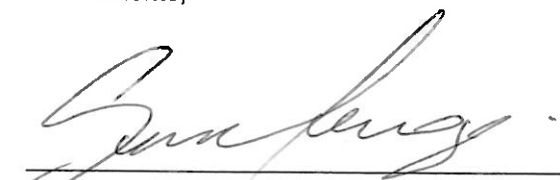
LA SUMA DE: UN MILLON QUINIENTOS CUATRO MIL SETECIENTOS VEINTE PESOS (\$ 1.504.720) M/CTE.

POR CONCEPTO DE: ejecución del contrato prestación de servicios **SS-CD-PSP-278-2025**

Del periodo correspondiente a: 1 de junio al 9 de junio de 2025

Consignar el valor de la presente en: cuenta de Ahorros del **BANCO CAJA SOCIAL** con número de cuenta **24109127411**

Cordialmente,



SANTIAGO BARBOSA URIBE

C. C. No. 1000723147

Celular No: 3209319217

Correo electrónico: Santiuribe1998@gmail.com



FECHA: DIA 06 MES 02 AÑO 2025

Mantener en la opción

1. CREACIÓN

2. ACTUALIZACIÓN

INFORMACIÓN GENERAL

Salud, CC, SS-CPS, AÑO 2025

DATOS PERSONALES

SANTIAGO BARBOSA URIBE, CC 1000723147, SANTIAGO BARBOSA URIBE, CC Cédula de Ciudadanía No 1000723147, KR 8 A ESTE 30 21, Cundinamarca-Soacha, SANTURIBE 1998 GMAI GOM

INFORMACIÓN PARA EL DESEMBOLO

Banco Caja Social BCSC S.A. Cód. 1632, Si selecciona Otra Entidad, por favor especificar C.C.A.T. 24100127411, ALIPO, Alamo

INFORMACIÓN TRIBUTARIA

Natural, CC Cédula de Ciudadanía No 1000723147, Privada, No Responsable de IVA, GRAN CONTRIBUYENTE, AUTORETENEDOR RENTA, AUTORETENEDOR IVA, AUTORETENEDOR ICA, ENTIDAD EN AÑO DE CUERO, PRINCIPAL, SECUNDARIA, PRINCIPAL, SECUNDARIA

AUTORIZACIÓN DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES

Señora Usuario, con el diligenciamiento y Firma del presente formato usted autoriza al Departamento de Cundinamarca para que efectúe el tratamiento (recolección, almacenamiento, uso, circulación o supresión) de todos los datos que nos suministre con la finalidad de ser incluido en los registros contables de la Entidad y realizar debidamente los pagos a que haya lugar...

ANEXOS

- 1. Fotocopia del documento de identidad
2. Fotocopia del RUT expedido por la DIAN
3. Fotocopia del RUP expedido por la Cámara de Comercio (Cuando aplique)
4. Fotocopia de las resoluciones de Grandes Contribuyentes y Autorización de renta (E.N. ICA (Cuando Aplique))
5. Fotocopia de la licitación expedida por la entidad contratante, donde conste que la subleña se encuentra activa

FIRMA

SANTIAGO BARBOSA URIBE, 1000723147, FIRMA TERCERO O REPRESENTANTE LEGAL, DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN

INFORMACIÓN A SER DILIGENCIADA POR GCUN

ASER ADQUISICIÓN SERVICIOS, 2403010012 Bienes y servicios Salud, R001 Nacional, X-Accredited by nacionales, Y-Transferencia Salud, INDICADORES DE RETENCIÓN, TARIFA 1, TARIFA 2, TARIFA 3, TARIFA 4, TARIFA 5, RETENCIÓN DE IVA, DISTRIBUCIÓN Y REGAL, IMPUESTOS, RETENCIÓN DE RETENCIÓN

FECHA: DIA 06 MES 02 AÑO 2025

PROCESADO POR: [BOGA] A. BUITRAGO PLENTER, REVISADO POR:



HACE CONSTAR:

Que el (los) cliente(s)

SANTIAGO BARBOSA URIBE

Identificado con CC 1000723147

Actualmente tiene(n) el producto Cuenta Ahorros, radicado(a) en la oficina UNISUR, con las siguientes características:

Cuentamiga

Número:	24109127411
Fecha de apertura:	14 de Octubre de 2021
Condiciones de uso:	Individual, 1 firmas(s), 0 sello(s) húmedo(s) o de caucho, sin protector
Estado:	Cuenta activa

Esta constancia se expide con destino a quien pueda interesar, realizada en el Canal Digital de la ciudad de Bogotá, el día Miércoles, 09 de Julio de 2025.

Cordialmente,


Vicepresidencia de Banca Masiva

**OFICINA DE PARTICIPACION Y ATENCION CIUDADANA EN SALUD
INFORME DE ACTIVIDADES**

CONTRATISTA: SANTIAGO BARBOSA URIBE

PERIODO A CERTIFICAR: 1/6/2025 A 09/6/2025

OBJETO CONTRACTUAL: PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES REALIZANDO ACTIVIDADES PARA LA CONFORMACIÓN, FUNCIONAMIENTO Y SEGUIMIENTO DE LOS MECANISMOS DE PARTICIPACIÓN SOCIAL EN SALUD EN EL DEPARTAMENTO DE CUNDINAMARCA

OBLIGACIONES ESPECIFICAS	DESCRIPCION DE LAS OBLIGACIONES
1. Brindar asistencia técnica de acompañamiento y seguimiento a los mecanismos de participación social en salud, de los municipios y Empresas Sociales del Estado, de manera presencial y virtual según la necesidad y lo asignado por el supervisor del contrato.	No requerida en el periodo
2. Asistir a los municipios y Empresas Sociales del Estado del departamento de Cundinamarca para verificar el cumplimiento de la implementación de la Política de Participación Social en Salud.	No requerida en el periodo
3. Verificar el cargue del seguimiento a las actas del comité de ética de las Instituciones Prestadoras de servicios de Salud (IPS) requeridas por el ministerio de salud y protección social.	No requerida en el periodo
4. Revisar diligenciamiento y envío de las matrices de PQRSDF, mensuales, trimestrales y cuatrimestrales reportadas por los referentes SAC y SIAU de los municipios y Empresas Sociales del Estado.	Se revisó el envío de las matrices de PQRSDF mensuales de los siguientes municipios y hospitales: <ul style="list-style-type: none"> - SAC FUSAGASUGÁ - SAC SILVANIA - SAC TIBACUY - SAC VENECIA - SIAU SAN RAFAEL DE FUSAGASUGÁ - SIAU ISMAEL SILVA DE SILVANIA
5. Presentar las estrategias de defensoría del usuario de la secretaría de salud de Cundinamarca.	No requerida en el periodo
6. Alimentar permanentemente la información requerida en el repositorio de la oficina de participación y atención ciudadana en salud.	Se alimentó con la información pertinente y requerida en el repositorio de la oficina de participación y atención ciudadana en salud
7. Consolidar la información requerida de la matriz de Excel (control de asistencia técnica).	No requerida en el periodo
8. Presentar los soportes o documentos requeridos de conformidad con las tablas de retención documental de la oficina de participación y atención ciudadana en salud.	Se presentó los soportes y documentos requeridos de conformidad con las tablas de retención documental de la oficina de participación y atención ciudadana en salud
9. Atender las demás actividades propias e inherentes al desarrollo del contrato que el supervisor designe para el cumplimiento de los procesos de la oficina de participación y atención ciudadana en salud.	Se atendió las demás actividades propias e inherentes al desarrollo del contrato en el periodo establecido
FECHA DE ENTREGA	<i>04 de Agosto - 2025</i>
FIRMA	

**OFICINA DE PARTICIPACION Y ATENCION CIUDADANA EN SALUD
INFORME DE ACTIVIDADES**

CONTRATISTA: SANTIAGO BARBOSA URIBE

PERIODO A CERTIFICAR: 13/2/2025 A 09/6/2025

OBJETO CONTRACTUAL: PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES REALIZANDO ACTIVIDADES PARA LA CONFORMACIÓN, FUNCIONAMIENTO Y SEGUIMIENTO DE LOS MECANISMOS DE PARTICIPACIÓN SOCIAL EN SALUD EN EL DEPARTAMENTO DE CUNDINAMARCA

OBLIGACIONES ESPECIFICAS	DESCRIPCION DE LAS OBLIGACIONES
<p>1. Brindar asistencia técnica de acompañamiento y seguimiento a los mecanismos de participación social en salud, de los municipios y Empresas Sociales del Estado, de manera presencial y virtual según la necesidad y lo asignado por el supervisor del contrato.</p>	<p>Se realizó asistencia técnica de conformación, mantenimiento y funcionamiento de los mecanismos de participación social en salud, a los siguiente municipios y hospitales:</p> <ul style="list-style-type: none"> Arbeláez <ul style="list-style-type: none"> - PPSS - SAC - VEEDURIA Cabrera <ul style="list-style-type: none"> - PPSS - SAC - VEEDURIA Fusagasugá <ul style="list-style-type: none"> - PPSS - SAC - VEEDURIA Pandi <ul style="list-style-type: none"> - PPSS - SAC - VEEDURIA Pasca <ul style="list-style-type: none"> - PPSS - SAC - VEEDURIA San Bernardo <ul style="list-style-type: none"> - PPSS - SAC - VEEDURIA Silvania <ul style="list-style-type: none"> - PPSS - SAC - VEEDURIA Tibacuy <ul style="list-style-type: none"> - PPSS - SAC - VEEDURIA Venecia <ul style="list-style-type: none"> - PPSS - SAC - VEEDURIA <p>Hospital San Antonio de Arbeláez</p>

	<ul style="list-style-type: none"> - PPSS - SIAU <p>Hospital San Rafael de Fusagasugá</p> <ul style="list-style-type: none"> - PPSS - SIAU <p>Hospital Ismael Silva de Silvania</p> <ul style="list-style-type: none"> - PPSS - SIAU
2. Asistir a los municipios y Empresas Sociales del Estado del departamento de Cundinamarca para verificar el cumplimiento de la implementación de la Política de Participación Social en Salud.	<p>Se realizó asistencia técnica de formulación y seguimiento de la Política Pública de Participación Social en Salud a los siguiente municipios y hospitales:</p> <ul style="list-style-type: none"> - SAC ARBELAEZ - SAC CABRERA - SAC FUSAGASUGÁ - SAC PANDI - SAC PASCA - SAC SAN BERNARDO - SAC SILVANIA - SAC TIBACUY - SAC VENECIA - SIAU SAN ANTONIO DE ARBELAEZ - SIAU SAN RAFAEL DE FUSAGASUGÁ - SIAU ISMAEL SILVA DE SILVANIA
3. Verificar el cargue del seguimiento a las actas del comité de ética de las Instituciones Prestadoras de servicios de Salud (IPS) requeridas por el ministerio de salud y protección social.	<p>Se verificó el cargue del seguimiento de las actas del comité de ética por los meses de febrero, marzo, abril, mayo y junio de las siguientes instituciones:</p> <ul style="list-style-type: none"> - HOSPITAL SAN ANTONIO DE ARBELAEZ - HOSPITAL SAN RAFAEL DE FUSAGASUGÁ - HOSPITAL ISMAEL SILVA DE SILVANIA
4. Revisar diligenciamiento y envió de las matrices de PQRSDf, mensuales, trimestrales y cuatrimestrales reportadas por los referentes SAC y SIAU de los municipios y Empresas Sociales del Estado.	<p>Se revisó el envió de las matrices de PQRSDf mensual, trimestral y cuatrimestral por los meses de febrero, marzo, abril, mayo y junio de los siguientes municipios y hospitales:</p> <ul style="list-style-type: none"> - SAC ARBELAEZ - SAC CABRERA - SAC FUSAGASUGÁ - SAC PANDI - SAC PASCA - SAC SAN BERNARDO - SAC SILVANIA - SAC TIBACUY - SAC VENECIA - SIAU SAN ANTONIO DE ARBELAEZ - SIAU SAN RAFAEL DE FUSAGASUGÁ - SIAU ISMAEL SILVA DE SILVANIA
5. Presentar las estrategias de defensoría del usuario de la secretaría de salud de Cundinamarca.	No requerida en el periodo
6. Alimentar permanentemente la información requerida en el repositorio de la oficina de participación y atención ciudadana en salud.	Se alimentó con la información pertinente y requerida en el repositorio de la oficina de participación y atención ciudadana en salud por los meses de febrero, marzo, abril, mayo y junio.
7. Consolidar la información requerida de la matriz de Excel (control de asistencia técnica).	Se consolidó la información requerida de la matriz de Excel del control de asistencia técnica por los meses de febrero, marzo, abril, mayo y junio.
8. Presentar los soportes o documentos requeridos de conformidad con las tablas de retención documental	Se presentó los soportes y documentos requeridos de conformidad con las tablas de retención documental de la

de la oficina de participación y atención ciudadana en salud.	oficina de participación y atención ciudadana en salud por los meses de febrero, marzo, abril, mayo y junio.
9. Atender las demás actividades propias e inherentes al desarrollo del contrato que el supervisor designe para el cumplimiento de los procesos de la oficina de participación y atención ciudadana en salud.	Se atendió las demás actividades propias e inherentes al desarrollo del contrato en el periodo establecido por los meses de febrero, marzo, abril, mayo y junio.
FECHA DE ENTREGA	<i>07 de Agosto 2015</i>
FIRMA	<i>Guminda</i>

DATOS DE LA PLANILLA			
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES		
2025-05	2025-05		
		NÚMERO PLANILLA	874-474-4
		CANTIDAD EMPLEADOS	0
		UPC	0
		TOTAL A PAGAR	\$629.900

DATOS DEL APORTANTE			
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN
CC	100023147	SANTIAGO BARBOSA URIBE	Camera 6 A Eje #39-21
			CORREO
			Santiago1986@gmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO
UNICA	1 - Independiente		
		DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO
		CUNDAMAYACA	SOACHA
			EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
			*N

DETALLE POR COTIZANTE

No	Tipo	No. de identificación	Apellidos y Nombres	INFORMACION NOVEDADES										PENSION				SALUD				RIESGOS LABORALES				CCF				PARAFISCALES																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																									
				01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54	55	56	57	58	59	60	61	62	63	64	65	66	67	68	69	70	71	72	73	74	75	76	77	78	79	80	81	82	83	84	85	86	87	88	89	90	91	92	93	94	95	96	97	98	99	00	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54	55	56	57	58	59	60	61	62	63	64	65	66	67	68	69	70	71	72	73	74	75	76	77	78	79	80	81	82	83	84	85	86	87	88	89	90	91	92	93	94	95	96	97	98	99	00	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54	55	56	57	58	59	60	61	62	63	64	65	66	67	68	69	70	71	72	73	74	75	76	77	78	79	80	81	82	83	84	85	86	87	88	89	90	91	92	93	94	95	96	97	98	99	00	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54	55	56	57	58	59	60	61	62	63	64	65	66	67	68	69	70	71	72	73	74	75	76	77	78	79	80	81	82	83	84	85	86	87	88	89	90	91	92	93	94	95	96	97	98	99	00	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54	55	56	57	58	59	60	61	62	63	64	65	66	67	68	69	70	71	72	73	74	75	76	77	78	79	80	81	82	83	84	85	86	87	88	89	90	91	92	93	94	95	96	97	98	99	00	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54	55	56	57	58	59	60	61	62	63	64	65	66	67	68	69	70	71	72	73	74	75	76	77	78	79	80	81	82	83	84	85	86	87	88	89	90	91	92	93	94	95	96	97	98	99	00	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54	55	56	57	58	59	60	61	62	63	64	65	66	67	68	69	70	71	72	73	74	75	76	77	78	79	80	81	82	83	84	85	86	87	88	89	90	91	92	93	94	95	96	97	98	99	00	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54	55	56	57	58	59	60	61	62	63	64	65	66	67	68	69	70	71	72	73	74	75	76	77	78	79	80	81	82	83	84	85	86	87	88	89	90	91	92	93	94	95	96	97	98	99	00	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54	55	56	57	58	59	60	61	62	63	64	65	66	67	68	69	70	71	72	73	74	75	76	77	78	79	80	81	82	83	84	85	86	87	88	89	90	91	92	93	94	95	96	97	98	99	00	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54	55	56	57	58	59	60	61	62	63	64	65	66	67	68	69	70	71	72	73	74	75	76	77	78	79	80	81	82	83	84	85	86	87	88	89	90	91	92	93	94	95	96	97	98	99	00	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54	55	56	57	58	59	60	61	62	63	64	65	66	67	68	69	70	71	72	73	74	75	76	77	78	79	80	81	82	83	84	85	86	87	88	89	90	91	92	93	94	95	96	97	98	99	00	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54	55	56	57	58	59	60	61	62	63	64	65	66	67	68	69	70	71	72	73	74	75	76	77	78	79	80	81	82	83	84	85	86	87	88	89	90	91	92	93	94	95	96	97	98	99	00	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54	55	56	57	58	59	60	61	62	63	64	65	66	67	68	69	70	71	72	73	74	75	76	77	78	79	80	81	82	83	84	85	86	87	88	89	90	91	92	93	94	95	96	97	98	99	00	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54	55	56	57	58	59	60	61	62	63	64	65	66	67	68	69	70	71	72	73	74	75	76	77	78	79	80	81	82	83	84	85	86	87	88	89	90	91	92	93	94	95	96	97	98	99	00	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54	55	56	57	58	59	60	61	62	63	64	65	66	67	68	69	70	71	72	73	74	75	76	77	78	79	80	81	82	83	84	85	86	87	88	89	90	91	92	93	94	95	96	97	98	99	00	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54	55	56	57	58	59	60	61	62	63	64	65	66	67	68	69	70	71	72	73	74	75	76	77	78	79	80	81	82	83	84	85	86	87	88

Señale con una X y complete

- Certificar que su patrimonio a **diciembre 31 de 2024** fueron superiores a 4.500 UVT es decir \$ **211.792.000** de conformidad con el artículo 593 del Estatuto Tributario y DEC. 2972 de 2013 SI ____ NO
- Certificar que sus ingresos fiscales a **diciembre 31 de 2024** fueron superiores a 1.400 UVT es decir \$ **65.891.000** de conformidad con el artículo 593 del Estatuto Tributario y DEC. 2972 de 2013 SI ____ NO
- Interés y corrección monetaria (vivienda y/o Leasing habitacional) \$ _____
- Deducciones por salud por contratos de medicina prepagada o seguros de salud para el trabajador, su cónyuge, sus hijos o dependientes \$ _____

10% de los ingresos por concepto de dependientes:

- Los hijos del contribuyente que tengan hasta 18 años de edad y dependan económicamente del contribuyente **VALOR PROMEDIO MENSUAL 2025. N/A**
- Los hijos del contribuyente con edad entre 18 y 23 años, cuando el padre o madre contribuyente persona natural, se encuentre financiando su educación en instrucciones formales de educación superior certificadas por el ICFES o la autoridad oficial correspondiente, o en los programas técnicos de educación no formal debidamente acreditados por la autoridad competente (adjuntar certificado de educación con valor de matrícula 2025). N/A
- Los hijos del contribuyente mayores de 23 años que se encuentren en situación de dependencia originada en factores físicos o psicológicos que sean certificados por Medicina Legal. **VALOR PROMEDIO MENSUAL 2025. \$ _____**
- El cónyuge o compañero permanente del contribuyente que se encuentre en situación de dependencia sea por ausencia de ingresos o ingresos en el año menores a doscientos sesenta (260) UVT, certificada por contador público, o por dependencia originada en factores físicos o psicológicos que sean certificados por Medicina Legal **VALOR PROMEDIO MENSUAL 2025. \$ _____**
- Los padres y los hermanos de contribuyente que se encuentren en situación de dependencia, sea por ausencia de ingresos o ingresos en el año menores a doscientos sesenta (260) UVT, certificada por Contador Público, o por dependencia originada en factores físicos o psicológicos que sean certificados por Medicina Legal. **VALOR PROMEDIO MENSUAL 2025 \$ _____**

Relacione dependientes

Nombres y Apellidos Completos

Parentesco

- Deducción por aportes de salud de acuerdo con la Ley \$ 253.800.
- Renta exenta por aportes obligatorios de pensiones de acuerdo con la Ley. \$ 324.800
- Renta exenta por aportes a AFC y/o FPV máximo el 30% del ingreso fiscal hasta 3.800 UVT \$ _____

Tarifa de retención mayor según parágrafo 2 Artículo 384 E.T _____

Señale con una X su condición de declarante

DECLARANTE SI ____ NO ____

Bajo gravedad de juramento manifiesto que todo lo señalo anteriormente es verdadero y para efecto firmo este documento.

FIRMA

Santiago

NOMBRES Y APELLIDOS:

Santiago Barbosa Uribe

CEDULA:

1000.723.314

Bogotá, D.C., 09 de julio de 2025

Señores:

SECRETARIA DE SALUD
GOBERNACION DE CUNDINAMARCA
E. S. M.


Asunto: Declaración Juramentada

Yo, **SANTIGO BARBOSA URIBE** con cédula de ciudadanía No. **1000723147** de **SOACHA**, declaro bajo gravedad de juramento que:

- En mi calidad de contratista de la Secretaria de Salud de Cundinamarca que **SI NO** tengo Contratos de Prestación de Servicios con otras entidades públicas o privadas.
- Igualmente declaro que pago los aportes Parafiscales correspondientes al valor total de todos los contratos vigentes a la fecha.

Lo anterior en respuesta a la circular interna No. 005 de fecha siete (7) de julio de 2016.

Cordialmente,



SANTIAGO BARBOSA URIBE

C. C. No. 1000723147 expedida en Soacha

Bogotá, D.C., 04 de agosto de 2025

Señores:

SECRETARIA DE SALUD
GOBERNACION DE CUNDINAMARCA
E. S. M.

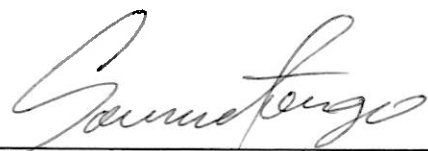
Asunto: Declaración Juramentada

Yo, **SANTIGO BARBOSA URIBE** con cédula de ciudadanía No. **1000723147** de **SOACHA**, declaro bajo gravedad de juramento que:

- En mi calidad de contratista de la Secretaria de Salud de Cundinamarca que **SI NO** tengo Contratos de Prestación de Servicios con otras entidades públicas o privadas.
- Igualmente declaro que pago los aportes Parafiscales correspondientes al valor total de todos los contratos vigentes a la fecha.

Lo anterior en respuesta a la circular interna No. 005 de fecha siete (7) de julio de 2016.

Cordialmente,



SANTIAGO BARBOSA URIBE

C. C. No. 1000723147 expedida en Soacha



NOMBRE DEL CONTRATISTA: Santiago Bambusa Urubé
CEDULA DE CIUDADANIA: 1000.723.147
SECRETARIA DE SALUD: Salud
DEPENDENCIA: Oficina de Participación y Atención Ciudadana

Descripción	Fecha de Entrega	Dependencia que Recibe	Nombre y Cargo de Supervisor	Firma de Supervisor
Se entrega a la oficina de participación y atención ciudadana en salud La documentación física de las asistencias técnicas realizadas así: Arbeláez Cabrera Fusagasugá Pandi Pasca San Bernardo Silvania Tibacuy Venecia		Oficina De Participación Y Atención Ciudadana En Salud	Paula Victoria Bernal Montealegre Jefe Oficina De Participación Y Atención Ciudadana En Salud	
Archivo en medio magnético, soportes digitales en el repositorio y CD		Oficina De Participación Y Atención Ciudadana En Salud	Paula Victoria Bernal Montealegre Jefe Oficina De Participación Y Atención Ciudadana En Salud	
Archivo en medio físico. 1 Caja que contiene las siguientes carpetas Arbeláez Cabrera Fusagasugá Pandi Pasca San Bernardo Silvania Tibacuy Venecia		Oficina De Participación Y Atención Ciudadana En Salud	Paula Victoria Bernal Montealegre Jefe Oficina De Participación Y Atención Ciudadana En Salud	
Bienes e Inventarios: No aplica	N/A	N/A	N/A	N/A
Descripción	Fecha de Entrega	Dependencia que Recibe (DAF)	Nombre y Cargo del funcionario	Firma del funcionario
Expediente contractual (carpeta con todos los informes)		Archivo DAF	Joneth Ruiz	
Observaciones:				

FIRMA CONTRATISTA

ENTIDAD CERTIFICADA



CO-SC-CER303297 ST-CER655785 CO-SI-CER1017570

Secretaría de Salud

/CundiGov @CundinamarcaGov
www.cundinamarca.gov.co