Bogotá D.C., 17 de diciembre de 2020

PARA: CLAUDIA PATRICIA CORDERO CAMACHO
Supervisor Contrato N° FNE-179-2020

DE: PATRICIA GARCIA ARENAS
Contratista N° FNE-179-2020

ASUNTO: REMISIÓN DE DOCUMENTOS **PRIMER** PAGO CONTRATO 179 - 2020

Cordial Saludo,

Me permito adjuntar los documentos para el **primer pago** correspondiente al contrato N°FNE-179-2020, por el periodo comprendido entre el 2 de diciembre y el 30 de diciembre de 2020, de acuerdo con lo pactado en la cláusula de forma de pago.

Como soporte de la presente comunicación envió adjunto:

- Cuenta de Cobro (1 folio).
- Planilla pago seguridad social (1 folio).
- Declaración juramentada por parte del contratista respecto de la depuración de la base del cálculo de retención (1 folio).
- Captura de pantalla de Orfeo del contratista (1 folio).
- Registro Civil (1folio)

Atentamente,



PATRICIA GARCIA ARENAS
Profesional Universitario
52.363.516 de Bogotá D.C.
Carrera 73B #6B -81
patriciagarciaarenas@gmail.com
3132660002

CUENTA DE COBRO

FONDO NACIONAL DE ESTUPEFACIENTES
NIT 899999327-2

DEBE A:

NOMBRE: PATRICIA GARCIA ARENAS

IDENTIFICACIÓN: CC X NIT ____ No. 52.363.516 D.V. DE Bogotá

LA SUMA DE: DOS MILLONES OCHOCIENTOS MIL NOVECIENTOS TREINTRA YTRES PESOS M/CTE ($ 2.800.933)

POR CONCEPTO DE: Honorarios del periodo 3/12/2020 a 30/12/2020

Contrato No.: 179 de 2020

DESEMBOLSO No.: 1

OBJETO: Prestar servicios de apoyo profesional a las actividades y tramites a cargo del GIT de Control y Fiscalización

PERIODO COMPRENDIDO ENTRE: 3/12/2020 y 30/12/2020

FECHA: 17/12/2020

DIRECCION: Carrera 73 #6B-81

CIUDAD: Bogotá D.C

TELEFONO: 3132660002



FIRMA

	PROCESO	GESTIÓN FINANCIERA	Código	GFIF02
La salud es de todos Minsalud	FORMATO	**Declaración juramentada** **Depuración de base de cálculo de retención** **Ley 2010 de 2019, Ley 1943 de 2018, Decreto 1070 de 2013, Decreto 099 de 2013, Concepto 1195 de 2009 y demás normatividad vigente**	Versión	05

Bogotá D.C., 17 de Diciembre de 2020

Señores
MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL
Ciudad

1. Declaro bajo gravedad de juramento que 80% de mis ingresos provienen de la prestación de servicios de manera personal o de la realización de actividad económica por cuenta y riesgo del empleador o contratante.

2. Declaro bajo gravedad de juramento que mis ingresos PERCIBIDOS POR CONTRATOS CON EL ESTADO durante el año anterior SI _____ NO **X** superaron las 4000 UVT

3. Declaro bajo gravedad de juramento que mis ingresos durante el año anterior SI _____ NO **X** superaron los 3500 UVT

4. Declaro bajo gravedad de juramento que SI _____ NO **X** soy declarante del impuesto a la renta en los términos definidos por la normatividad vigente.

5. Artículo 383 del Estatuto Tributario, Parágrafo 2. "La retención en la fuente establecida en el presente artículo será aplicable a los pagos o abonos en cuenta por concepto de ingresos por honorarios y por compensación por servicios personales obtenidos por las personas que informen que no han contratado o vinculado dos (2) o más trabajadores asociados a la actividad."

¿Contraté dos (2) o más personas? SI _____ NO **X**

6. Pertenezco al Régimen de Tributación SIMPLE: SI **X** NO _____

7. Que para los efectos que sean pertinentes, me permito aportar la siguiente información personal:

Identificación del contratante: 900 474 727 - 4 Ministerio de Salud y Protección Social

Régimen del impuesto sobre las ventas al que pertenezco: N/A RESPONSABLE DE IVA _____ NO RESPONSABLES DE IVA _____

Contrato de Prestación de Servicios No.: 179 Fecha Inicio: 3/12/2020

Contratista: Patricia Garcia Arenas Fecha terminación: 30/11/2021

Valor mensual por concepto de Honorarios (iva incluido): $ 3.001.000,00 Prorroga: N/A

Valor total del contrato (iva incluido): $ 36.012.000,00 Valor de Adición: N/A

Fecha de inicio de la cesión: N/A Valor de la Cesión: N/A

8. Declaro bajo gravedad de juramento, en el marco de lo estipulado en el Decreto 099 de 2013, Art. 2, Parágrafo 3 y 4 que las personas que a continuación relaciono, dependen económicamente de mí, así mismo manifiesto que ninguna otra persona podrá requerir beneficio en forma adicional en los términos establecidos de la norma precitada, para lo cual adjunto documentación que así lo certifica:

NOMBRE	EDAD	PARENTESCO	DOCUMENTO
Nicolas Eduardo Cuervo Garcia	20	Hijo	1000725305

Con lo anterior se solicita que en la depuración de la base de retención sea descontado el 10% de mis ingresos brutos y hasta un máximo de 32 UVT por concepto de dependientes.

9. Declaro bajo gravedad de juramento, que a la fecha tengo vigente un crédito hipotecario para adquisición de vivienda, Obligación N/A de N/A según certificación anexa el presente, lo anterior para efectos de la aplicación de la retención a que haya lugar de conformidad con el estatuto tributario vigente y normas reglamentarias, en particular lo establecido en el Decreto 099 de 2013, articulo 2, numeral1.

10. Declaro que soy titular de la cuenta AFC No N/A de N/A , por lo que solicito con cargo al desembolso No. N/A del contrato No. N/A se consigne en mi nombre la suma de ($) N/A a la precitada cuenta AFC. Lo anterior con el objeto de acceder a disminución de la base de retención en la fuente en el documento equivalente anexo al desembolso en mención, de conformidad con lo consagrado en el artículo 126-4 del Estatuto Tributario y demás disposiciones legales vigentes.

11. Declaro que consigno a pensiones voluntarias en N/A la suma de ($) N/A

12. Declaro que consigno a Medicina pre-pagada N/A la suma de N/A N/A que no supera las 16 UVT mensuales.

13. 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.

Atentamente.

Patricia Garcia Arenas
c.c. 52363516

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

PAG 1 DE 1

DATOS GENERALES

TIPO	NUMERO	NOMBRE O RAZON SOCIAL	TIPO PRESENTACION U C S D	SUCURSAL / DEPENDENCIA	CODIGO	PERIODOS DE COTIZACION SALUD MES	SALUD AÑO	PENSIONES, RIESGOS LAB, CCF, SENA, ICBF MES	PENSIONES, RIESGOS LAB, CCF, SENA, ICBF AÑO	NUMERO RADICACION	TIPO EMPRESA	CLASE DE APORTANTE	CODIGO ARL	CODIGO OPERADOR
CC	52363516-	PATRICIA GARCIA ARENAS	✓			2020	11	2020	4734635		PUBLICA / PRIVADA ✓ / MIXTA	PEQUEÑO / GRANDE / INDEPENDIENTE ✓	14-23	83

DIRECCION	CIUDAD/MUNICIPIO	CODIGO	DEPARTAMENTO	CODIGO	TELEFONO	FAX	CORREO ELECTRONICO	ACTIVIDAD ECONOMICA	VALOR NOMINA	TOTAL EMPLEADOS	FECHA DE PAGO (aaaa/mm/dd)	No. AUTORIZACION
CALLE 41 A sur No. 72h-70	BOGOTÁ, D.C.	11001	BOGOTÁ D. C.	11	2708265		patriciagarciaarenas@gmail.com	7490	0	1	2020/12/14	829973897

TOTAL APORTES DEL PERIODO A SALUD POR ADMINISTRADORA

COD EPS	NIT EPS	COTIZACION OBLIGATOR	UPC ADICIONAL	INCAPACIDADES No.AUTOR	INCAPACIDADES VALOR	LIC.MATERNIDAD No.AUT	LIC.MATERNIDAD VALOR	NETO COTIZAC	DIAS MORA	INTERESES MORA OBL	INTERESES MORA UPC	SUBTOTAL COTIZACION	SUBTOTAL UPC ADIC.	No. RADIC SALDO A FAVOR	SALDO A FAVOR COTIZ OBLIG	SALDO A FAVOR UPC ADICIONAL	TOTAL A PAGAR	No. AFIL
EPS005	800251440-6	150.000	0		0		0	150.000	0	0	0	150.000	0		0	0	150.000	1

TOTAL APORTES DEL PERIODO A PENSIONES POR ADMINISTRADORA

COD AFP	NIT AFP	COTIZ OBLIGAT	COTIZ VOL. AFILIADO	COTIZ VOL APORTANT	FONDO SOLI PENS	DIAS MORA	INTERES MORA COTIZ	INTERES MORA FONDO	TOTAL A PAGAR	No. AFIL
231001	800227940-6	192.000	0	0	0	0	0	0	192.000	1

TOTAL APORTES DEL PERIODO A CAJAS POR ADMINISTRADORA

COD CCF	NIT CCF	VALOR APORTE	DIAS MORA	INTERESES MORA	TOTAL A PAGAR	No. AFIL

TOTAL APORTES DEL PERIODO A ICBF Y SENA

CONC	VALOR	DIAS MORA	INT MORA	TOTAL A PAGAR	No. AFIL
ICBF					
1	0	0	0	0	0
SENA					
1	0	0	0	0	0

TOTAL APORTES DEL PERIODO A RIESGOS LABORALES

COD ARL	NIT ARL	COTIZ OBLIGAT	INCAPACIDADES No.AUTORIZ	INCAPACIDADES VALOR	APORTES OTROS RIESG	VALOR NETO COTIZACION
14-23	860011153-6	6.300		0	0	6.300
DIAS MORA	**INTERES MORA COTI**	**SUBTOTAL APORT COTIZ**	**No. RADICAC SALDO A FAVOR**	**SALDO A FAVOR**	**FONDO SOLIDARIDAD**	**TOTAL A PAGAR**
0	0	6.300		0	63	6.300

TOTAL APORTES DEL PERIODO A MIN. EDUCACION

VALOR	DIAS MORA	INT MORA FONDO	TOTAL A PAGAR

TOTAL APORTES DEL PERIODO A ESAP

VALOR	DIAS MORA	INT MORA FONDO	TOTAL A PAGAR

NUMERO DE ADMINISTRADORAS REPORTADAS

PENSIONES	1
SALUD	1
RIESGOS LABORALES	1
CAJAS DE COMPENSACION	0
OTRAS	0
TOTAL	3

TOTAL A PAGAR POR TIPO ADMINISTRADORA	ANTES DE IGE,LMA,IRP Y MORA	VALOR TOTAL
PENSIONES	192.000	192.000
SALUD	150.000	150.000
RIESGOS LABORALES	6.300	6.300
CCF	0	0
SENA	0	0
ICBF	0	0
ESAP	0	0
MINISTERIO DE EDUCACION	0	0
GRAN TOTAL	348.300	348.300

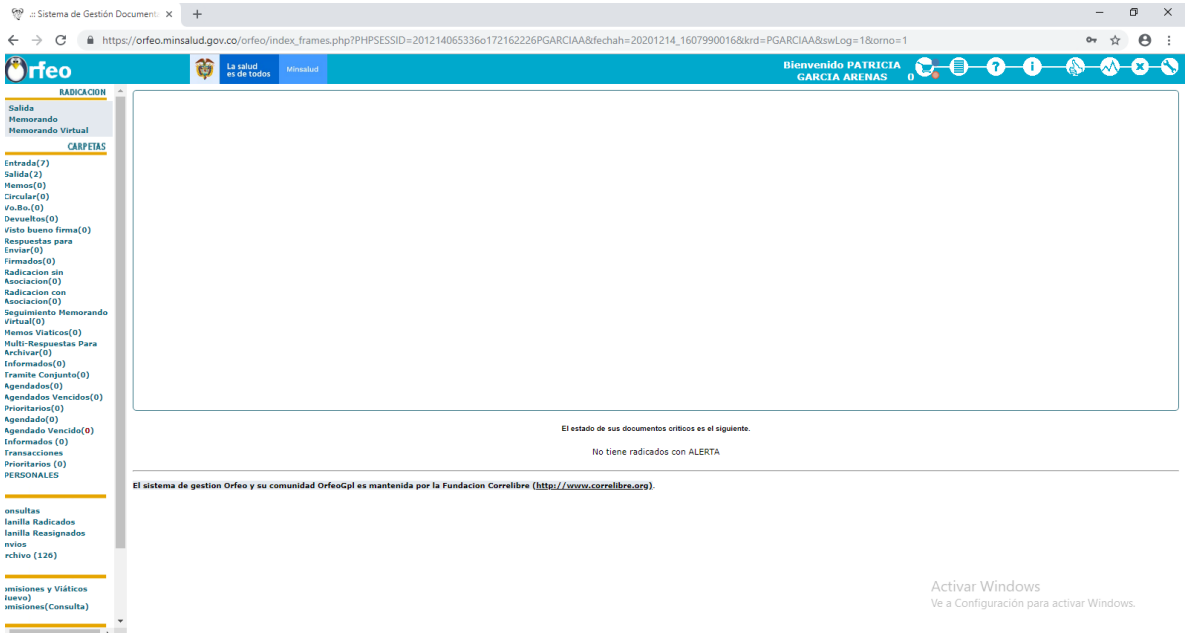
Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

compensar | miplanilla.com

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

DATOS DEL AFILIADO							NOVEDADES																	VALOR IBC							LIQUIDACION DE APORTES				
Nº	TIPO	NUMERO	APELLIDOS Y NOMBRES	COD EPS	COD AFP	COD CAJA	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VTE	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	NUEVA EPS	NUEVA AFP	IBC SALUD	IBC PENSION	IBC CAJAS	IBC RIESGOS	SUBTIPO COTIZANTE	EXTRANJERO	COLOMBIANO EN EXTERIOR	COTIZ PENSION	FONDO SOLIDAR PENSION	APORTE VOLUNT PENSION	COTIZ SALUD	UPC ADICIONAL
1	CC	52363516	GARCIA ARENAS PATRICIA	EPS005	231001																				1.200.000	1.200.000	0	1.200.000	0			192.000	0	0	150.000	0

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


:: Sistema de Gestión Document
https://orfeo.minsalud.gov.co/orfeo/index_frames.php?PHPSESSID=201214065336o172162226PGARCIAA&fechah=20201214_1607990016&krd=PGARCIAA&swLog=1&orno=1
orfeo
La salud es de todos
Minsalud
Bienvenido PATRICIA GARCIA ARENAS
RADICACION
Salida
Memorando
Memorando Virtual
CARPETAS
Entrada(7)
Salida(2)
Memos(0)
Circular(0)
Vo.Bo.(0)
Devueltos(0)
Visto bueno firma(0)
Respuestas para Enviar(0)
Firmados(0)
Radicacion sin Asociacion(0)
Radicacion con Asociacion(0)
Seguimiento Memorando Virtual(0)
Memos Viaticos(0)
Multi-Respuestas Para Archivar(0)
Informados(0)
Tramite Conjunto(0)
Agendados(0)
Agendados Vencidos(0)
Prioritarios(0)
Agendado(0)
Agendado Vencido(0)
Informados (0)
Transacciones Prioritarios (0)
PERSONALES
onsultas
lanilla Radicados
lanilla Reasignados
nvios
rchivo (126)
omisiones y Viáticos uevo)
omisiones(Consulta)
El estado de sus documentos criticos es el siguiente.
No tiene radicados con ALERTA
El sistema de gestion Orfeo y su comunidad OrfeoGpl es mantenida por la Fundacion Correlibre (http://www.correlibre.org).
Activar Windows
Ve a Configuración para activar Windows.

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

1000725305

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

NUIP 2.000 09 02

Indicativo Serial 30334825

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría [ ] Notaría [X] Número 56 Consulado [ ] Corregimiento [ ] Inspección de Policía [ ] Código 10 6 3

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

COLOMBIA. CUNDINAMARCA. SANTAFE DE BOGOTA D.C. NOTARIA CINCUENTA Y SEIS.-

Datos del inscrito

Primer Apellido	Segundo Apellido
CUERVO.-	GARCIA.-

Nombre(s)

NICOLAS EDUARDO.-

Fecha de nacimiento	Sexo (en letras)	Grupo sanguíneo	Factor RH
Año 2000 Mes 09 Día 02	MASCULINO.-	O.-	POSITIVO.-

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

COLOMBIA .CUNDINAMARCA. SANTAFE DE BOGOTA D.C. CLINICA DAVID RESTREPO.-

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos	Número certificado de nacido vivo
CERTIFICADO DE NACIDO VIVO.-	A2607487.-

Datos de la madre

Apellidos y nombres completos

GARCIA ARENAS PATRICIA.-

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
C.C. No. 52.363.516 SANTAFE DE BOGOTA D.C.-	COLOMBIANA.-

Datos del padre

Apellidos y nombres completos

CUERVO RODRIGUEZ CARLOS EDUARDO.-

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
C.C. No. 79.391.291 SANTAFE DE BOGOTA D.C.-	COLOMBIANA.-

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos

CUERVO RODRIGUEZ CARLOS EDUARDO.-

Documento de identificación (Clase y número)	Firma
C.C. No. 79.391.291 SANTAFE DE BOGOTA D.C.-	

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 2000 Mes 10 Día 02	CERVELEON RODRIGUEZ HERRERA.- NOTARIA 56 Nombre y firma

Reconocimiento paterno	Nombre y firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento
Firma	CERVELEON RODRIGUEZ HERRERA.- Nombre y firma

Copia auténtica

ESPACIO PARA NOTAS

del Estado Civil de esta Notaría

Artículos 114 y 115 Decreto 1260 de 1970

Bogotá, D.C.

- ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO -

Escaneado con CamScanner