Instituto Nacional de Salud	PROCESO GESTION FINANCIERA	CERTIFICACION DE CUMPLIMIENTO PARA PAGO DE CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS	Versión: 09
		FOR-A09.2026-002	2023-04-21

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.:	INS-CPS-067-2023	FECHA INICIO:	29/03/2023	FECHA TERMINACION:	30/06/2023		
REGISTRO PRESUPUESTAL:	54023	VALOR HONORARIOS	6.300.000	PAGO NUMERO:	3	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	NO

		POR DIAS	CANTIDAD DIAS	HONORARIOS
INGRESOS HONORARIOS :	6.300.000			
INGRESOS POR DESPLAZAMIENTO:		NO		6.300.000
TOTAL INGRESOS BASE IMPUESTO:	6.300.000			

3-LIQUIDACION DE PAGO A SEGURIDAD SOCIAL

MES PLANILLA : ANTICIPADA

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

Planilla de Pago No.: 67726214 Fecha Pago: 10/05/2023

Total (IBC):	2.520.000		
PENSION 16% (valor aporte):	403.200	NOMBRE PENSION :	PROTECCION
SALUD 12,5%(valor aporte):	315.000	NOMBRE SALUD:	E.P.S. SANITAS S.A.
ARL RIESGO III 2,436% (valor aporte):	61.400	NOMBRE ARL:	SURA
TOTAL PAGO AL SISTEMA G.S.S.I.:	779.600		

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	5.581.800	0,766%	42.757
RTEFUENTE	$ 4.140.300	2,62	21.000

TOTAL IMPUESTOS $:	63.757
TOTAL A PAGAR $:	6.236.243

UVT ACTUAL 42.412,00

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:**	01-05-2023	**HASTA:**	31-05-2023	

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 realiza verificación del funcionamiento de software, realizando un ejemplo.**	**Creación de plantilla del software.**
Apoyar la escritura de un borrador de un artículo científico	**Se realizan correcciones del articulo "Lineamientos para organización de muestras y colecciones derivadas de enfermedades de importancia en salud pública"**	**Borrador articulo**
Apoyar la elaboración de documentos de divulgación como folletos e infografías.	**Revisión de la norma ISO 20387 con el fin de ampliar los conocimientos relacionados a Biobancos**	**Información de la norma ISO 20387 extraída para la elaboración del artículo.**
Apoyar la elaboración del instructivo para el manejo del software de biobancos	**Se elabora ficha técnica para posible creación del cargo en el grupo de Biobancos.**	**Ficha elaborada**
Participar en las reuniones que sean convocadas y que se relacionen con el objeto contractual.	**Participación en la reunión programada por la directora de investigación.** **Asistencia a la capacitación de SISTEMA GLOBAL ARMONIZADO**	**Acta de reunión, planilla de asistencia**
Las demás que se requieran para la	**Organización de muestras de colección de *Candida Auris***	**Base con las muestras organizadas**

correcta ejecución del contrato.		

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, Dirección de Investigación en Salud Pública
(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:	Mayo

(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 realiza verificación del funcionamiento de software, realizando un ejemplo.**	**Creación de plantilla del software.**	**En ejecución**
Apoyar la escritura de un borrador de un artículo científico	**Se realizan correcciones del articulo "Lineamientos para organización de muestras y colecciones derivadas de enfermedades de importancia en salud pública"**	**Borrador articulo**	**En ejecución**
Apoyar la elaboración de documentos de divulgación como folletos e infografías.	**Revisión de la norma ISO 20387 con el fin de ampliar los conocimientos relacionados a Biobancos**	**Información de la norma ISO 20387 extraída para la elaboración del artículo.**	**En ejecución**
Apoyar la elaboración del instructivo para el manejo del software de biobancos	**Se elabora ficha técnica para posible creación del cargo en el grupo de Biobancos.**	**Ficha elaborada**	**Actividad finalizada**
Participar en las reuniones que sean convocadas y que se	**Participación en la reunión programada por la directora de investigación.**	**Acta de reunión, planilla de asistencia**	**Actividad Finalizada**

relacionen con el objeto contractual.	**Asistencia a la capacitación de SISTEMA GLOBAL ARMONIZADO**			
Las demás que se requieran para la correcta ejecución del contrato.	**Organización de muestras de colección de *Candida Auris***	**Base con las muestras organizadas**	**En ejecución**	
% DE AVANCE ACUMULADO			**75%**	

(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

NOMBRE Y FIRMA: María Luz Gunturiz Albarracín

Supervisor (es)/Interventor (es)

(14) Lugar y Fecha: 01-06-2023 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	
2023-05	2023-05	I	10/05/2023	67726214	$830.000	

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	315.000	0		0		0	0	0	0	315.000	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	403.200	0	0	0	0	0	0		403.200	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	61.400				61.400	0	0	61.400			614	61.400	1

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF24	Compensar Caja	860066942-7	50.400	0	0	50.400	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	315.000	315.000
Pensión	1	403.200	403.200
Riesgos Laborales	1	61.400	61.400
CCF	1	50.400	50.400
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	4	830.000	830.000

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	
2023-05	2023-05	I	10/05/2023	67726214	$830.000	

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	Estornado	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	2.520.000	403.200	0	0	0	0	EPS005	2.520.000	315.000	14-11	2.520.000	3	61.400	CCF24	2.520.000	50.400	0	0	0	0	0

PAGADA

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