

 <div>Gobernación de Cundinamarca</div>	LISTA DE CHEQUEO RECEPCIÓN DE DOCUMENTACIÓN CUENTAS DE COBRO	Código: A-GF-FR-079		
		Versión: 2		
	GESTIÓN FINANCIERA	Fecha de Aprobación: 10/sep/2024		
NOMBRE DE LA DEPENDENCIA: <i>Solo Física</i>				
NÚMERO DE CUENTAS RADICADAS: <i>1</i>				
RESPONSABLE DE LA ENTREGA:		FECHA :		
PARÁMETRO	RESULTADO		SOPORTE VERIFICACIÓN	OBSERVACIONES
	C	NC		
¿El formato Recibo a Satisfacción se encuentra debidamente diligenciado?			FORMATO RAS - A-GC-FR-033 - VERSIÓN 4	
¿Se cuenta con el Informe de Supervisión Electrónico?			FORMATO SUPERVISA - A-GC-FR-017- VERSIÓN 3	
¿Se cuenta con el soporte para evidenciar la fecha de creación del Informe de Supervisión Electrónico?			PANTALLAZO DE LA FECHA DE GENERACIÓN DEL INFORME DE SUPERVISIÓN	
¿Se cuenta con el informe de actividades realizadas por el contratista correspondiente al periodo a cobrar?			INFORME DE ACTIVIDADES	
¿Se cuenta con factura o cuenta de cobro a nombre del contratista?			CUENTA DE COBRO O FACTURA ELECTRÓNICA	
¿Se cuenta con soporte o evidencias de las actividades realizadas por el contratista en el periodo a cobrar?			SOPORTE DE LAS ACTIVIDADES REALIZADAS (EVIDENCIAS)	
¿El contratista cuenta con el soporte de pago de los aportes al sistema de Seguridad Social?			SOPORTE DE PAGO AL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL	
¿Se cuenta con la certificación bancaria actualizada para poder realizar el pago?			CERTIFICACIÓN BANCARIA ESTADO ACTIVO	
¿Se encuentra cargada la información que evidencie el cargue de los soportes en la plataforma Secop II?			PANTALLAZO SECOP	
¿El contratista anexa otro documento que es necesario para soportar la cuenta de cobro?			OTROS	

RESULTADO
C: Cumple
NC: No cumple

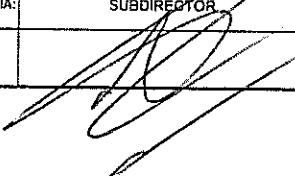
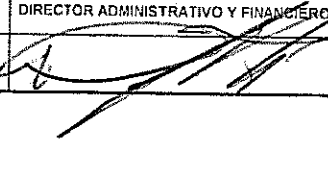
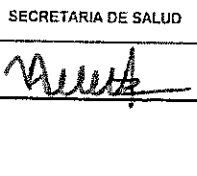
Funcionario responsable de realizar la entrega

Funcionario responsable de la recepción


18 DIC 2024
9:30

Diego Lora



 <div>Gobernación de Cundinamarca</div>				GESTIÓN CONTRACTUAL				CÓDIGO: A-GC-FR-033															
				RECIBO A SATISFACCIÓN Y CERTIFICADO PARA PAGO DE CONTRATOS/CONVENIOS				VERSIÓN: 04															
								FECHA: 18/10/2024															
<p>El suscrito secretario(a) de despacho, ordenador del gasto o director de unidad certifica que toda la información relacionada a continuación se consultó directamente en los documentos del contrato los cuales se encuentran archivados en el expediente correspondiente. El cumplimiento a satisfacción de las obligaciones del contratista las certifica el supervisor y/o interventor del contrato, al igual que el cumplimiento frente al Sistema de Seguridad Social en Salud, Riesgos Laborales, Pensiones y aportes parafiscales, tal como lo establece el manual de vigilancia y control de la ejecución contractual vigente para la entidad.</p>																							
FECHA DE EXPEDICIÓN DE LA PRESENTE CERTIFICACIÓN			Día	Mes	Año	FECHA DE INICIO DEL CONTRATO			Día	Mes	Año	FECHA DE TERMINACIÓN (Incluidas adiciones)			Día	Mes	Año						
			12	12	2024				30	10	2024				31	12	2024						
SECRETARÍA DE DESPACHO O UNIDAD ADMINISTRATIVA				SECRETARIA DE SALUD				SECCIÓN PRESUPUESTAL				1197.01											
CONTRATO N°		PRINCIPAL		ADICIONAL		CONTRATISTA - BENEFICIARIO				CÉDULA O NIT													
SS-CPS-1246-2024		X				ANDREA JULIETH RODRIGUEZ CASTELBLANCO				52 816.389													
TELÉFONO FIJO		NÚMERO CELULAR				DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA				CORREO ELECTRÓNICO													
		3134825361				CALLE 13 # 01-74				andrunas16@hotmail.com													
SOLO SI APLICA EL TERCERO ALTERNATIVO DILIGENCIE LAS DOS SIGUIENTES CASILLAS*												*NOMBRE TERCERO ALTERNATIVO		*CÉDULA O NIT TERCERO ALTERNATIVO									
OBJETO												Prestar servicios profesionales desde la gestión de la salud pública desarrollando capacidades para la implementación de las acciones de promoción y atención de la salud auditiva en población de la economía popular y comunitaria											
CLAUSULA FORMA DE PAGO ESTABLECIDA EN EL CONTRATO												El valor del presente contrato es la suma de CATORCE MILLONES DOSCIENTOS CINCUENTA Y CINCO MIL CUATROCIENTOS NOVENTA Y NUEVE PESOS M/CTE \$14.255.499, suma que incluye los impuestos a que haya lugar, la SECRETARIA DE SALUD pagará al contratista el valor del presente contrato con cargo al certificado de disponibilidad presupuestal CDP N° 7100056650 del 20 de Septiembre de 2024 por valor de \$19.738.383 y Concepto Precontractual N° 000006075 de fecha 17 de Septiembre de 2024 por valor de \$19.738.383. La Secretaría de Salud pagará al Contratista el valor del contrato en TRES (3) pagos así: • Un primer pago proporcional a los días trabajados desde el inicio del contrato hasta el último día del mes en curso. • UN (1) pagos sucesivos mensuales por el valor de SEIS MILLONES QUINIENTOS SETENTA Y NUEVE MIL CUATROCIENTOS SESENTA Y UN PESOS M/CTE (\$6.579.461), correspondiente a los honorarios mensuales. • Un último pago, proporcional al valor de los días trabajados desde el primer día del mes en curso hasta la fecha de terminación del contrato. Los anteriores valores se pagarán previa entrega del informe del contratista, del supervisor a través de la plataforma SUPERVISA, de la certificación de recibo a satisfacción y constancia de pago de los aportes al Sistema de Seguridad Social Integral (SSSI). El último pago del presente contrato estará sujeto a la presentación y aprobación del formato de Evaluación de Proveedores de la Gobernación de Cundinamarca.											
FONDO DEL PAGO A REALIZAR		3—3700		NOMBRE DEL FONDO		SUBCUENTA SALUD PUBL COLECTIVA		VALOR DEL PAGO		\$		219.315											
PAGO N°		1	DE	3	BANCO		BANCOLOMBIA																
CUENTA N°		58930681693										AHORROS											
NOMBRE FUENTE DE FINANCIACIÓN		VALOR				ANTICIPO				VALOR													
DEPARTAMENTO		\$ 14.255.499,00				PORCENTAJE DEL ANTICIPO																	
						VALOR ANTICIPADO				\$ -													
						VALOR DEL ANTICIPO				\$ -													
						AMORTIZACIÓN ANTICIPO				\$ -													
D I C J O N		DEPARTAMENTO				AMORTIZACIÓN ANTICIPO ACUMULADO				\$ -													
		\$ -				SALDO AMORTIZACIÓN				\$ -													
						VALOR BRUTO A PAGAR				\$ 219.315													
						V/R TOTAL PAGOS REALIZADOS				\$ 219.315													
TOTAL		\$ 14.255.499				SALDO POR EJECUTAR				\$ 14.036.184													
REGISTRO PRESUPUESTAL QUE AFECTA ESTA CUENTA												CERTIFICACIÓN DE PAGOS APORTES SEGURIDAD SOCIAL											
DÍA			MES			AÑO			NÚMERO DE RPC			DÍA			MES			AÑO			NÚMERO DE PLANILLA		
28			10			2024			4600026563			17			10			2024			9475568265		
EL CONTRATISTA CUMPLIÓ A SATISFACCIÓN CON EL OBJETO DEL CONTRATO/CONVENIO		SI	X	FECHA DEL ÚLTIMO REPORTE DEL CONTRATO EN EL APLICATIVO SUPERVISA		Día	Mes	Año	# INFORME SUPERVISA	PERÍODO A CERTIFICAR	del			Al									
		NO				11	12	24	1		Día Mes Año			Día Mes Año									
											30 10 2024			30 10 2024									
NOVEDADES AL CONTRATO		Suspensión		Cesión		Terminación Anticipada		Supervisión		No Aplica		X											
OBSERVACIONES (si se requiere)												Se revisa pago de planilla de seguridad social y se ajusta de acuerdo a ISC											
SUPERVISOR/INTERVENTOR				ÁREA JURÍDICA Y/O CONTRATACION				ORDENADOR DEL GASTO															
NOMBRE:		RICARDO ALBERTO PORRAS LÓPEZ		NOMBRE:		DIEGO FERNANDO CHARRY		NOMBRE:		NEYDY ADRIANA TINJACA RUEDA													
CARGO Y DEPENDENCIA:		SUBDIRECTOR		CARGO Y DEPENDENCIA:		DIRECTOR ADMINISTRATIVO Y FINANCIERO		CARGO Y DEPENDENCIA:		SECRETARIA DE SALUD													
FIRMA:				FIRMA:				FIRMA:															

 Gobernación de Cundinamarca	GESTIÓN CONTRACTUAL	Código A-GC-FR-017
		Versión : 4
	Informe de Supervisión Electrónico SUPERVISA	Fecha de Aprobación: 20/09/2024

INFORME DE SUPERVISIÓN DEL CONTRATO O CONVENIO N° SS-CPS-1246-2024	
Informe Parcial <u> X </u> / No. Del Informe 1	Informe Final <u> </u>
Periodo del Informe: Del 30.10.2024 hasta el 30.10.2024	
Fecha en la que se rinde en informe :	11.12.2024

1. INFORMACIÓN GENERAL DEL CONTRATO O CONVENIO	
Contratista:	ANDREA JULIETH RODRIGUEZ CASTELBLANCO
NIT / C.C.:	52816389
Supervisor:	RICARDO ALBERTO PORRAS LOPEZ
Cargo:	SUBDIRECTOR
Objeto del Contrato o Convenio:	PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES DESDE LA GESTIÓN DE LA SALUD PUBLICA DESARROLLANDO CAPACIDADES PARA LA IMPLEMENTACIÓN DE LAS ACCIONES DE PROMOCIÓN Y ATENCIÓN DE LA SALUD AUDITIVA EN POBLACIÓN DE LA ECONOMÍA POPULAR Y COMUNITARIA.
Fecha de Suscripción de Contrato o Convenio:	24.10.2024
Fecha de Inicio del Contrato o Convenio	30.10.2024
Certificado de Disponibilidad Presupuestal	7100056650
Registro Presupuestal	4600026563
Valor Inicial del Contrato o Convenio	\$14,255,499
Adición	\$0
Vigencia Futura	\$0
Valor Total del Contrato	\$14,255,499
Plazo de Ejecución Inicial	2 meses y 5 días o hasta el 31.12.2024
Prorroga No.	0
Plazo de Ejecución Final	2 meses y 5 días o hasta el 31.12.2024
Fecha De Terminación del Contrato o Convenio	31.12.2024
Suspensión (según aplique)	NO
Fecha De suspensión (si se llevó a cabo)	
Fecha De reinicio (si se llevó a cabo)	
Cesión / Terminación Anticipada	NO
Aseguradora	NO
Garantía de Cumplimiento	NO
Póliza de Responsabilidad Civil Extracontractual	NO

2. DESCRIPCIÓN DETALLADA DE LAS ACTIVIDADES DESARROLLADAS:

Porcentaje de avance: 2%

- "1. Realizar mínimo Diez (10) procesos mensuales de Desarrollo de Capacidades en agentes locales.
- El contratista en el periodo de ejecución participa en día de inducción sobre temas relacionados con el contrato

2. Realizar inventario sobre espacios y lugares comunitarios que presenten contaminación auditiva que afecte tanto al trabajador como a la comunidad en general en los municipios de Sutatausa, Tausa, Nemocon, Tocancipá, Chía, Soacha, Guatavita y Villapinzón.

 2024

 Gobernación de Cundinamarca	GESTIÓN CONTRACTUAL	Código A-GC-FR-017
		Versión : 4
	Informe de Supervisión Electrónico SUPERVISA	Fecha de Aprobación: 20/09/2024

- Realiza apoyo de diligenciamiento de la matriz de censo riesgo auditivo.
3. Elaborar y desarrollar Planes de Acción para intervenir y mitigar los riesgos auditivos de la población de la economía popular y comunitaria de los municipios focalizados.
- Actividad programada para el siguiente periodo de ejecución.
4. Desarrollar capacidades con los Equipos Básicos de Salud para promocionar la salud auditiva en el Entorno Laboral.
- Actividad programada para el siguiente periodo de ejecución
5. Responder de manera inmediata y oportuna los requerimientos y solicitudes presentadas por los entes de control.
- No se presenta ningun requerimiento para el presente periodo de ejecución

3. PAGOS EFECTUADOS EN EL DESARROLLO DEL CONTRATO O CONVENIO

DOCUMENTO DE PAGO	FECHA	VALOR
-------------------	-------	-------

4. BALANCE FINANCIERO DEL CONTRATO O CONVENIO (ESTE PUNTO SOLO APLICA PARA EL INFORME FINAL DE SUPERVISION)

NO APLICA

5. RENDIMIENTOS FINANCIEROS (ESTE PUNTO SOLO APLICA PARA EL INFORME FINAL DE SUPERVISION)

NO APLICA

6. RESPONSABLE DEL CIERRE DEL EXPEDIENTE DEL PROCESO DE CONTRATACIÓN (ESTE PUNTO SOLO APLICA EN LOS CASOS DE OBLIGACIONES POSTERIORES A LA LIQUIDACIÓN)

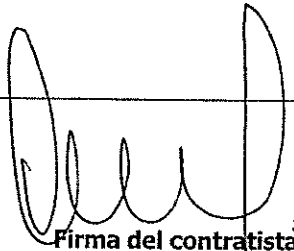
NO APLICA

7. RECOMENDACIONES Y OBSERVACIONES

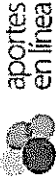


RICARDO ALBERTO PORRAS LOPEZ
SUBDIRECTOR

		INFORME MENSUAL DE ACTIVIDADES		INFORME OCTUBRE	
		GOBERNACIÓN DE CUNDINAMARCA			
		SECRETARÍA DE SALUD			
INFORMACIÓN GENERAL					
		DIRECCIÓN	SALUD PÚBLICA	CONTRATO N°	1246-2024
PERIODO DE INFORME	Desde:	30/10/2024		TIPO DE CONTRATO	CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS
	Hasta:	30/10/2024			
PLAZO DE EJECUCIÓN	2 MESES Y 2 DÍAS			VALOR DEL CONTRATO	\$14.255.499
NOMBRE DEL CONTRATISTA	ANDREA JULIETH RODRIGUEZ CASTELBLANCO			FECHA DE INICIO	29/10/2024
NOMBRE DEL SUPERVISOR	RICARDO PORRAS			FECHA DE TERMINACIÓN	31/12/2024
OBJETO DEL CONTRATO					
PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES DESDE LA GESTIÓN DE LA SALUD PÚBLICA DESARROLLANDO CAPACIDADES PARA LA IMPLEMENTACIÓN DE LAS ACCIONES DE PROMOCIÓN Y ATENCIÓN DE LA SALUD AUDITIVA EN POBLACIÓN DE LA ECONOMÍA POPULAR Y COMUNITARIA					
ACTIVIDADES EJECUTADAS DURANTE EL PERIODO					
OBLIGACIÓN 1:					
Realizar mínimo Diez (10) procesos mensuales de Desarrollo de Capacidades en agentes locales.					
ACTIVIDADES EJECUTADAS	1. Se revisa los municipios a visitar y se revisa cada formato que se debe diligenciar, con su respectiva inducción.				
EVIDENCIA	Informes de asistencias técnicas con planilla de registro. Cronograma de programación de actividades.				
OBLIGACIÓN 2:					
Realizar inventario sobre espacios y lugares comunitarios que presenten contaminación auditiva que afecte tanto al trabajador como a la comunidad en general en los municipios de Sutatausa, Tausa, Nemocón, Tocancipá, Chía, Soacha, Guatavita y Villapinzón					
ACTIVIDADES EJECUTADAS	Se realizo inducción y revisión de formatos				
EVIDENCIA	Matriz en Excel				
OBLIGACIÓN 3:					
Elaborar y desarrollar Planes de Acción para intervenir y mitigar los riesgos auditivos de la población de la economía popular y comunitaria de los municipios focalizados					
ACTIVIDADES	Se realizo inducción y revisión de formatos				
EVIDENCIA	Matriz en Excel				
OBLIGACIÓN 4:					
Desarrollar capacidades con los Equipos Básicos de Salud para promocionar la salud auditiva en el Entorno Laboral					
ACTIVIDADES EJECUTADAS	Se realizo inducción y revisión de formatos				
EVIDENCIA	Acta y formatos				

OBLIGACIÓN 5: Responder de manera inmediata y oportuna los requerimientos y solicitudes presentadas por los entes de control.	
ACTIVIDADES EJECUTADAS	Se realizo inducción y revisión de formatos
EVIDENCIA	Actas de registro.
CONCLUSIONES	
- Se realizo revisión de los municipios a visitar y se realizó la inducción pertinente para dar inicio a la operación	
 Firma del contratista C.c. 52.816.389	

DIAN		Formulario del Registro Único Tributario		001	
2. Concepto 1 3 Actualización de oficio				4. Número de formulario 141054753653	
				 (415)7707212489984(8020) 000014105475365 3	
5. Número de Identificación Tributaria (NIT) 5 2 8 1 6 3 8 9		6. DV 1		12. Dirección seccional Impuestos de Bogotá	
				14. Buzón electrónico 3 2	
IDENTIFICACIÓN					
24. Tipo de contribuyente Persona natural o sucesión ilíquida 2		25. Tipo de documento Cédula de Ciudadanía 1 3		26. Número de identificación 5 2 8 1 6 3 8 9	
Lugar de expedición 28. País COLOMBIA 1 6 9		29. Departamento Bogotá D.C. 1 1		30. Ciudad/Municipio Bogotá, D.C. 0 0 1	
31. Primer apellido RODRIGUEZ		32. Segundo apellido CASTELBLANCO		33. Primer nombre ANDREA	
				34. Otros nombres JULIETH	
35. Razón social					
36. Nombre comercial					
37. Sigla					
UBICACIÓN					
38. País COLOMBIA 1 6 9		39. Departamento Cundinamarca 2 5		40. Ciudad/Municipio Cota 2 1 4	
41. Dirección principal CL 13 01 74					
42. Correo electrónico andrunas16@hotmail.com					
43. Código postal		44. Teléfono 3 1 3 4 8 2 5 3 6 1			
		45. Teléfono 2			
CLASIFICACIÓN					
Actividad económica				Ocupación	
Actividad principal		Actividad secundaria		Otras actividades	
46. Código 47. Fecha inicio actividad		48. Código 49. Fecha inicio actividad		50. Código 1 2	
8 6 9 2 2 0 0 8 1 2 2 2		8 2 9 9 2 0 0 8 1 2 2 2		51. Código 52. Número establecimientos	
Responsabilidades, Calidades y Atributos					
53. Código 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					
05- Impto. renta y compl. régimen ordinario					
49 - No responsable de IVA					
Ueuarios aduaneros					
Exportadores					
54. Código 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20					
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 Fojos: 0					
La información suministrada a través del formulario oficial de inscripción, actualización, suspensión y cancelación del Registro Único Tributario (RUT), deberá ser exacta y veraz; en caso de constatar inexactitud en alguno de los datos suministrados se adelantarán los procedimientos administrativos sancionatorios o de suspensión, según el caso, Parágrafo del artículo 1.6.1.2.6 del Decreto 1623 del 2016. De igual manera al formalizar el trámite el usuario fue informado y acepta la política de tratamiento de datos ley 1581 de 2012.			Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.		
Firma del solicitante:			Firma autorizada:		
			984. Nombre ACTUACIÓN DE OFICIO AUTOMÁTICA		
			985. Cargo		



Resumen General de Pago

Identificación

dv

Razon Social

RODRIGUEZ CASTELBLANCO ANDREA JULIETH

Clase Aportante

INDEPENDIENTE

Sucursal Principal

PRINCIPAL

Direccion

Calle 13 # 1-74 Ceta -
Cundinamarca

Ciudad-Departamento

BOGOTA BOGOTA D.E.

Telefono

3114823161

Exonerado SENA e
ICBF

No

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo

Salud

Clave

Planilla

Tipo

Fecha

Pago

2024-09

987641935

947558245

1

2024/10/22

2024/10/17

Valor

\$809,200

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO

PENSION

SALUD

CCF

RIESGOS

PARAFISCALES

Hombres

Codigo

Dias

IBC

Aporte

Codigo

Dias

IBC

Aporte

Codigo

Dias

IBC

Aporte

Dias

IBC

Aporte

5

CC 52816389

RODRIGUEZ CASTELBLANCO ANDREA JULIETH

231001

30

\$393,000

\$393,000

\$393,000

EP5017

30

\$2,456,250

\$2,456,250

\$2,456,250

14-11

30

\$2,456,250

\$2,456,250

\$2,456,250

\$59,900

\$59,900

\$59,900

Total

Afiliados(1)

\$2,456,250

\$393,000

\$393,000

\$2,456,250

\$307,100

\$307,100

\$2,456,250

\$49,200

\$49,200

\$307,100

\$59,900

\$59,900

\$59,900

RESUMEN DE PAGO									
RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR	
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)									
COLFONDOS	231001	800,227,940	6	1	\$393,000	\$0	\$0	\$393,000	\$0
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)									
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	1	\$59,900	\$0	\$0	\$59,900	\$0
CCF (ADMINISTRADORAS: 1)									
CAFAM	CCF21	860,013,570	3	1	\$49,200	\$0	\$0	\$49,200	\$0
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)									
FAMISANAR	EP5017	830,003,564	7	1	\$307,100	\$0	\$0	\$307,100	\$0
TOTAL				1	\$809,200	\$0	\$0	\$809,200	\$0

Página 1 de 1

2024/10/20 08:28 PM

Bogotá, D. C. Diciembre de 2024

CUENTA DE COBRO No. 1

LA GOBERNACIÓN DE CUNDINAMARCA
SECRETARÍA DE SALUD
NIT 899.999.114-0

DEBE A:

NOMBRE: ANDREA JULIETH RODRÍGUEZ CASTELBLANCO
C. C. No. 52816389 de Bogotá

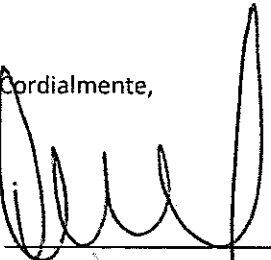
LA SUMA DE: DOSCIENTOS DIESCINUEVE MIL TRESCIENTOS QUINCE PESOS (\$219.315) M/CTE.

POR CONCEPTO DE: EJECUCIÓN DEL CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS No 1246 - 2024

Del periodo correspondiente a: 30 DE OCTUBRE AL 30 DE OCTUBRE DEL 2024

Consignar el valor de la presente en: Bancolombia, Cuenta de ahorros N° 58930681693

Cordialmente,


C. C. No. 52816389
Celular No: 3134825351
Correo electrónico: andrearodriguez101682@gmail.com

DECLARACION JURAMENTADA SOBRE COEXISTENCIA DE CONTRATOS

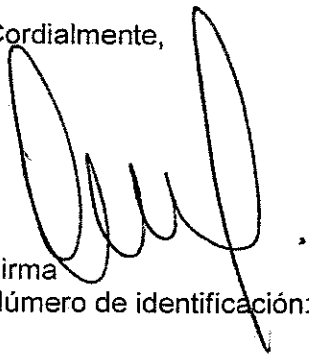
Bogotá, Diciembre del 2024

Asunto: **DECLARACION BAJO JURAMENTO.**

Yo, **ANDREA JULIETH RODRÍGUEZ CASTELBLANCO**, identificada como aparece al pie de mi firma, declaro bajo la gravedad de juramento que:

En mi calidad de contratista de la Secretaría de Salud de Cundinamarca, declaro que en el momento cuento con un contrato de prestación de servicios con otra entidad paralelo al contrato SS-CPS-1246-2024, firmado con la Secretaria de Salud de Cundinamarca y por tal razón, para el periodo facturado del 30 de octubre al 30 de octubre del 2024, recibí honorarios distintos a los recibidos en virtud del contrato ya mencionado.

Cordialmente,



Firma

Número de identificación: **C.C 52.816.389 de Bogotá**

Señale con una X y complete*

- ☐ Certificar que su patrimonio a **diciembre 31 de 2023** fueron superiores a 4.500 UVT es decir \$80.000.000 de conformidad con el artículo 593 del Estatuto Tributario y DEC. 2972 de 2013 SI ____ NO X
- ☐ Certificar que sus ingresos fiscales a **diciembre 31 de 2023** fueron superiores a 1.400 UVT es decir \$70.446.948 de conformidad con el artículo 593 del Estatuto Tributario y DEC. 2972 de 2013 SI ____ NO X
- ☐ Interés y corrección monetaria (vivienda y/o Leasing habitacional) \$ X
- ☐ Deducciones por salud por contratos de medicina prepagada o seguros de salud para el trabajador, su cónyuge, sus hijos o dependientes \$ X

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 2023. \$2.000.000**
- ☐ 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 **2024**). NA
- ☐ 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 2024. \$** NA
- ☐ 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 2024. \$** NA
- ☐ 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 2024 \$** NA

Relacione dependientes

Nombres y Apellidos Completos

Parentesco

David Mateo Ramírez Rodríguez

Hijo

María Gabriela Ramírez Rodríguez

Hija

- ☐ Deducción por aportes de salud de acuerdo con la Ley \$307.100
- ☐ Renta exenta por aportes obligatorios de pensiones de acuerdo con la Ley. \$ 393.000
- ☐ Renta exenta por aportes a AFC y/o FPV máximo el 30% del ingreso fiscal hasta 3.800 UVT \$ N/A

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

Señale con una X su condición de declarante

DECLARANTE SI X NO ____

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

FIRMA

NOMBRES Y APELLIDOS ANDREA JULIETH RODRIGUEZ CASTELBLANCO

CÉDULA 52816389 de Bogotá