INFORME No. 02 DE ACTIVIDADES DEL CONTRATO 54 DE 2020: PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES AL GRUPO DE METROLOGIA EN ANALISIS INORGANICO

Subdirección de Metrología Química y Biomedicina

Bogotá

2020-04-01

1. Introducción

En este informe se presentan las actividades del contrato 54 de 2020, prestación de servicios profesionales, firmado entre el INM y Diego Alexander Garzón Zuluaga; en el período cubierto en el alcance. Estas actividades están enmarcadas en la prestación de los servicios profesionales con el propósito ejecutar los proyectos de investigación en Metrología Química y Biomedicina y obtener productos de nuevo conocimiento.

2. Alcance

Las observaciones presentadas en este informe corresponden a las actividades realizadas por el contratista para el grupo de metrología en análisis inorgánico de la SMQB en el periodo comprendido entre el 04 de marzo y el 01 de abril de 2020.

3. Descripción metodológica

No aplica.

4. Resultados

A continuación, se presentan las actividades desarrolladas por Diego Alexander Garzón Zuluaga y las cuales fueron supervisadas durante el período de tiempo citado dentro del alcance.

Tabla 1. Actividades desarrolladas en el período comprendido entre el 21 de enero y el 20 de febrero de 2020

Actividad principal	Actividades	Duración	Entregable
Desarrollo de la etapa de extracción de MeHg en pescado	• Trabajo experimental	2 semana	NA
Taller de especiación de mercurio	• Revisión bibliografica	1 semanas	base de revisión en Mendeley
Otras actividades	• Reunión virtual "Revisión presentación EA Cd en cacao" • Revisión de documentos para el sistema de calidad • Redacción de documentos	1 semana	Correos electronicos

5. Conclusiones

- Se realizan actividades experimentales y de revisión.

Diego Alexander Garzón Zuluaga
Contratista

Instituto Nacional de Metrología de Colombia	**DECLARACIÓN JURAMENTADA**	Codigo: A-01-F-008 Version: 02 Pagina: 1 de 1

Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido
Diego	Alexander	Garzón	Zuluaga
Tipo de documento de identidad:	NIT ☐ C.E ☐ C.C X	Nùmero: 1015445404	Lugar de expediciòn: Bogota D.C.

1. De las responsabilidades tributarias asignadas por la DIAN en mi RUT, se encuentra registrada: (Para responder, por favor verifique que su Rut estè actualizado).
☐ **47.**Règimen Simple de Tributaciòn ☐ **48.**Impuesto sobre las ventas ☒ **49.**No responsable de IVA

2. ¿Presentè la declaración del impuesto sobre la renta y complementarios en el año 2019 correspondientes al año gravable 2018?
☐ **Si** ☒ **No**

3. ¿Para la vigencia 2020, he suscrito contratos adicionales a èste con otras entidades pùblicas o privadas?
☐ **Si** ☒ **No**

4. ¿El pago de aportes a los sistemas de salud, pensión y riesgos laborales los realizo con un Ingreso base de cotizaciòn (IBC) correspondiente al cuarenta porciento (40%) del total de los ingresos provenientes del Contrato № **054** de 2020 suscrito con el INSTITUTO NACIONAL DE METROLOGÌA?
☒ **Si** ☐ **No,** el IBC que estoy manejando es del _____%
(De acuerdo con la ley, el porcentaje mìnimo para el càlculo del IBC esdel 40%).

5. Si el IBC sobre el cual realizo mis aportes al Sistema General de Seguridad Social –SGSS es superior al 40%, autorizo para que dicho aporte sea considerado en su totalidad como Ingreso no constitutivo de renta y asì disminuya la base para deducciones (Retenciòn en la fuente y Retenciòn de ICA).
☐ **Si** ☐ **No,** Solicito que sea considerado solo el 40% ☒ **N/A**

6. Certifico que realicè los aportes a los sistemas de salud, pensión y riesgos laborales y que me encuentro a paz y salvo con el Sistema General de Seguridad Social. Para ello, hago entrega del detalle de la última planilla generada desde el operador donde se evidencia su estado "pagada",
☒ **Si** Planilla No. 41204776

7. ¿Mis ingresos totales en el año gravable inmediatamente anterior (2019) fueron iguales o superiores a $47.978.000 por lo que estoy obligado(a) a declarar Renta en el año 2020?
☐ **Si** ☒ **No**

8. ¿He contratado o vinculado a dos (2) o más trabajadores o contratistas asociados al desarrollo de mi actividad?
☐ **Si** ☒ **No**

9. Solicito sean practicadas las siguientes deducciones para disminuìr la base sobre la cual aplicarà la Retenciòn en la fuente:
☐ Pago por medicina prepagada. ☐ Dependientes econòmicos. ☐ Intereses por prestamos de vivienda .

10. Solicito sean deducidas las iguientes rentas exentas de la base sobre la cual aplicarà la Retenciòn en la fuente:
☐ Aportes a Fondos de Pensiones Voluntarias. ☐ Aportes con destino a cuentas AFC.

Certificacion por concepto de Intereses o Corrección Morietaria en Creditos de Vivienda

Adjunto Certiticación o documento equivale **Sí** ☐

Crédito Compartido **Sí** ☐ **No** ☐

Porcentaje que me corresponde _____% Valor que me corresponde $_____

Certificacion por concepto de Medicina Prepagada

Adjunto Certiticación o documento equivale **Sí** ☐

Informaciòn de Dependientes

☐ Hijos que tengan hasta 18 años de edad y dependan econòmicamente.
☐ Hijos con edad entre 18 y 23 años, cuando financie 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.
☐ Hijos que se encuentren en situación de dependencia originada en factores físicos o psicológicos que sean certificados por Medicina Legal.
☐ Cónyuge o compañero permanente 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.
☐ Padres y/os hermanos 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 de Doc.	№ de Identificación	Nombres y Apellidos	Edad	Parentezco

Se expide a lo 1 dìas del mes de Abril del año 2020

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	1015445404	Diego Alexander Garzon Zuluaga	calle 57a # 56-04 bloq 41 apt 202	3134572713	dagarzonz@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente		BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		NO

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	
2020-02	2020-02	I	09/03/2020	41204776	$307.600	

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	123.700	0		0		0	6	600	0	124.300	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
230301	Porvenir	800224808-8	158.300	0	0	0	0	6	700	0	159.000	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										
14-23	Positiva Seguros	860011153-6	24.100				24.100	6	200	24.300			241	24.300	1

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados

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	123.700	124.300
Pensión	1	158.300	159.000
Riesgos Laborales	1	24.100	24.300
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	306.100	307.600

PAGADA
41204776

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