INFORME No. 08 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

2020-09-22

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 01 de septiembre y el 30 de septiembre 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.

Actividad principal	Actividades	Duración	Entregable
Actividades experimentales	1. Ajuste del cromatógrafo de gases 2. Medición homogeneidad pescado 3. Reconexión equipo GCMS 4. Medición de MeHg 5. Mantenimiento por parte de CCV del GCMS 6. Ensayos de extracción alcalina de muestras de pescado 7. Medición de extractos 8. Acople GC-ICPMS	3 semana	1. Registros 2. Correos LLSM 3. Registros 4. Registros 5. Registros 6. Registros 7. Registros 8. Capeta CCV
Actividades documentales	1. Presentación para CAES 2. Articulo IMEKO	1/2 semana	1. Correo CAES 2. Correo a DAAF y LLSM
Actividades varias	1. Reunión EA mercurio 2. Reunión Mediciones homogeneidad	1/2 semana	Correos y demas

5. Conclusiones

- Se realizan actividades de revisión y elaboración de documentó.

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?

☒ **S** ☐ **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. 44818738

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 disminuir 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 Certificación o documento equival **Si** ☐

Crédito Compartido **Si** ☐ **No** ☐

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

Certificacion por concepto de Medicina Prepagada

Adjunto Certificación o documento equival **Si** ☐

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 22 dias del mes de Septiembre 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
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				1	0
					TOTAL A PAGAR	
2020-08	2020-08	I	28/08/2020	44818738	$306.100	

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	0	0	0	123.700	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	0	0		158.300	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	0	0	24.100			241	24.100	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	123.700
Pensión	1	158.300	158.300
Riesgos Laborales	1	24.100	24.100
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	306.100	306.100

PAGADA
44818738

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