

 Instituto Nacional de Salud	PROCESO PLANEACIÓN INSTITUCIONAL	Versión: 05
		2022-10-28

PROCESO O DEPENDENCIA

Dirección Redes en Salud Pública - Grupo red donación y Trasplantes

Fecha de elaboración:

25/11/2024

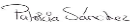
OBJETIVO DEL CRONOGRAMA

Apoyar la atención de los actores de la red nacional de donación y trasplantes, según lineamientos de operación, así como contribuir al desarrollo del programa inter laboratorios de inmunogenética INS-CPS-512-2024

ACTIVIDAD A DESARROLLAR	RESPONSABLE	2024			2024			AÑO			AÑO			AÑO			AÑO			AÑO			AÑO		
		NOVIEMBRE			DICIEMBRE			"Seleccione"			"Seleccione"			"Seleccione"			"Seleccione"			"Seleccione"			"Seleccione"		
		Sa	Vi	Do	Sa	Vi	Do	Sa	Vi	Do	Sa	Vi	Do	Sa	Vi	Do	Sa	Vi	Do	Sa	Vi	Do	Sa	Vi	Do
1. Realizar cronograma de actividades en conjunto con el supervisor del contrato	MONICA GUTIERREZ																								
2. Prestar apoyo permanente a los actores de la Red de Donación y Trasplante para la monitorización de los procesos de reporte de posibles donantes, así como los procesos que se dependan de la misma actividad.	MONICA GUTIERREZ																								
3. Contribuir con la realización del PEED de trasplantes, los análisis de resultados y la reunión final de socialización.	MONICA GUTIERREZ																								
4. Apoyar el desarrollo de informes mensuales, trazabilidad de asignación de los procesos de la donación de la red.	MONICA GUTIERREZ																								
5. Apoyar las demás actividades asignadas por el supervisor según necesidad del CRT	MONICA GUTIERREZ																								
6. Asistir de forma presencial a las reuniones de entrega de productos definidas por el supervisor del contrato.	MONICA GUTIERREZ																								
7. Contribuir a la consolidación y reporte de bases de datos en Donasur	MONICA GUTIERREZ																								
8. Las demás que emanen de la naturaleza del contrato y que sean necesarias para el desarrollo eficiente del mismo	MONICA GUTIERREZ																								



MONICA GUTIERREZ DUEÑAS



PATRICIA SANCHEZ



PAGOSIMPLE | REPORTE INDIVIDUAL

Fecha creación reporte 2024-12-06, 11:29:44 AM Tipo Planilla I Número Planilla 1068648368 Referencia pago(PIN) 8822693372

Periodo Cotización 202411 Periodo Servicio 202411

Ciente:

PAGADA 2024-12-06

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	MONICA GUTIERREZ DUENAS						
Documento	CC 52953163				Dirección	CAL 8 A 88 B 31	
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE				Teléfono	3016906050	
Tipo Persona	NATURAL				Forma Presentación	ÚNICO	Total Afiliados 1
Ciudad	BOGOTA D.C.				Departamento	BOGOTA D.C.	
Representante Legal					Identificación		

II. DATOS DEL AFILIADO

Documento	CC 52953163		Residente		Exonerado	N	Apellidos y Nombres	Código Ciudad - Departamento	Centro de Trabajo	Ubicación Laboral
Tipo Cotizante	59	00					GUTIERREZ DUEÑAS MONICA	11001000 - 11		BOGOTA D.C.

III. APORTE POR CADA UNA DE LAS ADMINISTRADORAS ASOCIADAS AL AFILIADO:

Novedades																Extranjero	Tipo salario	Salario	Pensión						Salud						Riesgos					Caja				Parafiscales																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																						
ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	COR	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP				Días AFP	Días EPS	Días AFP	Días EPS	Días CCF	Código AFP	Código Tras. AFP	Tarifa AFP	IBC	Total Aporte AFP	Total Aporte FSP	Total Aporte FSPS	Código EPS	Código Tras. EPS	Tarifa EPS	IBC EPS	Aporte Salud	Aporte UPC	Código ARL	Clase Riesgo	Tarifa ARL	IBC ARL	Aporte Riesgos	Código CCF	Tarifa CCF	IBC CCF	Aporte Caja	Tarifa SENA	Aporte SENA	Tarifa ICBF	Aporte ICBF																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																													
															0																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																															</

IV.TOTALES

Total Aportes Pensión	Total Aportes FSP	Total Aportes FSPS	Total Aportes Salud	Total Aportes Riesgos	Total Aportes Cajas	Total Aportes SENA	Total Aportes ICBF	Total Aportes ESAP	Total Aportes MEN	Total Final
PROTECCION	FSP SOLIDARIDAD	FSP SUBSISTENCIA	SALUD TOTAL EPS	ARL SURA	COMPENSAR CCF	SENA	ICBF	ESAP	MEN	
\$ 211.200	\$ 0	\$ 0	\$ 165.000	\$ 32.200	\$ 26.400	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	



 INSTITUTO NACIONAL DE SALUD	PROCESO GESTION FINANCIERA	CERTIFICACION DE CUMPLIMIENTO PARA PAGO DE CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS	Versión: 11				
		FOR-A09.2026-002	2024-08-16				
TIPO DE CERTIFICACION: PARCIAL		CESION: NO	FEI: NO	SGR: NO			
1-INFORMACIÓN GENERAL DEL CONTRATO							
NIT o CÉDULA:	52953163	CONTRATISTA:	MONICA GUTIERREZ DUENAS				
CONTRATO No.:	INS-CPS-512-2024	FECHA INICIO:	25/11/2024	FECHA FINAL: 31/12/2024			
REGISTRO PRESUPUESTAL:	181724	VALOR HONORARIOS:	\$ 4.700.000	PAGO NUMERO: 1 DE 2			
2- RESUMEN VALORES GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO							
TIPO CONTRATO:	DECLARA RENTA:	PENSIONADO:	ANEXO CERTIFICADO DE INGRESOS	RESPONSABLE DE IVA			
PROFESIONAL	SI	NO	NO	NO			
INGRESOS HONORARIOS : \$ 940.000		POR DIAS CANTIDAD DE DIAS HONORARIOS					
IVA 19%		SI 6 \$ 940.000,00					
INGRESOS POR DESPLAZAMIENTO:							
TOTAL INGRESOS BASE IMPUESTO: \$ 940.000		FACTURA: FECHA:					
3-LIQUIDACION DE PAGO A SEGURIDAD SOCIAL							
TOTAL (IBC): \$ 1.880.000		PAGO PLANILLA					
PENSION 16% (valor aporte): \$ 60.200	Protección	ANTICIPADO					
SALUD 12,5% (valor aporte): \$ 47.000	Salud Total S.A.	PLANILLA DE PAGO					
ARL RIESGO III 2,436% (valor aporte): \$ 9.200	ARL Sura	No. 1068648368	FECHA	6/12/2024			
TOTAL PAGO AL SISTEMA G.S.S.I.: \$ 116.400							
Realice Aportes Voluntarios al Fondo de Pensiones Obligatorias de acuerdo al Artículo 55 E.T (adjunto la certificación correspondiente al fondo de pensiones obligatorias con aporte voluntario)							
NO							
4-DATOS DE RETENCION Y NETO A PAGAR							
Declara costos y deducciones asociados al ingreso en la declaración de renta (Decreto 2231 del 22 de diciembre de 2023, Artículo 9 y 11)				NO			
DERECHOS DE DEDUCCIÓN	VALOR	MES	VALOR A DEDUCIR	CONCEPTO	BASE	TARIFA	%
a. % INTERESES POR PRESTAMOS DE VIVIENDA: limte max. Mensual 100 uvt 4.706.500, correspondiente al año inmediatamente anterior.		1	-	RETEICA	\$ 832.800	0,766%	\$ 6.379
b. PREPAGADA o SEGURO SALUD O PLAN COMPLEMENTARIO: limte max. Mensual 16 uvt 753.040, correspondiente al año inmediatamente anterior.		1	-	RETEFUENTE	\$ 617.700	13,12	\$ -
c. DEPENDIENTE: limte max. Mensual 32 uvt 1.506.000 correspondiente al mes pagado	NO		-	RETEIVA			0
d. APORTES: (Volunt. Pensiones) voluntarias No superior al 30% de los ingresos correspondiente al mes pagado 3800/178.847.000			-	TOTAL IMPUESTO		\$	6.379,25
e. APORTES: (AFC) No superior al 30% de los ingresos correspondiente al mes pagado 178.847.000			-	TOTAL A PAGAR		\$	933.620,75
DERECHOS DE DEDUCCIÓN	VALOR	\$	-				
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							
							
FIRMA CONTRATISTA							
El supervisor del contrato certifica que el contratista cumple 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.							
							
Nombre supervisor	CLARA PATRICIA SANCHEZ			Nombre supervisor			
Cargo	COORDINADORA			Cargo			
Dependencia	ENTRO REGULADOR DE TRAS			Dependencia			
6- INFORMACION RADICACION Y OBLIGACION							

 INSTITUTO NACIONAL DE SALUD PROCESO GESTION FINANCIERA	CERTIFICACION DE CUMPLIMIENTO PARA PAGO DE CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS	Versión: 11
	FOR-A09.2026-002	2024-08-16

Radicado No:

Fecha radicado No:

Obligación No:

Fecha Radicación (SIIF):

 INSTITUTO NACIONAL DE SALUD	PROCESO ADQUISICIÓN DE BIENES Y SERVICIOS	INFORME PARCIAL DE SUPERVISIÓN	Versión: 03
			2023-11-17
		FOR-A02.0000-037	Página 1 de 4

(1) Contrato No.	INS-CPS-512-2024		
(2) Nombre del Contratista:	MONICA GUTIERREZ DUEÑAS		
(3) Cargo del supervisor:	CLARA PATRICIA SANCHEZ RUIZ		
(4) Interventoría si ☐ no ☒ X Nombre:			
(5) Correo del supervisor y/o del Interventor (NO aplica)	csanchezr@ins.gov.co		
(6) Objeto del contrato:	Apoyar la atención de los actores de la red nacional de donación y trasplantes , según lineamientos de operación, así como contribuir al desarrollo del programa Inter laboratorios de inmunogénica.		
(7) Fecha de inicio:	25-11-2024	(8) Fecha terminación:	31-12-2024
(9) Período objeto del informe:	MONICA GUTIERREZ 2024		

(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
1.Realizar cronograma de actividades en conjunto con el supervisor del contrato	Con corte al 30 de noviembre de 2024 se concertó con la supervisora de contrato el cronograma de actividades para desarrollar durante el periodo de 2024. Correspondientes al contrato - INS-CPS-512 2024.	Cronograma De Actividades FOR-D01.0000-0011	
2. Prestar apoyo de forma oportuna e ininterrumpida para atender las consultas al registro nacional de donantes y los procesos que se desprendan de las mismas.	Con corte al 30 de noviembre de 2024, se prestó servicios para el funcionamiento del CRT en turnos de 12 horas según la necesidad del servicio en la gestión de procesos operativos del CRT FOR-R01- 5110-011-BASE DE DATOS DEL REGISTRO NACIONAL DE DONANTES y a el correo electrónico del CRT, atención de línea Teléfono único móvil y del WhatsApp del CRT. También se deja registro en bitácora dispuesta para este fin.	https://inssalud-my.sharepoint.com/:x:/r/personal/crtrasplantes_ins_gov_co/_layouts/15/Doc.aspx?sourcedoc=%7B47F7B25B-1AD6-440E-9FE1-8D8299E2E227%7D&file=FOR-R01.5110-011%20NUEVO%20OCTUBRE%202023.xlsx&action=default&mobileredirect=true https://inssalud-my.sharepoint.com/:x:/r/personal/crtrasplantes_ins_gov_co/_layouts/15/Doc.aspx?sourcedoc=%7B7C31760A-2310-435E-8ABC-109D9FC91E8F%7D&file=BITA CORA.xlsx&action=default&mobileredirect=true	
3. Realizar la recepción, revisión, verificación de documentos para la generación de conceptos de necesidad terapéutica y entrada y salida de componentes anatómicos	Con corte al 30 noviembre de 2024, se consolido y se actualizaron en las bases de datos en su totalidad de acuerdo al FOR-R01-5110-016- Base De Datos Conceptos De Necesidad	https://inssalud-my.sharepoint.com/personal/crtrasplantes_ins_gov_co/_layouts/15/onedrive.aspx?id=%2Fpersonal%2Fcrtrasplantes%5Fins%5Fgov%5Fco%2FDocuments%2F2023%20NUEVO%2FConceptos%20de%20necesidad%20Terapeutica&view=0 https://inssalud-my.sharepoint.com/personal/crtrasplantes_ins_gov_co/_layouts/	

 INSTITUTO NACIONAL DE SALUD	PROCESO ADQUISICIÓN DE BIENES Y SERVICIOS	INFORME PARCIAL DE SUPERVISIÓN	Versión: 03
			2023-11-17
		FOR-A02.0000-037	Página 2 de 4

		15/onedrive.aspx?id=%2Fpersonal%2Fcrtrasplantes%5Fins%5Fgov%5Fco%2FDocuments%2F2023%20NUEVO%2FConceptos%20de%20salida%20CA&view=0	
4. Realizar la actualización de las bases de datos de operación del centro regulador de trasplantes, así como la base de devoluciones.	Con corte al 30 de noviembre se envió correo a cada uno de las IPS con programa de trasplantes de hígado, deuda o devolución de hígado dando cumplimiento a la comisión establecida desde el nivel nacional.	https://inssalud-my.sharepoint.com/personal/crtrasplantes_ins_gov_co/_layouts/15/onedrive.aspx?id=%2Fpersonal%2Fcrtrasplantes%5Fins%5Fgov%5Fco%2FDocuments%2F2023%20NUEVO%2FDEVOLUCIONES&view=0	
5. Asistir de forma presencial a las reuniones de entrega de productos definidas por el supervisor del contrato.	Con corte al 30 de noviembre, se asistió de forma presencial a las reuniones de entrega de productos, entregas de turno y revista con el Subdirector de la red de donación y trasplantes Dr. Rubén Camargo.	Se cumplió con la asistencia definida por el supervisor. https://inssalud-my.sharepoint.com/personal/crtrasplantes_ins_gov_co/_layouts/15/onedrive.aspx?id=%2Fpersonal%2Fcrtrasplantes_ins_gov_co%2FDocuments%2FSOPORTE%20CRT%2FTURNOS%20CRT&view=0	
6. Realizar las actividades de manera ininterrumpida del Centro Regulador de Trasplantes de conformidad a los cronogramas 24/7 que le sean asignados y en las instalaciones del Instituto Nacional de Salud y/o donde su supervisor lo disponga de conformidad a la necesidad de atención del centro regulador de trasplantes para la Red de Donación y Trasplantes.	Con corte al 30 de noviembre, se realizó registro de las actividades diarias del Centro Regulador de Trasplantes. Se consolidó y se actualizaron en las bases de datos en su totalidad de acuerdo a lo recibido FOR-R01-xcedente de tejido 5110-051- FOR-R01-5110-041-Base De Datos De Solicitudes Para Prestación De Servicio A Extranjeros FOR-R01-5110-025 Base De Datos Urgencia Cero De Hígado FOR-R01-5110-022- Base De Datos Urgencia Cero De Corazón FOR-R01-5110-006 - Base De Datos Urgencia Cero De Cornea FOR-R01-5110-016- Base De Datos Conceptos De Necesidad FOR-R01-5110-011- Base De Datos Del Registro Nacional De Donantes	https://inssalud-my.sharepoint.com/:x/r/personal/crtrasplantes_ins_gov_co/_layouts/15/Doc.aspx?sourcedoc=%7BA5826123-708C-4F5A-8996-451C089117D9%7D&file=FOR-R01.5110-060%20(2).xlsx&action=default&mobileredirect=true	
7. Responder, cuando haya lugar a ello, por los elementos que le sean asignados para el desarrollo de sus actividades y hacer entrega de los mismos al momento de la terminación del contrato al supervisor, en coordinación con la dependencia encargada en la entidad	Con corte al 30 de noviembre, se responde por los elementos que se encuentran dentro de la oficina de trasplantes como: Escritorio, computador y 2 celulares dispuestos para cubrir las actividades de CRT	Responde por los elementos asignados por el supervisor	
8. Las demás que emanen de la naturaleza del contrato y que sean	Con corte al 30 de noviembre, se presentó a la supervisora del contrato	Presento los informes correspondientes https://inssalud-	

 INSTITUTO NACIONAL DE SALUD	PROCESO ADQUISICIÓN DE BIENES Y SERVICIOS	INFORME PARCIAL DE SUPERVISIÓN	Versión: 03
			2023-11-17
		FOR-A02.0000-037	Página 3 de 4

necesarias para el desarrollo eficiente del mismo Nota: Las demás obligaciones generales se encuentran en los estudios previos	los informes correspondientes al mes laborado	my.sharepoint.com/personal/crtrasplantes_ins_gov_co/_layouts/15/onedrive.aspx?id=%2Fpersonal%2Fcrtrasplantes%5Fins%5Fgov%5Fco%2FDocuments%2F2023%20NUEVO%2FBOLETINES%20MENSUALES%20CRT&view=0	
Otras actividades:	NA	NA	

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	Riesgos Operacionales	Riesgo por uso de información errada: se materializa cuando el contratista en cumplimiento de sus 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 la ejecución	Revisando la información suministrada	Antes de usar la	Durante el periodo el contratista, cumplió con sus obligaciones por lo tanto no se materializó este riesgo.
2	General	Externo	Ejecución	Riesgos Operacionales	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	Durante el periodo el contratista, cumplió con sus obligaciones en el resultado del producto.
% DE AVANCE ACUMULADO											13.8%	

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

1. El/La Contratista MONICA GUTIERREZ DUEÑAS 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 MONICA GUTIERREZ DUEÑAS 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 MONICA GUTIERREZ DUEÑAS 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.

 INSTITUTO NACIONAL DE SALUD	PROCESO ADQUISICIÓN DE BIENES Y SERVICIOS	INFORME PARCIAL DE SUPERVISIÓN	Versión: 03
			2023-11-17
		FOR-A02.0000-037	Página 4 de 4

(12) OBSERVACIONES:	(INCLUIR INFORMACIÓN RELEVANTE NO DESCRITA EN OTRO ACÁPITE, SOLO SI APLICA, NO ES NECESARIO REITERAR INFORMACIÓN)
(13) En constancia, firmo:  CLARA PATRICIAS SANCHEZ RUIZ Supervisor (es)/Interventor (es)	
diciembre 1 de 2024 Bogotá, D. C.,(14)	

 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-512- 2024	NOMBRE DEL CONTRATISTA	MONICA GUTIERREZ DUEÑAS	
OBJETO DEL CONTRATO	Apoyar la atención de los actores de la red nacional de donación y trasplantes, según lineamientos de operación, así como contribuir al desarrollo del programa Inter laboratorios de inmunogénica			
PERIODO DEL INFORME	DESDE:	25-11-2024	HASTA:	30-12-2024
DESCRIPCIÓN DEL AVANCE				
1. Realizar cronograma de actividades en conjunto con el supervisor del contrato. 2. Prestar apoyo permanente a los actores de la Red de Donación y Trasplante para la monitorización de los procesos de reporte de posibles donantes, así como los procesos que se desprendan de la misma actividad. 3. Contribuir con la realización del PEED de trasplantes, los análisis de resultados y la reunión final de socialización. 4. Apoyar el desarrollo de informes mensuales, trazabilidad de asignación de los procesos de donación de la red. 5. Apoyar las demás actividades asignadas por el supervisor según necesidad del CRT. 6. Asistir de forma presencial a las reuniones de entrega de productos definidas por el supervisor del contrato. 7. Contribuir a la consolidación y reporte de bases de datos en Donasur (primer semestre del año). 8. Las demás que emanen de la naturaleza del contrato y que sean necesarias para el desarrollo eficiente del mismo. Nota: Las demás obligaciones generales se encuentran en los estudios previos				

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



MONICA GUTIERREZ DUEÑAS

 INSTITUTO NACIONAL DE SALUD	PROCESO GESTIÓN FINANCIERA	CERTIFICADO DE INGRESOS	Versión: 19	
		FOR-A09.0000-013	2024-08-16	
DECLARACION JURAMENTADA				
Yo, <u>Mónica Gutiérrez Dueñas</u> , identificado con <u>Cédula de Ciudadanía</u>				
No. <u>52.953.163</u> de <u>Bogotá</u> , me permito declarar que mi vínculo actual con el Instituto Nacional de Salud es mediante: <u>Contrato Laboral (Funcionario de planta)</u>				
CERTIFICO QUE:				
Declara costos y deducciones asociados al ingreso en la declaración de renta (Decreto 2231 del 22 de diciembre de 2023, Artículo 9 y 11)			NO	
Cumpro con uno o varios requisitos relacionados a continuación:				
* Mis ingresos en el año anterior fueron superiores a 1.400 UVT o 59.376.800 A 31 de diciembre de 2023.				
* Mi patrimonio bruto excedió 4.500 UVT o \$ 190.854.000				
* 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.				
INFORMACION PARA DEPURAR LA BASE DE LA RETENCIÓN CERTIFICO QUE:				
De las siguientes deducciones, seleccione los conceptos para tener en cuenta en la depuración de la Base del cálculo de la Retención en la Fuente:				
* Durante la vigencia 2023 pague intereses o tuve corrección Monetaria en Créditos de Vivienda (adjunto la certificación de la entidad responsable del crédito de vivienda donde se especifica el valor de los intereses pagados durante la vigencia 2023). Artículo 31 de la Ley 2277 de 2022				
* Realice en una cuenta AFC - Ahorro para el Fomento de la Construcción de acuerdo al Artículo 126-1 E.T. (adjunto la certificación de ahorro de la cuenta AFC)				
* Durante la vigencia 2023 realice pago como titular de plan complementario, servicio medico domiciliario o cuento con una póliza de salud de acuerdo al Artículo 387 E.T (adjunto la certificación correspondiente a la entidad de la cual soy titular)				
* Realizo aportes a Fondos de Pensiones Voluntarias de acuerdo al Artículo 126-1 E.T (adjunto la certificación correspondiente al fondo de pensiones voluntarias)				
* Realizo Aportes Voluntarios al Fondo de Pensiones Obligatorias de acuerdo al Artículo 55 E.T (adjunto la certificación correspondiente al fondo de pensiones obligatorias con aporte voluntario)				
* Cumpro con uno o varios requisitos del Parágrafo 2 del Artículo 387 E.T., correspondientes a dependientes económicos de los relacionados a continuación: (marque con una x según corresponda)				
☐	° Tengo hijos entre 0 y 18 años de edad. (Adjunto registro civil de nacimiento).			
☐	° Soy persona natural y tengo hijos con edad entre los 18 y 23 años de edad, de los cuales me encuentro 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. (Adjunto certificado de estudio de educación superior, cédula de ciudadanía y registro civil de nacimiento)			
☐	° Tengo hijos mayores de 23 años que se encuentran en situación de dependencia originada en factores físicos o psicológicos que sean certificados por Medicina Legal. (Adjunto registro civil de nacimiento, cédula de ciudadanía y certificado de Medicina Legal).			
☐	° Mi cónyuge o compañero permanente se encuentra 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. (Adjunto certificado de convivencia, registro civil de matrimonio, cédula de ciudadanía, certificado de contador público o certificado de Medicina Legal)			
☐	° Mis padres o mis hermanos 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. (Adjunto registro civil de nacimiento, certificado de contador público o certificado de Medicina Legal).			
Relación de Dependientes				
Tipo Doc.	Numero de Documento	Nombres y apellidos	Edad	Parentesco
La anterior se firma el <u>30</u> del mes <u>11</u> del año <u>2024</u>				
				
SE FIRMA BAJO LA GRAVEDAD DE JURAMENTO				
Se firma bajo la gravedad de juramento que la información contenida en el formato es real y que las deducciones indicadas solo se estan reportando ante el Instituto Nacional de Salud ya que estas solo pueden ser aplicadas una vez por cada periodo				
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.				