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:	1033767750	CONTRATISTA:	Paula Andrea Moreno Arboleda				
CONTRATO No.:	INS-CPS-335-2023	FECHA INICIO:	19/9/2023	FECHA TERMINACION:	31/12/2023		
REGISTRO PRESUPUESTAL:	134423	VALOR HONORARIOS	4.400.000	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	SI	NO	NO

		POR DIAS	CANTIDAD DIAS	HONORARIOS
INGRESOS HONORARIOS :	4.400.000			
INGRESOS POR DESPLAZAMIENTO:		NO		4.400.000
TOTAL INGRESOS BASE IMPUESTO:	4.400.000			

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.: 72367783 Fecha Pago: 10/11/2023

Total (IBC):	1.760.000		
PENSION 16% (valor aporte):	281.600	NOMBRE PENSION :	PROTECCION
SALUD 12,5%(valor aporte):	220.000	NOMBRE SALUD:	E.P.S. SANITAS S.A.
ARL RIESGO III 2,436% (valor aporte):	42.900	NOMBRE ARL:	SURA
TOTAL PAGO AL SISTEMA G.S.S.I.:	544.500		

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.		1	-
b. PREPAGADA: limte max. Mensual 16 uvt 608,064, correspondiente al año inmediatamente anterior.		1	-
c. SEGURO SALUD: limte max. Mensual 16 uvt 608,064, correspondiente al año inmediatamente anterior.	-	1	-
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	3.898.400	0,766%	29.862
RTEFUENTE	$ 2.891.625	68,18	-

TOTAL IMPUESTOS $: 29.862

TOTAL A PAGAR $: 4.370.138

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.

María Luz Gunturiz

Firma

Nombre Supervisor: María Luz Gunturiz Albarracín
Cargo: Equipo banco de proyectos
Dependencia: Dirección de investigación 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

INSTITUTO NACIONAL DE SALUD	**PROCESO ADQUISICION DE BIENES Y SERVICIOS**	**INFORME DE AVANCE CONTRATISTAS DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES O APOYO A LA GESTIÓN**	**Versión: 03**
			2022-08-19
		FOR-A02.0000-029	**Página 1 de 1**

NUMERO DE CONTRATO	INS-CPS-335-2023	**NOMBRE DEL CONTRATISTA**	Paula Andrea Moreno Arboleda		
OBJETO DEL CONTRATO	Apoyar a la DISP en la operación de la ley de biobancos.				
PERIODO DEL INFORME	**DESDE:**	01/10/2023		**HASTA:**	31/10/2023

DESCRIPCIÓN DEL AVANCE

Obligación contractual	Actividad desarrollada	Producto recibido
Organizar colecciones de muestras e información asociada para el repositorio del Grupo de Investigación de Microbiología.	Apoyo en la organización de muestras del Biobanco de *Candida auris.*	Base de datos *Candida auris.*
Apoyar en el marcaje de tubos y cajas para el almacenamiento de diferentes muestras biológicas.	Marcación de tubos y cajas del Biobanco de *zika.*	Fotos de las cajas marcadas y organizadas.
Apoyar en la migración de bases de datos al software de biobancos.	Organización de la base de datos de Zika.	Pendiente por migrar datos al software.
Participar en la escritura de documentos científico-técnicos referentes al funcionamiento del sistema Biobancos-INS.	Apoyo en la elaboración de certificados de asistencia al Simposio de Biobancos.	certificados
Participar en las reuniones que sean convocadas y se relacionen con el objeto contractual.	Asistencia al XVII encuentro científico INS simposio científico INS	Planilla de asistencia y certificado.
Las demás que se requieran para la correcta ejecución del contrato.	-Participación Curso de bioseguridad en el laboratorio BSL-3. -participación Curso lenguaje claro. -capacitación plataforma Humboldt	Planilla de asistencia y certificado.

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

paula moreno

Paula Andrea Moreno Arboleda

(1) Contrato No.	INS-CPS-335-2023		
(2) Nombre del Contratista:	Paula Andrea Moreno Arboleda		
(3) Cargo del supervisor:	Líder Equipo Banco de Proyectos		
(4) Interventoría si ☐ **no** ☒ **Nombre:**	NA		
(5) Correo del supervisor y/o del Interventor (si aplica)	**mgunturiz@ins.gov.co**		
(6) Objeto del contrato:	Apoyar a la DISP en la operación de la ley de biobancos.		
(7) Fecha de inicio:	19-09-2023	**(8) Fecha terminación:**	31-12-2023
(9) Período objeto del informe:	**Noviembre**		

(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 del Supervisor
Organizar coleccionesde muestras e información asociada para el repositorio delGrupo de Investigación de Microbiología.	Apoyo en la organización de muestras del Biobanco de *Candidaauris.*	Base de datos *Candida auris.*	En ejecución
Apoyar en el marcaje de tubos y cajas para el almacenamiento de diferentes muestras biológicas	Marcación de tubos y cajas del Biobanco de *zika*.	Fotos de las cajas marcadas y organizadas.	En ejecución
Apoyar en la migración de bases dedatos al software de biobancos.	Organización de la base de datos de Zika.	Pendiente por migrar datos al software.	En ejecución
Participar en la escritura de documentos científico-técnicos referentes al funcionamiento del sistema Biobancos-INS.	Apoyo en la elaboración de certificados de asistencia al Simposio de Biobancos.	certificados	En ejecución
Participar en las reuniones que sean convocadas y se relacionen con el objeto contractual.	Asistencia al XVII encuentro científico INS simposio científico INS	Planilla de asistencia y certificado.	En ejecución
	-Participación Curso de bioseguridad en el laboratorio BSL-3.		

Las demás que se requieran para la correcta ejecución delcontrato	-participación Curso lenguaje claro. -capacitación plataforma Humbolt	Planilla de asistencia y certificado.	En ejecución

Monitoreo del tratamiento a los riesgos de contratación registrados en el FOR-A02.0000-026 Anexo No 1 a los estudios previos Matriz de riesgos de contratación

No	Clase	Fuente	Etapa	Tipo	Descripción (que puede pasar y, como puede ocurrir)	Consecuencia de la ocurrencia del evento	Persona responsable por implementar el tratamiento	Fecha estimada en que se inicia el tratamiento	Fecha estimada en que se completa el tratamiento	Monitoreo y revisión		
										¿Cómo se realiza el monitoreo?	Periodicidad ¿Cuándo?	Descripción del monitoreo realizado
1	General	Externo	Ejecución	Riesgo Operacionales	Riesgo por uso de información errada: se materializa cuando el contratista en cumplimiento desus obligaciones debe recopilar información o usar la que se encuentra en su poder y esta no es la adecuada	El contratista ejecuta actividades propias del objeto contractual y de sus obligaciones con dicha información, la cual se vería reflejada en una inadecuada Ejecución del contrato.	Supervisor	Inicio de Ejecución	Fin de ejecución	Revisando la Información Suministrada	Antes de usar la Información	Al momento que se tiene los datos o información esta se verifica con el supervisor.
2	General	Externo	Ejecución	Riesgos Regulatorios	Defectos en los resultados del producto	No ejecución de los proyectos	Supervisor	Inicio de Ejecución	Fin de ejecución + 4 meses mas	informe de supervisión mensual	Mensual	Se le envía un informe mensual al supervisor.
3	General	Externo	Ejecución	Riesgos Operacionales	Cambios regulatorios en materia tributaria, administrativa o normativa, relacionados con el objeto contractual	Retraso en el cumplimiento de las obligaciones y/o en el plazo establecido para la ejecución del contrato	Supervisor	Inmediato, una vez se presente el evento	Una vez se realicen los ajustes requeridos para hacer posible la ejecución del contrato	Seguimiento a las nuevas actividades establecidas para el contrato	Mensual	Se le envía un informe mensual al supervisor.
4	General	Externo	Ejecución	Riesgos Sociales o Políticos	Problemas de orden público que afecten los desplazamientos	Demora en la ejecución del objeto contractual	Supervisor	Inmediato, una vez se presente el evento	Una vez se realicen los ajustes requeridos para hacer posible la ejecución del contrato.	Seguimiento a las nuevas actividades establecidas para el contrato	Mensual	Se realiza convenio de trabajo con el supervisor
% 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

María Luz Gunturiz Albarracín

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

(14) Lugar y Fecha: 01-12-2023 Bogotá, D. C.,

Instructivo diligenciamiento (borrar, no imprimir):	
1	Indicar número del contrato tal cual como aparece en la minuta
2	Indicar el nombre del contratista
3	Indicar el cargo del supervisor
4	Indicar si o no aplica interventoría, en caso de que aplique relacionar el nombre del interventor, de lo contrario relacionar N.A
5	Indicar correo del supervisor y del interventor, en caso de que aplique este último.
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 elabora 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	
2023-11	2023-11	I	10/11/2023	72367783	$579.700	

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	220.000	0		0		0	0	0	0	220.000	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	281.600	0	0	0	0	0	0		281.600	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	42.900				42.900	0	0	42.900			429	42.900	1

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF24	Compensar Caja	860066942-7	35.200	0	0	35.200	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	220.000	220.000
Pensión	1	281.600	281.600
Riesgos Laborales	1	42.900	42.900
CCF	1	35.200	35.200
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	4	579.700	579.700

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	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	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2023-11	2023-11	I	10/11/2023	72367783	$579.700	

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	1.760.000	281.600	0	0	0	0	EPS005	1.760.000	220.000	14-11	1.760.000	3	42.900	CCF24	1.760.000	35.200	0	0	0	0	0

PAGADA

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

COLOMBIA POTENCIA DE LA VIDA

Departamento Nacional de Planeación - **DNP**

CERTIFICADO DE PARTICIPACIÓN

LA DIRECCIÓN DE GOBIERNO, DERECHOS HUMANOS Y PAZ
CERTIFICA A:

paula andrea moreno arboleda

C.C.: 1033767750

Por haber completado exitosamente el curso:

LENGUAJE CLARO PARA SERVIDORES Y COLABORADORES PÚBLICOS DE COLOMBIA

16 de noviembre de 2023

Intensidad de 35 horas
en modalidad virtual