INFORME DE SUPERVISION No. 1
CONTRATO No. 200 de 2021

1. ASPECTOS GENERALES DEL CONTRATO

Contratista	Jean Paul Alarcón Barragán
Identificación	80728971
Fecha de suscripción del Contrato	05 de febrero de 2021
Objeto	Prestación de servicios para el desarrollo de actividades de Inspección, y Vigilancia respecto del cumplimiento de las competencias a cargo de las Entidades Territoriales de Salud del orden Departamental Distrital y/o Municipal en temas relacionados con Salud Pública, evaluar y resolver solicitudes de trámite relacionadas con los asuntos de competencia de la Dirección de Inspección y Vigilancia para Entidades del Orden Territorial
Plazo de Ejecución	El plazo para ejecución, será hasta el **veintidós (22) de abril de 2021** y se contratará a partir de la firma del acta de inicio del contrato, suscrita entre el contratista y el supervisor designado por **LA SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD**, previa la expedición del Registro Presupuestal, la aprobación de las Garantías, la afiliación y entrada en vigencia de la ARL y la verificación, por parte del Supervisor del contrato, sobre el cumplimiento de las obligaciones del contratista relacionadas con el sistema de Seguridad Social Integral y parafiscales, cuando corresponda. En todo caso se entiende que el contrato se terminará anticipadamente al inicio de la gestión de la nueva planta de personal que sea aprobada en el marco del diseño institucional que adelanta la entidad, en concordancia con los dispuestos, **ANEXO No. 1** del contrato ***CLÁUSULAS CONTRACTUALES*** La vigencia del contrato se entiende como el plazo de ejecución del contrato.
Fecha de Iniciación	05/02/2021
Fecha de Finalización	22/04/2021

2. ESTADO FINANCIERO DEL CONTRATO

Valor total del Contrato	$20.397.090
Valor Honorarios mensuales	7.462.350
Valor ejecutado	5.969.880
Valor faltante por ejecutar / Valor pendiente por pagar	14.427.210
Porcentaje de Ejecución	29,26%
Porcentaje por Ejecutar	70,74%
Estado de la Garantía	Vigente

Matriz de Riesgos del Contrato	Sin afectación. En monitoreo y revisión por parte de la supervisión.

3. INFORMACION SOBRE AVANCE DEL CONTRATO

3.1 SERVICIOS Y/O PRODUCTOS RECIBIDOS A SATISFACCIÓN CORRESPONDIENTES AL PERIODO DEL 05 AL 28 DE FEBRERO DE 2021.

Las actividades desarrolladas por el contratista en el periodo descrito anteriormente, relacionadas con cada una de las obligaciones específicas establecidas en los estudios previos de la contratación se desagregan a continuación y así mismo se detallan las evidencias o soportes, con lo cual se verifica el cumplimiento a satisfacción de la obligación establecida:

OBLIGACIONES.

Obligación N°.1: Elaborar, en conjunto con el Supervisor del Contrato, un cronograma de trabajo en el que se relacionen y detallen las actividades contractuales a realizar, dentro de la semana siguiente a la firma de acta de inicio.

Detalle de las actividades realizadas		
Actividad	**Evidencias o Soportes**	**Fecha**
Cronograma del 05 al 28 de febrero 2021	Documento Excel.	05 al 28/ 02/2021

Obligación N°.2: Realizar, de conformidad con las instrucciones entregadas por el supervisor del contrato, seguimiento frente al cumplimiento de las competencias y responsabilidades sobre asuntos de Salud Pública a cargo de las Entidades Territoriales de Salud.

Detalle de las actividades realizadas		
Actividad	**Evidencias o Soportes**	**Fecha**
Oficio presentación visita Visita de validación de Acciones implementadas Programa Pruebas, Rastreoy Alistamiento Selectivo Sostenible – PRASS y verificación del Plan Nacional de Vacunación COVID-19. Departamento de Meta	202144300101441	7/02/2021
Oficio presentación visita Visita de validación de Acciones implementadas Programa Pruebas, Rastreo y Alistamiento Selectivo Sostenible – PRASS y verificación del Plan Nacional de Vacunación COVID-19. Departamento de Arauca	202144300172401	21/02/2021

Obligación N°.3: Adelantar las visitas, auditorias especiales, auditorias integrales y/o auditorías documentales que se programen en el PAG dirigidas a las Entidades Territoriales, generando los respectivos informes; siguiendo los procesos y procedimientos

establecidos por la Superintendencia Nacional de Salud, y en atención a las instrucciones recibidas por el supervisor del contrato.

Detalle de las actividades realizadas		
Actividad	**Evidencias o Soportes**	**Fecha**
Visita de validación de Acciones implementadas Programa Pruebas, Rastreo y Alistamiento Selectivo Sostenible – PRASS y verificación del Plan Nacional de Vacunación COVID-19. Departamento de Meta	Instrumento de visita e informe de visita.	10 a 12/02/2021
Visita de validación de Acciones implementadas Programa Pruebas, Rastreo y Alistamiento Selectivo Sostenible – PRASS y verificación del Plan Nacional de Vacunación COVID-19. Departamento de Arauca	Instrumento de visita.	22 al 26/02/2021

Obligación N°.4: Elaborar los conceptos técnicos necesarios para traslado de hallazgos e incumplimientos a la Delegada de Procesos Administrativos y/o Entes de Control, previa validación y visto bueno de la Delegada para la Supervisión Institucional, de acuerdo a las verificaciones hechas al Componente de Salud Pública.

Detalle de las actividades realizadas		
Actividad	**Evidencias o Soportes**	**Fecha**
No se presentaron requerimientos para esta obligación		

Obligación N°.5: Realizar la evaluación y aprobación de los Planes de Mejoramiento propuestos por los vigilados producto de los procesos auditores, de acuerdo con las instrucciones impartidas por el supervisor del contrato.

Detalle de las actividades realizadas		
Actividad	**Evidencias o Soportes**	**Fecha**
No se presentaron requerimientos para esta obligación		

Obligación N°.6: Realizar la revisión de informes, documentos, comunicaciones y solicitudes de conceptos técnicos que reciba la Dirección, dentro del ámbito de su competencia y conocimiento respecto de temáticas relacionadas con el componente de pública.

Detalle de las actividades realizadas		
Actividad	**Evidencias o Soportes**	**Fecha**
Informe de acciones implementadas Programa Pruebas, Rastreo y Alistamiento Selectivo Sostenible	202144300206031	27/02/2021

– PRASS y verificación del Plan Nacional de Vacunación COVID-19. Departamento de Meta.		

Obligación N°.7: Tramitar peticiones, quejas, reclamos y denuncias que reciba la Dirección de Inspección y Vigilancia para Entidades del Orden Territorial, sobre obligaciones y responsabilidades en temas de Salud Pública de competencia de las entidades territoriales.

Detalle de las actividades realizadas		
Actividad	**Evidencias o Soportes**	**Fecha**
Tramite a la solicitud del Ciudadano RAFAEL GIOVANNI GUARIN COTRINO Radicado No. 20214230021012 2 Ministerio de Salud y Protección Social	202182300249242	19/02/2021

Obligación N°.8: Participar en las reuniones sectoriales e intersectoriales que convoquen los diferentes organismos del estado, en el marco de las competencias de la Superintendencia Nacional de Salud, de acuerdo con las instrucciones impartidas por el supervisor del contrato.

Detalle de las actividades realizadas		
Actividad	**Evidencias o Soportes**	**Fecha**
No se presentaron requerimientos para esta obligación		

Obligación N°.9: Participar en las reuniones que sean convocadas por parte de la Dirección de Inspección y Vigilancia para las Entidades del Orden Territorial, que tenga directa relación con el objeto contractual.

Detalles de las actividades realizadas		
Actividad	**Evidencia o soporte**	**Fecha**
Participación en reunión de instrumento de vacunación Covid 19.	Reunión virtual	08/02/2021
Participación en reunión de instrumento de vacunación contra Covid 19.	Reunión virtual	15/02/2021
Participación en reunión actividades gestores Vacunación contra Covid 19	Reunión virtual	16/02/2021
Mesa técnica SNS y SDS	Reunión virtual	17/02/2021
Participación en reunión de socialización de instrumento de vacunación contra Covid 19.	Reunión virtual	19/02/2021
Capacitación instrumentos vacunación y PRASS	Reunión virtual	20/02/2021

Reunión equipos regionales territorios	Reunión virtual	27/02/2021

Obligación N°.10: Participar en el alistamiento de las mesas técnicas, así también como en el seguimiento y verificación de los compromisos adquiridos por parte de los sujetos vigilados en dichas reuniones y la elaboración de los informes finales de las mismas.

Detalle de las actividades realizadas		
Actividad	**Evidencias o Soportes**	**Fecha**
No se presentaron requerimientos para esta obligación		

1. **Obligación N°.11:** Las demás obligaciones que se requieran para el cumplimiento a cabalidad del objeto contractual y que sean inherentes a la naturaleza del presente contrato.

Detalle de las actividades realizadas		
Actividad	**Evidencias o Soportes**	**Fecha**

NOTA: El informe de ejecución del contratista junto con los soportes del caso se pueden verificar en la plataforma SECOP II, proceso de contratación No. **200 de 2021**, así mismo los documentos físicos hacen parte de la carpeta de supervisión del contrato y del expediente contractual correspondiente.

3.2. ESTADO Y AVANCE DEL CONTRATO

El Contrato No. 200, se encuentra EN EJECUCIÓN, con un porcentaje de AVANCE del **29,26**%.

4. NOVEDADES O SITUACIONES ANORMALES PRESENTADAS DURANTE EL DESARROLLO DEL CONTRATO

Durante el presente período no se han presentado novedades o situaciones anormales que afecten el desarrollo del contrato.

5. LLAMADAS DE ATENCION AL CONTRATISTA

Durante el presente período no se han presentado llamados de atención al contratista.

6. RESUMEN DE ACTIVIDADES REALIZADAS POR LA SUPERVISIÓN O INTERVENTORIA

a) Seguimiento financiero y presupuestal del contrato.
b) Conformación, actualización y seguimiento del expediente con la documentación relacionada con la ejecución del contrato.

c) Verificación de la ejecución de las actividades específicas del contrato y seguimiento a la matriz de riesgos.
d) Verificación del pago al Sistema de Seguridad Social Integral realizado por el contratista, de conformidad con la normatividad vigente.
e) Verificación de la vigencia de la garantía exigida en el contrato.
f) Verificación y aprobación de los soportes necesarios para el pago.
g) Expedición de la certificación del recibo a satisfacción correspondiente al periodo descrito, de conformidad al servicio recibido.
h) Trámite de reconocimiento y pago de honorarios ante la Subdirección Financiera.

7. CUMPLIMIENTO DE OBLIGACIONES DEL CONTRATISTA RELACIONADAS CON EL PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL INTEGRAL Y APORTES PARAFISCALES (Ley 100 de 1993 y sus decretos reglamentarios, en el artículo 50 de la Ley 789 de 2002, Leyes 828 de 2003, 1122 de 2007, 1150 de 2007 y 1562 de 2012, Decretos 1072 de 2015 y 1273 de 2018 y demás normas concordantes).

Se verificó el cumplimiento de las obligaciones del contratista con los sistemas de Seguridad Social Integral en salud, pensiones y riesgos laborales, información que se puede constatar en la planilla o certificación de pago correspondiente al periodo aquí relacionado.

8. ACTIVIDADES DE TRATAMIENTO Y MONITOREO A LA MATRIZ DE RIESGO DEL CONTRATO

Se ha realizado el monitoreo por parte de la supervisión, de acuerdo con el tratamiento y/o control de los riesgos establecido en la matriz de los estudios previos del contrato, evidenciándose que no hay materialización de los mismos. Lo anterior se verifica a través del informe mensual de actividades del contratista de acuerdo con las obligaciones específicas pactadas, las cuales han tenido satisfactorio cumplimiento a la fecha.

El presente informe se firma en Bogotá D.C., el primero **(01)** días del mes de marzo de **2021.**

Atentamente,

Nidia Zoraya Cáceres Moreno
Directora de Inspección y Vigilancia para Entidades del Orden Territorial
Supervisor (a) del Contrato No. **200 de 2019**

Jean Paul Alarcón Barragan
C.C. 80728971
Contratista

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD	
Para responder este documento favor citar este número:	
Rad No:	**202144400028633**
Fecha:	04-03-2021
Dependencia	4400 Dirección de Inspección y Vigilancia para Entidades del Orden Territorial.
Expediente	

MEMORANDO

Bogotá,

PARA: **LAURA ELENA PUENTES**, COORDINADORA GRUPO DE TESORERIA

DE: **NIDIA ZORAYA CACERES MORENO**, DIRECTORA DE IV ENTIDADES DEL ORDEN TERRITORIAL (E)

Asunto: **RELACIÓN DE CONTRATOS AUTORIZADOS PARA PAGO FEBRERO 2021**
Referenciado: 202144400028633

Respetada Doctora Laura:

Dando respuesta al comunicado NURC 3-2020-4491, con asunto “FORMATO PARA VALIDACIÓN DE FIRMAS DE SUPERVISORES EN CUENTAS DE COBRO”, de manera atenta se informa que una vez revisados los soportes correspondientes (formato GTFT11 actualizado y Seguridad Social), se constató que los contratistas relacionados en el cuadro anexo cumplen con los requisitos para efectuar la cancelación del pago correspondiente del mes de febrero de 2021, motivo por el cual se autoriza el mismo.

Dirección Inspección y Vigilancia Entidades Orden Territorial -Superintendencia Nacional de Salud

Carrera 68 A # 24 B-10, Torre 3 - Pisos 4, 9 y 10
PBX (571) 744 2000 • Bogotá
www.supersalud.gov.co

Digitally signed by SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
Date: 2021.03.08 07:11:48 COT

NOMBRE COMPLETO	IDENTIFICACION	N° CONTRATO	PERIODO COBRADO	VALOR
JEAN PAUL ALARCON BARRAGAN	80.728.971	200	FEBRERO	7.462.350
ANGELA BAQUERO VELASQUEZ	52.048.084	197	FEBRERO	7.462.350
CLAUDIA MARCELA CONTRERAS PIRAJAN	52.446.095	201	FEBRERO	7.462.350
INGRID MARCELA MAYORGA LARA	39.622.171	199	FEBRERO	7.462.350
DANA YOLAYDA RODRIGUEZ	1.069.721.714	89	FEBRERO	8.729.350
MAGDA MORA	1.018.402.874	202	FEBRERO	7.462.350
OSCAR DANIEL ROA	13.955.858	198	FEBRERO	8.729.350
ZEIN OSNAYDER CASTRILLON	1.023.895.005	55	FEBRERO	8.528.400
ZULMA VARGAS	52.426.422	77	FEBRERO	8.729.350
JOSE LUIS DUARTE	1.098.696.463	88	FEBRERO	3.526.334
MARIA EDITH CANDELA VALENCIA	31.950.246	91	FEBRERO	7.462.350

Adicionalmente, conforme a lo solicitado, se adjunta formato Excel en el cual se relacionan los contratos objeto de pago.

Cordialmente,

Firmado electrónicamente por:
Nidia Zoraya Caceres Moreno

Anexos Electrónicos: RELACION DE CONTRATOS PAGO FEBRERO 2021
Proyectó:
Revisó:
Aprobó:

Supersalud	PROCESO	CONTRACTUAL	CÓDIGO	PCFT04
	FORMATO	ACTA DE INICIO	VERSIÓN	3

CONTRATO No.:	**202 DE 2021**	**PROCESO No.: (SECOP II)**	**SNS-CD-204-2021**
OBJETO:	Prestar servicios profesionales para realizar seguimiento y evaluación al cumplimiento de los Planes de Mejoramiento suscritos por los sujetos vigilados como resultado de las auditorías integrales y especiales, auditorías documentales y visitas desarrolladas por la Superintendencia Delegada para la Supervisión Institucional.		
NOMBRE O RAZÓN SOCIAL DEL CONTRATISTA:	**MAGDA ROCÍO MORA SEPÚLVEDA**		
IDENTIFICACIÓN DEL CONTRATISTA:	**C.C. 1018402874**		
REPRESENTANTE LEGAL: (Si aplica)	**N/A**		
IDENTIFICACIÓN DEL REPRESENTANTE LEGAL (Si aplica)	**N/A**		
VALOR DEL CONTRATO:	**VEINTE MILLONES TRESCIENTOS NOVENTA Y SIETE MIL NOVENTA PESOS ($20.397.090) M/CTE.**		
PLAZO:	El plazo para la ejecución del contrato, será hasta el **veintidós (22) de abril de 2021** y se contará a partir de la firma del acta de inicio del contrato, suscrita entre el contratista y el supervisor designado por **LA SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD,** previa la expedición del Registro Presupuestal, la aprobación de las Garantías, la afiliación y entrada en vigencia de la ARL y la verificación, por parte del Supervisor del contrato, sobre el cumplimiento de las obligaciones del contratista relacionadas con el sistema de Seguridad Social Integral y parafiscales, cuando corresponda. En todo caso, se entiende que el contrato se terminará anticipadamente al inicio de la gestión de la nueva planta de personal que sea aprobada en el marco del rediseño institucional que adelanta la entidad, en concordancia con los dispuesto, **ANEXO No. 1** del contrato ***CLÁUSULAS CONTRACTUALES.*** La vigencia del contrato se entiende como el plazo de ejecución del contrato.		
FECHA DE INICIO:	**05/02/2021**		
FECHA DE TERMINACIÓN:	**22/04/2021**		
INTERVENTOR ___ SUPERVISOR _X_	**DIRECTORA DE INSPECCIÓN Y VIGILANCIA PARA ENTIDADES DEL ORDEN TERRITORIAL**		

Supersalud	PROCESO	CONTRACTUAL	CÓDIGO	PCFT04
	FORMATO	ACTA DE INICIO	VERSIÓN	3

Se reunieron **Nidia Zoraya Cáceres Moreno,** en su calidad de supervisor, y **Magda Rocio Mora Sepúlveda,** en calidad de contratista, con el fin de dejar constancia por medio de la presente acta de la iniciación real y efectiva del objeto del contrato.

Los riesgos amparados por la garantía están vigentes, de acuerdo con la verificación efectuada por la supervisión.

En constancia se firma la presente acta por los que en ella intervinieron:

NIDIA ZORAYA CÁCERES MORENO **Directora de Inspección y Vigilancia para Entidades del Orden Territorial**	**MAGDA ROCÍO MORA SEPÚLVEDA** **C.C. 1018402874**
SUPERVISOR CONTRATO 202 DE 2021	**CONTRATISTA**

Supersalud	PROCESO	GESTION DE TESORERIA	CÓDIGO	GTFT11
	FORMATO	CERTIFICACION DE SUPERVISION PARA PAGO	VERSIÓN	2

CIUDAD Y FECHA DE CERTIFICACION: Bogotá .C., 1 marzo de 2021

EL (LA) SUSCRITO(A) SUPERVISOR (A) DE CONTRATO CERTIFICA:

Que **Magda Rocio Mora Sepúlveda,** identificado con C.C. No.**1018402874,** cumplió a cabalidad con las obligaciones o actividades del contrato No**. 202 de 2021,** cuyo objeto es:Prestar servicios profesionales para realizar seguimiento y evaluación al cumplimiento de los Planes de Mejoramiento suscritos por los sujetos vigilados como resultado de las auditorías integrales y especiales, auditorías documentales y visitas desarrolladas por la Superintendencia Delegada para la Supervisión Institucional:

PAGO CORRESPONDIENTE A: (02/2021) **VALOR A PAGAR:** **$ 7.462.350**

FACTURA No.	COMPROMISO PPTAL (RP)	CODIGO RUBRO PRESUPUESTAL	CODIGO DEPENDENCIA	SALDO ANTERIOR	VALOR PRESENTE DE PAGO	SALDO DESPUES DE ESTE PAGO	TESORERIA		
							FUENTE	RECURSO	VIGENCIA
	42321	C-1903-0300-4-0-1903016-02	19-10-00-01	20.397.090	7.462.350	12.934.740,00	Nación	11	Actual
TOTAL				**20.397.090**	**7.462.350**	**12.934.740**			

ACREDITA PAGO SEGURIDAD SOCIAL MES DE : ene-21 **VALOR SEGURIDAD SOCIAL:** 269.300

Entrada de Almacén No. _____ (aplica a contratos que involucren entrega de bienes y/o materiales y suministros)

Esta certificación se expide con destino a la Coordinación del Grupo de Tesorería de la Superintendencia Nacional de Salud para efectos del valor total a pagar certificado.

Firma Supervisor	**Firma Supervisor**	**Firma Supervisor**
Nombre: NIDIA ZORAYA CÁCERES MORENO	**Nombre:**	**Nombre:**
Dependencia: DIRECTORA DE INSPECCIÓN Y VIGILANCIA PARA ENTIDADES DEL ORDEN TERRITORIAL	**Dependencia:**	**Dependencia:**

SUPERVISOR

Señor Supervisor, para efectos de la procedibilidad del pago aquí autorizado, tenga en cuenta que ***usted deja constancia del recibo y verificación*** de la publicación del Informe de Supervisión en el SECOP, sopena de omisión en su deber de seguimiento y control de la ejecución contractual

DOCUMENTOS QUE SE DEBEN ANEXAR

• Copia de las planillas de pago de aportes al Sistema General de Seguridad Social por parte del contratista sobre el período que corresponde al pago certificado, el cual fue objeto de verificación documental, por parte del supervisor.
• Factura o documento equivalente.
• Para el primer pago adjuntar copia de RUT y RIT(excepto personas excentas o excluidas) y diligenciado de declaración juramentada para deducción de retención en la fuente y soportes.
• Allegar entrada a almacén (en caso de que sea el pago de bienes y/o materiales y suministros
• Todos los documentos deben ser escaneados y cargados en la plataforma SECOP II y se deberá crear la cuenta por cobrar en esta misma plataforma. Se debe adjuntar el pantallazo correspondiente.
• Pantallazo de la evidencia del cargue de informe de actividades del contratista al SECOP II

DECLARACION CLASIFICACION DE INGRESOS PARA EFECTOS EN RETENCION POR CONCEPTO DE RENTA

Yo, Magda Rocio Mora identificado (a) con C.C. No. 1018402874, con domicilio principal en la ciudad de Bogotá, de manera libre y espontánea bajo la gravedad de juramento, declaro:

1. De acuerdo con lo establecido en el artículo 330 del Estatuto Tributario (E.T.). los ingresos derivados de la ejecución del Contrato No. 200 firmado con la Superintendencia Nacional de Salud corresponden a Rentas de Trabajo (artículo 103 A..)[1].

SI	X	NO	

Tengo uno o más contratos firmados con otra entidad.

SI		NO	X

2. Para la ejecución de la actividad derivada del contrato No. 200 firmado con la Superintendencia Nacional de Salud, he contratado o vinculado dos (2) o más trabajadores asociados a la actividad. (Parágrafo 2, artículo 383 E.T.).

SI		NO	X

3. De acuerdo con lo establecido en el parágrafo 3 del artículo 383 del Estatuto Tributario, solicito y autorizo efectuar retención en la fuente por concepto de renta **superior** a la tarifa resultante de aplicar el procedimiento establecido.

SI		NO	X

Tarifa superior que se solicita y autoriza aplicar _____%

[1] ESTATUTO TRIBUTARIO. ARTICULO 103. DEFINICIÓN. (modificado por el artículo 21 de la Ley 633 de 2000). Se consideran rentas exclusivas de trabajo, las obtenidas por personas naturales por concepto de salarios, comisiones, prestaciones sociales, viáticos, gastos de representación, honorarios, emolumentos eclesiásticos, compensaciones recibidas por el trabajo asociado cooperativo y, en general, las compensaciones por servicios personales.

Esta declaración la hago a los 01 días del mes de marzo del año 2021 de conformidad con lo dispuesto en el Artículo 7°, Decreto 19 de 2012 (prohibición de declaraciones extra-juicio), con destino a la Superintendencia Nacional de Salud, para que surta efectos legales y tributarios.

DEDUCCIONES EN BASE GRAVABLE DE RETENCIÓN EN LA FUENTE

Con el fin de acogerme al beneficio tributario por dependientes establecido en el artículo 387 del Estatuto Tributario, modificado por el artículo 15 de la ley 1607 de 2012 (**Decreto 1625 de 2016. Artículo 1.2.4.1.18. Calidad de los dependientes)**, certifico que se encuentran a mi cargo los siguientes dependientes y para el efecto adjunto los documentos requeridos en cada caso:

DEPENDIENTES: ***tenga en cuenta que solo se requiere la información de un solo dependiente siempre y cuando cumpla con la documentación soportada.***

Marque (X)	TIPO DE DEPENDIENTE	Nombre del Dependiente	DOCUMENTO SOPORTE
	Hijos menores de 18 años		Registro Civil de Nacimiento
	Hijos con edad entre 18 y 23 años, en donde el contratista financie la educación formal Superior.		Certificado de instituciones formales de educación superior certificadas por el ICFES o la autoridad oficial correspondiente.
			Registro civil de nacimiento.
	Hijos con edad entre 18 y 23 años, en donde el contratista financie la educación técnica no formal.		Certificado de programas técnicos de educación no formal debidamente acreditados por la autoridad competente.
			Registro civil de nacimiento.
	Hijos mayores de 23 años, dependientes por factores físicos o psicológicos.		Certificado de Medicina Legal, de una Entidad Promotora de Salud (EPS) o cualquier otra entidad que legalmente sea competente.
			Registro civil de nacimiento.
	Cónyuge o compañero permanente con dependencia económica por ausencia de ingresos anuales inferiores a 260 UVT.		Certificado de Contador Público.
			Documento que demuestre parentesco.
	Cónyuge o compañero permanente con dependencia por factores físicos o psicológicos.		Certificado de Medicina Legal, de una Entidad Promotora de Salud (EPS) o cualquier otra entidad que legalmente sea competente.
			Documento que demuestre parentesco.
	Padres y hermanos con dependencia económica por ausencia de ingreso o ingresos anuales inferiores a 260 UVT.		Certificado de Contador Público.
			Documento que demuestre parentesco.

	Padres y hermanos con dependencia económica por factores físicos y psicológicos.		Certificado de Medicina Legal, de una Entidad Promotora de Salud (EPS) o cualquier otra entidad que legalmente sea competente. ***Documento que demuestre parentesco.***

BAJO LA GRAVEDAD DE JURAMENTO, MANIFIESTO QUE LA INFORMACIÓN RELACIONADA EN ESTE DOCUMENTO ES VERAZ Y ME COMPROMETO A INFORMAR A LA SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD CUANDO LA SITUACIÓN DE DEPENDENCIA TERMINE O SE MODIFIQUE.

Certifico igualmente que la deducción de la base de retención en la fuente por concepto de dependientes cumple las restricciones establecidas en el parágrafo 4° del artículo 2° del Decreto 99 de 2013, en el entendido que no se solicitan por más de un contribuyente en relación con un mismo dependiente.

CERTIFICACIÓN PAGOS DE SALUD EFECTUADOS DURANTE EL AÑO INMEDIATAMENTE ANTERIOR AL DE LA CELEBRACIÓN DEL CONTRATO.

Anexo certificación de pagos efectuados por concepto de Seguros de Salud, Planes Complementarios o Planes de Medicina Prepagada, en el cual soy el titular.

Cantidad de Certificados	Entidad Certificadora	Año que está certificando
1	MEDISANITAS	2020

CERTIFICACIÓN PAGO INTERESES DE VIVIENDA INMEDIATAMENTE ANTERIOR AL DE LA CELEBRACIÓN DEL CONTRATO.

Anexo certificación de pagos efectuados por Créditos Hipotecarios, Leasing Habitacional o Libre Inversión en la que demuestro que fue utilizado para compra de vivienda de habitación del cual soy el titular.

Cantidad de Certificados	Entidad Certificadora	Año que está certificando

Esta declaración la hago a los 01 días del mes de marzo del año 2021 de conformidad con lo dispuesto en el Artículo 7° (prohibición de declaraciones extra-juicio) del Decreto 19 de 2012, con destino a la Superintendencia Nacional de Salud, para que surta efectos legales y tributarios.

Firma: Magda Lora

C.C.: 1018402874

Dirección: _____Carrera 77 # 16 - 87_____
Teléfono: _____3105771557_____
Correo electrónico _____magda.mora@supersalud.gov.co__
Ciudad: _____Bogotá_____

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 1018402874		MORA SEPULVEDA MAGDA ROCIO	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CR 77 19-87	BOGOTA-BOGOTA D.E.	5555555	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2021-01	2021-01	882997531	9415944449	I	2021/02/16	2021/02/04	BANCO DAVIVIENDA	0	$269,300

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)					$908,526	$145,400			$908,526	$113,600			$908,526	$5,500			$908,526	$4,800		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$908,526	$145,400			$908,526	$113,600			$908,526	$5,500			$908,526	$4,800		$0	$0
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)					$908,526	$145,400			$908,526	$113,600			$908,526	$5,500			$908,526	$4,800		$0	$0
1	CC	1018402874	MORA MAGDA	25-14	30	$908,526	$145,400	EPS005	30	$908,526	$113,600	CCF24	30	$908,526	$5,500	14-23	30	$908,526	$4,800	30	$0	$0
Total		**Afiliados(1)**				$908,526	$145,400			$908,526	$113,600			$908,526	$5,500			$908,526	$4,800		$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 1018402874		MORA SEPULVEDA MAGDA ROCIO	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CR 77 19-87	BOGOTA-BOGOTA D.E.	5555555	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2021-01	2021-01	882997531	9415944449	I	2021/02/16	2021/02/04	BANCO DAVIVIENDA	0	$269,300

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$145,400	$0	$0	$145,400
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	1	$145,400	$0	$0	$145,400
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$4,800	$0	$0	$4,800
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	$4,800	$0	$0	$4,800
CCF (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$5,500	$0	$0	$5,500
COMPENSAR	CCF24	860,066,942	7	1	$5,500	$0	$0	$5,500
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$113,600	$0	$0	$113,600
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	1	$113,600	$0	$0	$113,600
TOTAL				1	$269,300	$0	$0	$269,300

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.

BOGOTÁ

INFORMACIÓN BÁSICA DEL CONTRIBUYENTE

REGISTRO DE INFORMACIÓN TRIBUTARIA - RIT

DIRECCIÓN DE IMPUESTOS DE BOGOTÁ

Fecha: 04.02.2021

CONTRIBUYENTE	CC 1018402874	MAGDA ROCIO MORA SEPULVEDA

INFORMACIÓN BÁSICA

Dirección: KR 77 17 87 TO 5 AP 1005 **Teléfono:** 573105771557

Ciudad: BOGOTA, D.C. **Departamento:** BOGOTÁ **Dirección electrónica:** magda.morasepulveda@gmail.com

Fecha de Inscripción: 14/11/2019 **Soporte Inscripción:** **Naturaleza Jurídica:** Persona Natural

PERFIL TRIBUTARIO

Impuesto Predial Unificado

CHIP: AAA0239ZDKL **Matrícula Inmobiliaria:** 050C01886630

Dirección Predio:

Impuesto Vehículos Automotores

Placa: IKV552 **Marca:**

Modelo: 0000 **Línea:** 000000

Impuesto de Industria y Comercio

Código CIIU	Actividad	Fecha Inicio de Actividades	Fecha Cese de Actividades	No. Establecimientos	Última Actualización	Causal
086921-Actividad Principal	Actividades de apoyo terapéutico (excepto entidades e instituciones promotoras y prestadoras de servicios de salud, de naturalez	28.07.2009	31.12.9999			
074902-Actividad Secundaria	Otras actividades profesionales, científicas y técnicas n.c.p. en el ejercicio de una profesión liberal	11.04.2019	31.12.9999			

RégimenTributario: RÉGIMEN PREFERENCIAL ANUAL **Fecha Inic.Activ:** 28/07/2009

AGENTES AUTORIZADOS

Nombre Completo	Número ID	Tipo de Autorización	Impuesto	Inicio Validez	Fin Validez

Señor Contribuyente: Esta es la información suministrada por usted y registrada en Secretaria de Hacienda Distrital

Kr 30 25 90 Dirección Distrital de Impuestos Bogotá D.C. Colombia

Fuente: RIT-SHD

003000188709 1005803914

DIAN®
Dirección de Impuestos y Aduanas Nacionales

Formulario del Registro Único Tributario
Hoja Principal

MUISCA
Modelo Unico de Ingresos, Servicio y Control Automatizado

001

2. Concepto 0 2 Actualización

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario 14496014152

(415)7707212489984(8020) 000001449601415 2

5. Número de Identificación Tributaria (NIT):	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
1 0 1 8 4 0 2 8 7 4	2	Impuestos de Bogotá 3 2	

IDENTIFICACION

24. Tipo de contribuyente:	25. Tipo de documento:	26. Número de Identificación:	27. Fecha expedición:
Persona natural o sucesión ilíquida 2	Cédula de ciudadanía 1 3	1 0 1 8 4 0 2 8 7 4	2 0 0 4 0 3 2 5

Lugar de expedición / 28. País:	29. Departamento:	30. Ciudad/Municipio:
COLOMBIA 1 6 9	Bogotá D.C. 1 1	Bogotá, D.C. 0 0 1

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
MORA	SEPULVEDA	MAGDA	ROCIO

35. Razón social:

36. Nombre comercial:	37. Sigla:

UBICACION

38. País:	39. Departamento:	40. Ciudad/Municipio:
COLOMBIA 1 6 9	Bogotá D.C. 1 1	Bogotá, D.C. 0 0 1

41. Dirección principal
CR 77 17 87 TO 5 AP 1005

42. Correo electrónico:	43. Código postal	44. Teléfono 1:	45. Teléfono 2:
magda.morasepulveda@gmail.com		3 1 0 5 7 7 1 5 5 7	

CLASIFICACION

Actividad económica

Actividad principal		Actividad secundaria		Otras actividades		Ocupación	
46. Código:	47. Fecha inicio actividad:	48. Código:	49. Fecha inicio actividad:	50. Código: 1	2	51. Código	52. Número establecimientos
8 6 9 2	2 0 0 9 0 7 2 8					2 2 2 4	

Responsabilidades, Calidades y Atributos

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26
53. Código:	2	0																								

20- Obtención NIT

Obligados aduaneros

54. Código:	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20

Exportadores

55. Forma	56. Tipo

Servicio	1	2	3
57. Modo			
58. CPC			

IMPORTANTE: Sin perjuicio de las actualizaciones a que haya lugar, la inscripción en el Registro Único Tributario -RUT-, tendrá vigencia indefinida y en consecuencia no se exigirá su renovación

Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos: SI [ ] NO [X] 60. No. de Folios: 0 61. Fecha: 2 0 1 9 0 1 0 8

La información contenida en el formulario, será responsabilidad de quien lo suscribe y en consecuencia corresponde exactamente a la realidad, por lo anterior, cualquier falsedad o inexactitud en que incurra podrá ser sancionada.
Artículo 18 Decreto 2460 de Noviembre de 2013
Firma del solicitante:

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.
Firma autorizada:

984. Nombre MORA SEPULVEDA MAGDA ROCIO
985. Cargo: CONTRIBUYENTE

CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

MEDISANITAS S.A.S

Compañía de Medicina Prepagada

N.I.T. : 800.153.424-8

Medisanitas en línea 4871920 en Bogotá

y fuera de Bogotá 018000979020

CERTIFICADO DE PAGOS CONTRATO DE MEDICINA PREPAGADA

Bogotá, 08 de marzo de 2021

A QUIEN CORRESPONDA

MEDISANITAS certifica: que durante el año gravable 2020, **MAGDA ROCIO MORA SEPULVEDA** identificado (a) con CC No. 1018402874, Titular del Contrato No.20605180475, pagó por concepto de vales y cuotas de Medicina Prepagada, por los siguientes usuarios:

APELLIDOS Y NOMBRES	DOCUMENTO	PARENTESCO	PERIODO	VR NETO	VALOR IVA	TOTAL
MAGDA ROCIO MORA SEPULVEDA	CC 1018402874	TITULAR	01-01/31-12	$1.960.200	$98.010	$2.058.210
POR CONCEPTO DE VALES VENDIDOS				$65.142	$3.258	$68.400

LA SUMA DE: $2.126.610 (DOS MILLONES CIENTO VEINTISEIS MIL SEISCIENTOS DIEZ PESOS M/CTE)

De acuerdo con lo establecido en el Parágrafo 1, articulo 1.2.4.1.6, del decreto 1625 del 2016 (DUR), el monto máximo para disminuir de la base de retención de lo pagado por concepto de salud (medicina prepagada) es 16 UVT.

Este certificado se expide sin firma autógrafa de acuerdo a lo dispuesto en el artículo 10 del decreto 836 de 1991 y el artículo 6 del decreto 4713 de 2005

Atentamente,

Subgerencia de la Vinculación Medicina Prepagada

1 Información general
2 Condiciones
3 Bienes y servicios
4 Documentos del Proveedor
5 Documentos del contrato
6 Información presupuestal
7 Ejecución del Contrato
8 Modificaciones del Contrato
9 Incumplimientos

Datos guardados

Cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal >

VER CONTRATO

Ejecución del Contrato

Porcentaje Recepción de artículos

Plan de Pagos

¿Se requieren emisiones de códigos de autorización? Sí No

Id de pago	Número de factura	Fecha de emisión	Fecha de recepción	Valor total de la factura	Estado	
Pago 001	001	12 horas para terminar *(11/03/2021 11:50:00 PM(UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)*	-	7.462.350 COP	Enviado a la Entidad Estatal	Detalle

Crear

Documentos de ejecución del contrato

	Descripción	Nombre del archivo	Cargado por		
☐	REGISTRO PRESUPUESTAL.pdf	REGISTRO PRESUPUESTAL.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐	ACTA DE INICIO-MAGDA MORA.pdf	ACTA DE INICIO-MAGDA MORA.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	INFORME DE SUPERVISIÓN No1.pdf	INFORME DE SUPERVISIÓN No1.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle

Borrar Cargar nuevo

Cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal >