

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES SOPORTE DE PAGO GENERAL

DATOS GENERALES DEL APORTANTE				DATOS GENERALES DE LA PLANILLA			
TIPO IDENTIFICACIÓN:	CÉDULA DE CIUDADANÍA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	1110578897	NÚMERO PLANILLA:	7954979061	TIPO DE PLANILLA:	I-INDEPENDIENTES
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:	BOGOTA DISTRITO CAPITAL	DEPARTAMENTO:	MELISSA ALEJANDRA ESPINOSA LEAL	PERIODO COTIZACIÓN OTROS:	MES	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES
CIUDAD/MUNICIPIO:	CL 67A 57 C 33	TELÉFONO:	BOGOTA - DISTRITO CAPITAL	DÍAS DE MORA:	enero AÑO 2025	FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):	enero AÑO 2025
DIRECCIÓN:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	7743033				
TIPO APORTANTE:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	I-INDEPENDIENTE				
TIPO EMPRESA:	SUCURSAL	SUCURSAL / DEPENDENCIA:	Otros trabajos de edición.				
FORMA DE PRESENTACIÓN:			01 - INS-CPS-219-2024				
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO				NÚMERO AUTORIZACIÓN: 1285156677


TOTAL APORTES A PENSIÓN													
ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	COTIZACIÓN	APORTES VOLUNTARIOS		FSP		MORA		TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE			EMPLEADOR	COTIZANTE	SOLIDARIDAD	SUBSISTENCIA	COTIZACIÓN	FSP	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
230201	230201- PROTECCION	1	\$ 290.800	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 290.800	\$ 0	\$ 0	\$ 290.800
SUBTOTALES:										\$ 290.800	\$ 0	\$ 0	\$ 290.800

TOTAL APORTES A SALUD															
ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD		LICENCIA MATERNIDAD		SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN		MORA		TOTALES		
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	APORTES	MORA	DESCUENTO
EPS017	EPS017-FAMISANAR	1	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 227.200	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 227.200	\$ 0	\$ 0	\$ 227.200
SUBTOTALES:										\$ 227.200	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 227.200	

TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES													
ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD IRP		SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN		MORA		TOTALES		
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PAGO A OTROS RIESGOS	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
14-11	14-11 - ARL SURA	1	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 44.300	\$ 0	\$ 0	\$ 44.300	\$ 0	\$ 0	\$ 44.300
SUBTOTALES:										\$ 44.300	\$ 0	\$ 0	\$ 44.300

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES																																																				
DATOS DEL COTIZANTE				NOVEDADES										SEGURIDAD SOCIAL										PARAFISCALES																												
Nº	IDENTIFICACIÓN	NOMBRES	TIPO COTIZANTE	SUBTIPO COTIZANTE	SALARIO BÁSICO	TIPO DE SALARIO	COLOMBIANO	EXTRANJERO	REFORMA TRIBUTARIA	ING	RET	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	PENSIÓN				SALUD				ARP		PARAFISCALES																
																										ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	SUBSISTENCIA	SOLIDARIDAD	EMPLEADOR	EMPLEADO	INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APORTE	ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	TOTAL APORTE	ADMIN	DÍAS COT	IBC	CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APORTE	ADMIN	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE
1	CC 1110578897	ESPINOSA LEAL MELISSA ALEJANDRA	INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACIÓN DE		\$ 1.764.000				NO							01-30										230201-PROTECCION	30	1.817.000	\$ 290.800	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	Normal	\$ 290.800	EPS017-FAMISANAR	30	1.817.000	\$ 227.200	\$ 0	\$ 227.200	14-11 - ARL SURA	30	1.817.000	\$ 11057889	\$ 44.300	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0

TOTAL \$ 562.300

 INSTITUTO NACIONAL DE SALUD PROCESO GESTION FINANCIERA	CERTIFICACION DE CUMPLIMIENTO PARA PAGO DE CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS	Versión: 12
	FOR-A09.2026-002	2025-01-31

TIPO DE CERTIFICACION: PARCIAL	CESION: NO	FEI: NO	SGR: NO
---------------------------------------	-------------------	----------------	----------------

1-INFORMACION GENERAL DEL CONTRATO

No. NIT o CÉDULA:	1.110.578.897	CONTRATISTA:	MELISSA ALEJANDRA ESPINOSA LEAL		
CELULAR:	3173779887	FECHA INICIO:	27/01/2025	FECHA FINAL:	30/11/2025
CONTRATO No.:	INS-CPS-110-2025	VALOR HONORARIOS:	\$ 4.542.300	PAGO NUMERO:	2 DE 11
REGISTRO PRESUPUESTAL:	10025				

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 :	\$ 4.542.300		POR DIAS	CANTIDAD DE DIAS
IVA 19%			NO	\$ 4.542.300,00
INGRESOS POR DESPLAZAMIENTO:				
TOTAL INGRESOS BASE IMPUESTO:	\$ 4.542.300		FACTURA:	FECHA:

3-LIQUIDACION DE PAGO A SEGURIDAD SOCIAL

TOTAL (IBC):	\$ 1.817.000	ENTIDAD PROMOTORA		PAGO PLANILLA	
PENSION 16% (valor aporte):	\$ 290.800	Protección		VENCIDO	
SALUD 12,5% (valor aporte):	\$ 227.200	Famisanar		PLANILLA DE PAGO No.	7954979061
ARL RIESGO III 2,436% (valor aporte):	\$ 44.300	ARL Sura		PLANILLA DE PAGO AJUSTE (Si aplica)	
TOTAL PAGO AL SISTEMA G.S.S.I.:	\$ 562.300			FECHA	24/02/2025

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: limite max. Mensual 100 uvt 4.979.900, correspondiente al año inmediatamente anterior.		1	-	RETEICA	\$ 4.542.300	0,766%	\$ 34.794
b. PREPAGADA o SEGURO SALUD O PLAN COMPLEMENTARIO: limite max. Mensual 16 uvt 796.784, correspondiente al año inmediatamente anterior.		1	-	RETEFUENTE	\$ 3.406.725	68,41	\$ -
c. DEPENDIENTE: limite max. Mensual 32 uvt 1.593.568 correspondiente al mes pagado	NO		-	RETEIVA			0
d. APORTES: (Volunt. Pensiones) voluntarias No superior al 30% de los ingresos correspondiente al mes pagado 3800/189.236.200			-	TOTAL IMPUESTO		\$	34.794,02
e. APORTES: (AFC) No superior al 30% de los ingresos correspondiente al mes pagado 189.236.200			-	TOTAL A PAGAR		\$	4.507.505,98
DERECHOS DE DEDUCCIÓN	VALOR	\$	-	RETEFUENTE VOLUNTARIA	NO		

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 Cargo COORDINADORA Dependencia INTRO REGULADOR DE TRASPLANT	Nombre supervisor Cargo Dependencia
--	--

6- INFORMACION RADICACION Y OBLIGACION

Radicado No: _____	Obligación No: _____
Fecha radicado No: _____	Fecha Radicación (SIIF): _____

 <p>Instituto Nacional de Salud</p>	<p>PROCESO - ADQUISICION DE BIENES Y SERVICIOS</p>	<p>INFORME DE AVANCE CONTRATISTAS DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES O APOYO A LA GESTIÓN</p>	<p>Versión 03</p>
			<p>2022-08-19</p>
		<p>FOR-A02.0000-029</p>	

NUMERO DE CONTRATO	INS-CPS-110-2025	NOMBRE DEL CONTRATISTA	MELISSA ALEJANDRA ESPINOSA LEAL		
OBJETO DEL CONTRATO	Prestar servicios profesionales para gestionar todos los procesos de la red de donación y trasplantes, conceptos de necesidad, consultas a extranjeros y consolidación de bases de tejidos de acuerdo con los procedimientos institucionales.				
PERIODO DEL INFORME	DESDE:	1-02-2025	HASTA:	30-02-2025	
DESCRIPCIÓN DEL AVANCE					
<p>1. Realizar cronograma de actividades en conjunto con el supervisor del contrato</p> <p>El día 1 de febrero, se concertó con la supervisora de contrato el cronograma de actividades para desarrollar durante el periodo de enero-noviembre 2025. Correspondientes al contrato INS-CPS-110-2025</p>					
<p>2. Prestar apoyo permanente de forma ininterrumpida para atender las consultas realizadas por los canales de comunicación del Centro Regulador de Trasplantes, bajo los procedimientos institucionales.</p> <p>Con corte al 28 de febrero 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.</p>					
<p>3. Realizar la recepción, revisión, verificación de documentos para la generación de oficios de respuesta a usuarios de la Red de Donación y Trasplantes.</p> <p>Recepción, revisión, verificación de documentos para la generación de oficios de respuesta a usuarios de la Red de Donación y Trasplantes</p>					
<p>4. Apoyar las actividades de recolección de información de tejido cardiaco con los bancos de tejidos del país.</p> <p>Recolección de información de tejido cardiaco con los bancos de tejidos del país.</p>					
<p>5. Realizar la actualización de las bases de datos de operación del centro regulador de trasplantes, bitácora, formato de registro nacional de donantes, urgencia cero, y las relacionadas con la operación diaria.</p> <p>Durante el mes se realiza actualización de las bases de datos de operación del centro regulador de trasplantes, bitácora, formato de registro nacional de donantes, urgencia cero, y las relacionadas con la operación diaria.</p>					
<p>6. Apoyar la recepción, revisión, verificación de documentos para la generación de conceptos de necesidad terapéutica, entrada y salida de componentes anatómicos y solicitudes autorización de trasplante de tejido para receptor extranjero no residente en Colombia.</p> <p>Recepción, revisión, verificación de documentos para la generación de conceptos de necesidad terapéutica, entrada y salida de componentes anatómicos y solicitudes autorización de trasplante de tejido para receptor extranjero no residente en Colombia</p>					
<p>7. Asistir de forma presencial a las reuniones de entrega de productos definidas por el supervisor del contrato.</p> <p>Asistir a reunión para revisión de For 11, revisión informe donante receptor, con corte al 28 de febrero 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.</p>					
<p>8. 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</p> <p>Con corte al 28 de febrero, 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-excedente de</p>					

 <p>Instituto Nacional de Salud</p>	<p>PROCESO - ADQUISICION DE BIENES Y SERVICIOS</p>	<p>INFORME DE AVANCE CONTRATISTAS DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES O APOYO A LA GESTIÓN</p>	<p>Versión 03</p>
			<p>2022-08-19</p>
		<p>FOR-A02.0000-029</p>	<p>Página 2 de 2</p>

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

9. 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 28 de febrero 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

10. 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 con corte al 28 de febrero, se presentó a la supervisora del contrato los informes correspondientes al mes laborado

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

Melissa Espinosa

MELISSA ALEJANDRA ESPINOSA LEAL


NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA

 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 7

(1) Contrato No.	INS-CPS-110-2025		
(2) Nombre del Contratista:	MELISSA ALEJANDRA ESPINOSA LEAL		
(3) Cargo del supervisor:	CLARA PATRICIA SANCHEZ RUIZ		
(4) Interventoría si <input type="checkbox"/> no <input checked="" type="checkbox"/> X Nombre:			
(5) Correo del supervisor y/o del Interventor (NO aplica)	csanchezr@ins.gov.co		
(6) Objeto del contrato:	Prestar servicios profesionales para gestionar todos los procesos de la red de donación y trasplantes, conceptos de necesidad, consultas a extranjeros y consolidación de bases de tejidos de acuerdo con los procedimientos institucionales.		
(7) Fecha de inicio:	27-01-2025	(8) Fecha terminación:	30-11-2025
(9) Período objeto del informe:	FEBRERO 2025		

(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.	El 1 de febrero se concertó con la supervisora de contrato el cronograma de actividades para desarrollar durante el periodo de enero-noviembre 2025. INS-CPS-110-2025	Cronograma De Actividades FOR-D01.0000-0011	OK
2. Prestar apoyo permanente de forma ininterrumpida para atender las consultas realizadas por los canales de comunicación del Centro Regulador de Trasplantes, bajo	Con corte al 28 de febrero, 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=BITACORA.xlsx&action=default&mobileredirect=true	OK

 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 7

los procedimientos institucionales.			
3. Realizar la recepción, revisión, verificación de documentos para la generación de oficios de respuesta a usuarios de la Red de Donación y Trasplantes.	recepción, revisión, verificación de documentos para la generación de oficios de respuesta a usuarios de la Red de Donación y Trasplantes.		OK
4. Apoyar las actividades de recolección de información de tejido cardiaco con los bancos de tejidos del país.	Pendiente apoyar las actividades de recolección de información de tejido cardiaco con los bancos de tejidos del país		Ok
5. Realizar la actualización de las bases de datos de operación del centro regulador de trasplantes, bitácora, formato de registro nacional de donantes, urgencia cero, y las relacionadas con la operación diaria.	Durante el mes se realiza actualización de las bases de datos de operación del centro regulador de trasplantes, bitácora, formato de registro nacional de donantes, urgencia cero, y las relacionadas con la operación diaria.	https://inssaludmy.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	Ok



<p>de trasplantes, bitácora, formato de registro nacional de donantes, urgencia cero, y las relacionadas con la operación diaria.</p>			
<p>6. Apoyar la recepción, revisión, verificación de documentos para la generación de conceptos de necesidad terapéutica, entrada y salida de componentes anatómicos y solicitudes autorización de trasplante de tejido para receptor extranjero no residente</p>	<p>Apoyar la recepción, revisión, verificación de documentos para la generación de conceptos de necesidad terapéutica, entrada y salida de componentes anatómicos y solicitudes autorización de trasplante de tejido para receptor extranjero no residente en Colombia</p>		<p>OK</p>

en Colombia			
7. Asistir de forma presencia l a las reuniones de entrega de productos definidas por el supervisor del contrato.	Asistir a reunión para revisión de For 11, revisión informe donante receptor, con corte al 28 de febrero 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.	Listado de asistencia se encuentra en poder de la oficina del área administrativa	OK
8. 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 trasplante	Con corte al 28 de febrero, 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	OK



s para la Red de Donación y Trasplantes			
9. 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 28 de febrero 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	OK
10. Las demás que emanen de la naturaleza del contrato y que sean necesarias para el desarrollo eficiente del mismo	Con corte al 28 de febrero no se solicitaron realizar otras actividades.		OK

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


O N	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 usarla	Durante el periodo el contratista, cumplió con sus obligaciones por lo tanto no se materializo 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.

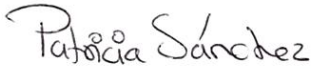
% DE AVANCE ACUMULADO


18.2%

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

1. El/La Contratista MELISSA ALEJANDRA ESPINOSA LEAL 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 MELISSA ALEJANDRA ESPINOSA LEAL 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 MELISSA ALEJANDRA ESPINOSA LEAL 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.**

 INSTITUTO NACIONAL DE SALUD	PROCESO ADQUISICIÓN DE BIENES Y SERVICIOS	INFORME PARCIAL DE SUPERVISIÓN	Versión: 03
			2023-11-17
		FOR-A02.0000-037	Página 7 de 7

<p>6. A la fecha no existen causales de incumplimiento de las obligaciones contractuales que demanden actuaciones conminatorias o sancionatorias por parte de la Administración.</p>	
<p>(12) OBSERVACIONES:</p>	<p>(INCLUIR INFORMACIÓN RELEVANTE NO DESCRITA EN OTRO ACÁPITE, SOLO SI APLICA, NO ES NECESARIO REITERAR INFORMACIÓN)</p>
<p>(13) En constancia, firma:</p> <div style="text-align: center;">  <p>CLARA PATRICIAS SANCHEZ RUIZ Supervisor (es)/Interventor (es)</p> </div>	
<p>Febrero 2025 Bogotá, D. C.,</p>	

 INSTITUTO NACIONAL DE SALUD	PROCESO GESTIÓN FINANCIERA	CERTIFICADO DE INGRESOS	Versión: 20
		FOR-A09.0000-013	2025-01-31

DECLARACION JURAMENTADA

Yo, **MELISSA ALEJANDRA ESPINOSA LEAL**, identificado con **Cédula de Ciudadanía** No. **1.110.578.897** de **Ibagué Tolima**, me permito declarar que mi vínculo actual con el Instituto Nacional de Salud es mediante: **Contrato de Prestación de Servicios**, con contrato número **INS-CPS-110-2025**

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

Cumplo con uno o varios requisitos relacionados a continuación:

* Mis ingresos en el año anterior fueron superiores a 1.400 UVT o \$ 65.891.000 A 31 de diciembre de 2024.

* Mi patrimonio bruto excedió 4.500 UVT o \$ 211.793.000

* Los consumos mediante tarjeta de crédito durante el año gravable excedieron la suma de 1.400 UVT o \$ 65.891.000.

* El total de compras y consumos durante el año gravable superaron 1.400 UVT o \$ 65.891.000 y/o las consignaciones bancarias, depósitos o inversiones financieras, durante el año gravable excedieron de 1.400 UVT o \$ 65.891.000.

SOY DECLARANTE DE RENTA

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 2024 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 2024). Artículo 31 de la Ley 2277 de 2022

NO

* 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)

NO

* Durante la vigencia 2024 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)

NO

* Realizo aportes a Fondos de Pensiones Voluntarias de acuerdo al Artículo 126-1 E.T (adjunto la certificación correspondiente al fondo de pensiones voluntarias)

NO

* 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)

NO

* Cumplo 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)

* Los hijos del contribuyente que tengan hasta 18 años de edad. (Adjunto registro civil de nacimiento).

* Los hijos del contribuyente con edad entre 18 y 25 años, cuando el padre 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. (Adjunto certificado de estudio de educación superior, cédula de ciudadanía y registro civil de nacimiento)

* Los hijos del contribuyente mayores de dieciocho (18) años que se encuentren en situación de dependencia, originada en factores físicos psicológicos que sean certificados por el Ministerio de Salud y Protección Social o la entidad determinada por las normas vigentes (Adjunto registro civil de nacimiento, cédula de ciudadanía, el Ministerio de Salud y Protección Social o la entidad determinada por las normas vigentes).

NO

* 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 (Adjunto certificado de convivencia y/o registro civil de matrimonio, cédula de ciudadanía, certificado de contador público o certificado de Medicina Legal)

* 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. (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 27 del mes 2 del año 2025

Melissa Espinosa

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 están reportando ante el Instituto Nacional de Salud ya que estas solo pueden ser aplicadas una vez por cada período

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.