Instituto Nacional de Salud	PROCESO GESTION FINANCIERA	CERTIFICACION DE CUMPLIMIENTO PARA PAGO DE CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS	Versión: 08
		FOR-A09.2026-002	2023-01-27

CERTIFICACION: PARCIAL [X] FINAL [ ] CESION [ ] FEI [ ] SGR [ ]

1-INFORMACIÓN GENERAL DEL CONTRATO

NIT o CÉDULA:	1.033.767.750	CONTRATISTA:	paula andrea moreno arboleda				
CONTRATO No.:	NS-CPS-067-2023	FECHA INICIO:	29/03/2023	FECHA TERMINACION:	30/06/2023		
REGISTRO PRESUPUESTAL:	54023	VALOR HONORARIOS	6.300.000,00	PAGO NUMERO:	1	DE	4

2- RESUMEN VALORES GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

TIPO DE CONTRATO:	DECLARANTE RENTA	PENSIONANDO	ANEXO CERTIFICACION DE INGRESOS
PROFESIONAL	NO	NO	SI

		POR DIAS	CANTIDAD DIAS	HONORARIOS
INGRESOS HONORARIOS :	420.000,00			
INGRESOS POR DESPLAZAMIENTO :		SI	2	6.300.000,00
TOTAL INGRESOS BASE IMPUESTO :	420.000,00			

3-LIQUIDACION DE PAGO A SEGURIDAD SOCIAL

MES PLANILLA : VENCIDA

(El valor del IBC, debe corresponder exclusivamente al aporte realizado en virtud del contrato suscrito con el INS)

Planilla de Pago No.: 66262729 Fecha Pago: 13/03/20223

Total (IBC):	1.160.000,00		
PENSION 16% (valor aporte):	12.400	NOMBRE PENSION :	PROTECCION
SALUD 12,5%(valor aporte):	9.700	NOMBRE SALUD:	E.P.S. SANITAS S.A.
ARL RIESGO III 2,436% (valor aporte):	1.900	NOMBRE ARL:	SURA
TOTAL PAGO AL SISTEMA G.S.S.I.:	24.000		

4-DATOS DE RETENCION Y NETO A PAGAR

DERECHOS DE DEDUCCIÓN:	VALOR	MESES	VALOR A DEDUCIR
a. % VIVIENDA: limte max. Mensual 100 uvt 3.800.400, correspondiente al año inmediatamente anterior.	-	12	-
b. PREPAGADA: limte max. Mensual 16 uvt 608,064, correspondiente al año inmediatamente anterior.	-	12	-
c. SEGURO SALUD: limte max. Mensual 16 uvt 608,064, correspondiente al año inmediatamente anterior.	-	5	-
d. DEPENDIENTE: limte max. Mensual 32 uvt 1.216.128 correspondiente al mes pagado	NO		-
e. APORTES: (Volunt. Pensiones) voluntarias No superior al 30% de los ingresos correspondiente al mes pagado		-	-
f. APORTES: (AFC) No superior al 30% de los ingresos correspondiente al mes pagado			
g. APORTES: (Volunt. Pensi.) obligatoria pens No superior al 25% de los ingresos correspondiente al mes pagado			-
DERECHOS DE DEDUCCIÓN:		VALOR	-

CONCEPTO	BASE	TARIFA	%
RTE ICA	420.000,00	0,766%	3.217,20
RTEFUENTE	$ 315.000,00	7,43	-

TOTAL IMPUESTOS $:	3.217,20
TOTAL A PAGAR $:	416.782,80

5. FIRMAS

Bajo la gravedad de juramento, certifico que cumplí a cabalidad las actividades del objeto contractual y los documentos suministrados contienen los pago en salud, pensión y ARL

paula moreno

FIRMA CONTRATISTA

El supervisor del contrato certifica que el contratista cumplio a cabalidad las obligaciones contractuales pactadas dentro del periodo objeto de cobro y que verificó el pago de los aportes al sistema de seguridad social (SALUD 12,5%, PENSION 16% Y ARL 2,436%) de conformidad con las normas vigentes.

Maria Luz Gunturiz

Firma

Nombre Supervisor: maria luz gunturiz albarracin
Cargo: profesional especialzado
Dependencia: direccion de investigacion en salud publica

Firma

Nombre Supervisor:
Cargo:
Dependencia:

6- INFORMACION RADICACION Y OBLIGACION

Radicado No:

Obligación No:

Fecha radicado No:

Fecha Radicación (SIIF):

NO RESPONSABLE DE IVA

NUMERO DE CONTRATO	INS-CPS-067-2023	**NOMBRE DEL CONTRATISTA**	Paula Andrea moreno arboleda		
OBJETO DEL CONTRATO	Apoyar la migración de datos e información asociada a las múltiples colecciones y muestras biológicas albergadas en los diferentes grupos del Instituto Nacional de Salud al software de Biobancos adquirido para tal fin				
PERIODO DEL INFORME	**DESDE:**	29-03-2023		**HASTA:**	31-03-2023

DESCRIPCIÓN DEL AVANCE

Obligación contractual	Actividad desarrollada	Producto recibido
Apoyar la digitalización de información asociada a las colecciones de muestras biológicas albergadas en los diferentes grupos del INS, en el software adquirido para este fin.	**Se recibe capacitación del manejo del software, posteriormente se realiza prueba piloto con una base de datos.**	**Plantilla utilizada para la ejecución de software**
Apoyar la escritura de un borrador de un artículo científico	**Búsqueda de bibliografía para la elaboración del artículo.**	**Iniciar con el borrador para el artículo.**
Apoyar la elaboración de documentos de divulgación como folletos e infografías.	**Actividad aun no realizada a la fecha**	**Actividad aun no realizada a la fecha**
Apoyar la elaboración del instructivo para el manejo del software de biobancos	**Revisión de instructivos para la "**RECEPCIÓN, MANEJO Y ALMACENAMIENTO DE MUESTRAS PARA EL BIOBANCO".	**Actividad aun no realizada a la fecha**
Participar en las reuniones que sean convocadas y que se relacionen con el objeto contractual.	**Se realiza reunión para verificar funciones y objetivos del contrato.**	**Correo con funciones específicas por parte del supervisor.**
Las demás que se requieran para la correcta ejecución del contrato.	**Revisión de videos sobre el manejo del software noraybanks.**	**Creación de plantilla del software.**

Nota: El seguimiento sobre el cumplimiento de las obligaciones lo realizará el supervisor en el FOR A02.0000-037 "INFORME PARCIAL DE SUPERVISIÓN"

(1) Contrato No.	INS-CPS-067-2023		
(2) Nombre del Contratista y/o Representante Legal:	Paula Andrea Moreno Arboleda		
(3) Nombre del supervisor y/o interventor:	María Luz Gunturiz Albarracín		
(4) Director de Proyecto/Dependencia:	María Luz Gunturiz/Equipo Banco de Proyectos/DISP		
(5) No. extensión o teléfono del supervisor:			
(6) Objeto del contrato:	Apoyar la migración de datos e información asociada a las múltiples colecciones y muestras biológicas albergadas en los diferentes grupos del Instituto Nacional de Salud al software de Biobancos adquirido para tal fin.		
(7) Fecha de inicio:	29-03-2023	**(8) Fecha terminación:**	30-06-2023
(9) Período objeto del informe:	Marzo 2023		

(10) ANALISIS Y SEGUIMIENTO DE LAS ACTIVIDADES REALIZADAS Y/O PRODUCTOS ENTREGADOS EN EL MES O PERIODO EJECUTADO

Obligación contractual	Actividad desarrollada	Producto recibido	Observaciones o comentarios Supervisor
Apoyar la digitalización de información asociada a las colecciones de muestras biológicas albergadas en los diferentes grupos del INS, en el software adquirido para este fin.	**Se recibe capacitación del manejo del software, posteriormente se realiza prueba piloto con una base de datos.**	**Plantilla utilizada para la ejecución de software**	**En ejecución**
Apoyar la escritura de un borrador de un artículo científico	**Búsqueda de bibliografía para la elaboración del artículo.**	**Iniciar con el borrador para el artículo.**	**En ejecución**
Apoyar la elaboración de documentos de divulgación como folletos e infografías.	**Actividad aun no realizada a la fecha**	**Actividad aun no realizada a la fecha**	**Pendiente por iniciar actividad**
Apoyar la elaboración del instructivo para el manejo del software de biobancos	**Revisión de instructivos para la "**RECEPCIÓN, MANEJO Y ALMACENAMIENTO DE MUESTRAS PARA EL BIOBANCO".	**Actividad aun no realizada a la fecha**	**Actividad aun no realizada a la fe**
Participar en las reuniones que sean convocadas y que se relacionen con el objeto contractual.	**Se realiza reunión para verificar funciones y objetivos del contrato.**	**Correo con funciones especificas por parte del supervisor.**	**En ejecución**

Las demás que se requieran para la correcta ejecución del contrato.	**Revisión de videos sobre el manejo del software noraybanks.**	**Creación de plantilla del software.**	**En ejecución**	
% DE AVANCE ACUMULADO			**25%**	

(11) DE CONFORMIDAD CON EL SEGUIMIENTO A LA EJECUCIÓN DEL CONTRATO, EL SUPERVISOR/INTERVENTOR (ES) CERTIFICA QUE:

1. El/La Contratista durante el periodo señalado, desarrolló y cumplió las actividades, presentó y entregó los informes, productos y demás obligaciones pactadas en el Contrato en mención.

2. De conformidad con las disposiciones legales efectuó el pago a los aportes respectivos al sistema de seguridad social integral en salud y pensiones y/o aportes parafiscales. (Se anexan comprobantes de pago de los aportes).

3. Durante el periodo el/la Contratista cumplió con lo dispuesto en el POE-A01.2014-001 "Gestión de Seguridad y Salud en el trabajo", especialmente lo establecido en el Anexo 1 sobre Normas y Requerimientos de Seguridad y Salud en el Trabajo para Contratistas y los criterios de sostenibilidad ambiental, de acuerdo al tipo de actividad que desarrolla.

4. Aprueba los informes, productos y demás documentos presentados y entregados por El/La Contratista durante el periodo mencionado en desarrollo de las obligaciones pactadas en el Contrato en mención.

5. ***Durante el periodo ejecutado se hizo seguimiento a los riesgos establecidos en la matriz correspondiente (de acuerdo con la periodicidad establecida) y a la fecha no se ha materializado ninguno.***

6. A la fecha no existen causales de incumplimiento de las obligaciones contractuales que demanden actuaciones conminatorias o sancionatorias por parte de la Administración.

(12) OBSERVACIONES:	(INCLUIR INFORMACIÓN RELEVANTE NO DESCRITA EN OTRO ACÁPITE, SOLO SI APLICA, NO ES NECESARIO REITERAR INFORMACIÓN)

(13) En constancia, firmo:

María Luz Gunturiz

María Luz Gunturiz Albarracín

NOMBRE Y FIRMA Supervisor (es)/Interventor (es)

(14) Lugar y Fecha: 01-04-2023 Bogotá, D. C.,

Instructivo diligenciamiento (no imprimir):	
1	Indicar número y vigencia asignado al contrato.
2	Indicar el nombre del contratista o del representante legal de la firma a la que se asignó el contrato.
3	Indicar el nombre completo del supervisor (es) y/o interventor (es) del contrato. Detallar si hubo cambio de supervisión (temporal o definitiva-nombre-fechas designación.
4	Indicar el responsable del gasto y la dependencia en donde realice las actividades el contratista.
5	Indicar número de extensión o teléfono del supervisor.
6	Indicar objeto del contrato.
7	Indicar fecha de inicio de ejecución del contrato según aplique, aprobación de póliza o suscripción acta de inicio.
8	Indicar fecha de terminación del contrato.
9	Indicar el período objeto de informe p. Ej.: del 8 de septiembre de 2010 a 8 de octubre de 2010 o el mes de marzo de 2015 (dependiendo de la naturaleza o tipo de contrato o convenio).

10	Incluir las obligaciones contractuales, actividades desarrolladas, informes, productos, etc. para el cumplimiento de las mismas, así como el concepto del supervisor correspondiente al mes o periodo ejecutado
11	Incluir la certificación de cumplimiento del supervisor y/o interventor de acuerdo al avance del contrato.
12	Indicar observaciones, si aplica.
13	Indicar nombre del supervisor (es) y/o interventor (es) y firmar.
14	Indicar ciudad y fecha en que se radica el formato.

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	1033767750	PAULA ANDREA MORENO ARBOLEDA	carrera 69 60 a 61 sur	3105500244	phaulis.andre@hotmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente		BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		SI

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2023-02	2023-02	I	13/03/2023	66262729	$395.300	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD

Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS005	Sanitas EPS	800251440-6	150.000	0		0		0	0	0	0	150.000	1

TOTALES PENSIÓN

Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
230201	Proteccion (ING + Proteccion)	800229739-0	192.000	0	0	0	0	0	0		192.000	1

TOTALES RIESGOS LABORALES

Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-11	ARL SURA	890903790-5	29.300				29.300	0	0	29.300			293	29.300	1

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF24	Compensar Caja	860066942-7	24.000	0	0	24.000	1

TOTALES PARAFISCALES

Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	0	0	0	0
ICBF				
0	0	0	0	0
ESAP				
MEN				

TOTALES POR SUBSISTEMA

Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	150.000	150.000
Pensión	1	192.000	192.000
Riesgos Laborales	1	29.300	29.300
CCF	1	24.000	24.000
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	4	395.300	395.300

PAGADA

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

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	1033767750	PAULA ANDREA MORENO ARBOLEDA		carrera 69 60 a 61 sur	3105500244	phaulis.andre@hotmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	**CLASE APORTANTE**	**NOMBRE SUCURSAL**	**CÓDIGO**	**DEPARTAMENTO**	**CIUDAD / MUNICIPIO**	**EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD**
ÚNICA	I – Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	SI

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2023-02	2023-02	I	13/03/2023	66262729	$395.300	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE									INFORMACIÓN NOVEDADES																PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES				
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Colom. exterior	Economiado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntario Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
1	CC	1033767750	MORENO ARBOLEDA PAULA ANDREA	59	0			N																	230201	1.200.000	192.000	0	0	0	0	EPS005	1.200.000	150.000	14-11	1.200.000	3	29.300	CCF24	1.200.000	24.000	0	0	0	0	0

PAGADA

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

DECLARACION JURAMENTADA

Nombres y Apellidos: paula Andrea moreno arboleda; identificado con la C. C. No. 1.033.767.750 de Bogotá

Mi vinculación Actual con el ***Instituto Nacional de Salud*** *es mediante:*

Servicios Profesionales [X] *Servicio de Apoyo* [ ] *con contrato No.* INS-CPS-067-2023 *funcionario-Planta* [ ]

Para el desarrollo del objeto de mi contrato de prestación de servicios, contrataré por al menos noventa (90) días continuos o discontinuos, dos (2) o más trabajadores o contratistas, para al cumplimiento de las actividades sujetas al mismo: SI [ ] [X] *NO*

Información para Depurar la Base de la Retención: Declarante de Renta [ ] *No declarante de Renta* [X]

Si cumple cualquiera de los requisitos que se citan a continuación marque SI, de lo contrario marque NO:

Mis ingresos en el año anterior fueron superiores a 1.400 UVT o ***$ 53.206.000*** *A 31 de diciembre de* ***2022.*** *Mi patrimonio bruto excedió 4.500 UVT o* ***$ 171.018.000*** *Los consumos mediante tarjeta de crédito durante el año gravable excedieron la suma de 1.400 UVT* *El total de compras y consumos durante el año gravable superaron 1.400 UVT y/o las consignaciones bancarias, depósitos o inversiones financieras, durante el año gravable excedieron de 1.400 UVT*	*SI* [ ] *NO* [X]

De las siguientes deducciones, escoger conceptos para tener en cuenta en la depuración de la Base del cálculo de la Retención en la Fuente:

1*. Certificación por concepto de Intereses o Corrección Monetaria en Créditos de Vivienda*
1.1 Adjunta Certificación *SI* [ ] *NO* [ ]

2. *Información por Salud, literal a, b Artículo 387 E.T.*
2.1 Adjunta Certificación *SI* [ ] *NO* [X]

3. *Derecho a deducción mensual por las sumas depositadas en las cuentas denominadas AFC-Ahorro para el Fomento a la Construcción. Artículo 126-1 E.T.* *SI* [ ] *NO* [X]

4*. Derecho a deducción mensual por los Aportes a los fondos de Pensiones Voluntarias. Artículo 126-1 E.T* *SI* [ ] *NO* [X]

5. *Derecho a deducción mensual por Aportes Voluntarios a fondo de Pensiones obligatorias. (Art. 55 E.T)* *SI* [ ] *NO* [X]

6*. Información de Dependientes - Parágrafo 2 del Articulo 387 E.T.*
Adjunta Certificación *SI* [ ] *NO* [X]

6.1. Los hijos del contribuyente que tengan hasta 18 años de edad. [ ]

6.2. 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 instituciones 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. [ ]

6.3. 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. [ ]

6.4. 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 doscientas sesenta (260) UVT, certificada por contador público, o por dependencia originada en factores físicos o psicológicos que sean certificados por Medicina Legal. [ ]

6.5. Los padres y los hermanos del contribuyente que se encuentren en situación de dependencia, sea por ausencia de ingresos o ingresos en el año menores a doscientas sesenta (260) UVT, certificada por contador público, o por dependencia originada en factores físicos o psicológicos que sean certificados por Medicina Legal. [ ]

.

Relación de Dependientes

Tipo Doc.	*No. De Identificación*	*Nombres y Apellidos*	*Edad*	*Parentesco*

*Total, Gastos por Deducir $*_____

La anterior se firma el 01 del mes de abril del año 2023.

paula moreno

_____

SE FIRMA BAJO LA GRAVEDAD DE JURAMENTO

Nota 1: *El INS no se hace responsable de definirle a sus contratistas de prestación de servicios persona natural la calidad de declarantes o no declarantes, ni de la declaración de ingresos por el año anterior. Esta condición obedece a circunstancias de carácter personal que cada contratista conoce.*

Nota 2*: los contratistas que hayan marcado las deducciones enunciadas en los numerales 1, 2,3, 4,5 y 6 de este documento en concordancia con lo establecido en el artículo 387 del E.T. y artículo 330 E.T., deberán adjuntar las certificaciones respectivas y de acuerdo a su clasificación tributaria cedular como Rentas de Trabajo.*