



INSTITUTO NACIONAL DE MEDICINA LEGAL Y CIENCIAS FORENSES
SUBDIRECCIÓN ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA FORMATO UC - 001
LIQUIDACIÓN DE IMPUESTOS

DEPENDENCIA: **REGIONAL NORTE - BARRANQUILLA**

BENEFICIARIO: **FRANCY CATHERINE PINTO ALVARADO**

NIT: **1.018.492.500**

CONTRATO Y/O ORDEN DE COMPRA No. **0057-SG-2025**

OBJETO DEL CONTRATO: **PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES PARA REALIZAR EVALUACIONES DE VALORIZACION DEL RIESGO EN VICTIMAS DE VIOLENCIA BASADA EN GENERO Y DAR CUMPLIMIENTO A LAS ACTIVIDADES DEL PROYECTO DE INVERSION ENMARcado EN LA LEY DE VICTIMA**

FACTURA (s) **003**

PERIODO FACTURADO

MAYO DE 2025

SITIO DE ENTREGA DEL BIEN O SERVICIO:

RIOHACHA

NÚMERO DE COMPROMISO

194425

ANTICIPO SI () NO () Póliza:

IMPUESTOS		NOMBRE BENEFICIARIO DEL IMPUESTO	NIT DEL BENEFICIARIO	BASE DE LA RETENCION	TARIFA (%)	VALOR
VALOR FACTURA CON IVA						6.648.480,00
BASE DE RETENCIÓN						6.648.480,00
BASE IVA						0,00
RETEIVA 15%	Concepto:	Direccion Impuestos Y Aduanas Nacionales	800.197.268	0,00	0,0%	0,00
RETEFUENTE	Concepto:	Direccion Impuestos Y Aduanas Nacionales	800.197.268	6.648.480,00	0,0%	0,00
RETEICA-Servicio	Act 8699 Cod 304	Alcaldia Riohacha	892.115.007	5.825.580,00	0,40%	23.302,00
RETEICA					0,00%	0,00
RETEICA					0,00%	0,00
Estampillas Pro-Hospitales Universitarios-Dpto Magdalena					0,0%	0,00
CONTRIBUCION 5% CONTR. OBRA					0,0%	0,00
TASA BOMBERIL					0,0%	0,00
OTROS DESCUENTOS						0,00
TOTAL DESCUENTOS						23.302,00
TOTAL A PAGAR						6.625.178,00

Observaciones:

Prestaciones de Servicios Profesionales

Realizado por


Alfredo Bolivar

Aprobo


Sandra Ferreira

- 1) Cuando no aplique el descuento de ICA, efectuar la respectiva anotación al lado del beneficiario.
- 2) Especificar en los contratos de prestación de servicios, si se trata de profesional o auxiliar.

	INSTITUTO NACIONAL DE MEDICINA LEGAL Y CIENCIAS FORENSES	
	INFORME DE SUPERVISIÓN / INTERVENTORÍA	Código del formato: DG-A-P-114-F-002
		Versión: 02
		Página 1 de 7

1º. INFORMACIÓN GENERAL DEL CONTRATO/CONVENIO					
No. DE CONTRATO/CONVENIO:		057-SG-2025			
OBJETO DEL CONTRATO/CONVENIO:		PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES PARA REALIZAR EVALUACIONES DE VALORACION DEL RIESGO EN VÍCTIMAS DE VIOLENCIA BASADA EN GÉNERO Y DAR CUMPLIMIENTO A LAS ACTIVIDADES DEL PROYECTO DE INVERSIÓN ENMARcado EN LA LEY DE VICTIMAS.			
CONTRATISTA/ASOCIADO:		FRANCY CATHERINE PINTO ALVARADO			

2º. INFORMACIÓN DE LA EJECUCIÓN					
PLAZO DE EJECUCIÓN: Como lo determine el contrato electrónico		MESES:	DÍAS:		282
No. Certificado de Disponibilidad Presupuestal – CDP En caso de que existan varios enumerarlos en forma descendente		63125	FECHA (DD/MM/AA)	12-03-2025	VALOR \$ 64.490.256,00
No. Registro Presupuestal del Compromiso - CRP En caso de que existan varios enumerarlos en forma descendente		194425	FECHA (DD/MM/AA)	25-03-2025	VALOR \$ 61.166.016,00
APROBACIÓN DE LA GARANTIA Marque con una X, según corresponda (según aplique) En caso de que existan varios enumerarlos en forma descendente		SI	NO		Fecha de aprobación: (DD/MM/AA)
		X			25/03/2025
FECHA DE INICIO (DD/MM/AA)		25/03/2025		FECHA DE TERMINACIÓN (DD/MM/AA)	31/12/2025
Nota. Recuérdese que esta fecha, para los contratos de prestación de servicios profesionales/apoyo a la gestión, debe ser la concomitante o posterior de la última actuación entre: 1) Aprobación de garantía; 2) Registro Presupuestal del Compromiso; y 3) Afiliación a la ARL.					

3º. DATOS DE LA SUPERVISIÓN/INTERVENTORIA	
NOMBRE DEL SUPERVISOR O INTERVENTOR (según aplique)	MARIA ISABEL SMITH ROVIRA
IDENTIFICACIÓN (número de identificación) DEL SUPERVISOR O INTERVENTOR (según aplique)	52.260.615
CARGO DEL SUPERVISOR O NÚMERO CONTRATO INTERVENTOR (según aplique)	Directora Regional Norte (E)

4º. TIPO DE INFORME			
Marque con una X, según corresponda			
Informe Parcial/ mensual	X	Informe Final	Informe Postcontractual

5º. PERÍODO REPORTADO			
Desde (DD/MM/AA)	01-05-25	Hasta (DD/MM/AA)	31-05-25

6º. VERIFICACIÓN/SEGUIMIENTO DE OBLIGACIONES DEL CONTRATO/CONVENIO ELECTRÓNICO	
El supervisor o interventor deberá registrar el cumplimiento de las obligaciones contractuales pactadas, de acuerdo al Numeral 5 "Documentos del contrato" – Estudios Previos (SECOP), y a los Estudios previos debidamente adjuntos a la orden de compra (TIENDA VIRTUAL)	

OBLIGACIONES GENERALES				
(Transcriba cada una de obligaciones generales, de acuerdo al estudio previo y contrato/convenio electrónico, en forma descendente) – recuérdese que, en el caso de Órdenes de compra, las obligaciones deben ser transcritas del AMP.				
No.	Obligación	Cumplimiento		Observaciones
		Marque con una X, según corresponda		
		SI	NO	
1	Reportar al supervisor del contrato las novedades que se presenten en el desarrollo de sus actividades y tomar las medidas pertinentes para atender adecuada y oportunamente la prestación del servicio.	X		Sin novedad
2	Participar en las diferentes reuniones que se realicen y se relacionen con el desarrollo del objeto del presente contrato, cuando aplique.	X		Sin novedad
3	Responder por la custodia debida de la información, tanto documental como digital, que por sus actividades tenga a su disposición, durante la ejecución del contrato.	X		Sin novedad



INSTITUTO NACIONAL DE MEDICINA LEGAL Y CIENCIAS FORENSES

INFORME DE SUPERVISIÓN / INTERVENTORÍA

Código del formato: DG-A-P-114-F-002

Versión: 02

Página 2 de 7

4	Asistir a los eventos de socialización de procedimientos institucionales programados por el Instituto, cuando aplique.	X		Sin novedad
5	Conocer y cumplir con los procedimientos, manuales e instructivos establecidos por el Instituto.	X		Sin novedad
6	Responder por el adecuado manejo y uso de los implementos de oficina, de equipos de cómputo y demás herramientas tecnológicas que por sus actividades tenga a su disposición, así como adoptar mecanismos para evitar deterioro y/o pérdida de los mismos.	X		Sin novedad
7	Desplazarse dentro del territorio nacional a realizar actividades enmarcadas dentro del objeto contractual, en caso de requerirse, los gastos de viaje y transporte serán sufragados por el Instituto, cuando aplique.	X		Sin novedad
8	Cumplir con la aplicación del esquema completo de las vacunas que se requieran para el cumplimiento de sus obligaciones y asumir el costo de las mismas, cuando aplique.	X		Se evidencia esquema de vacunas en los documentos del contrato
9	Suscribir el acta de confidencialidad y conflictos de intereses, en caso de requerirse, cuando aplique.	X		Se suscribió el acta
10	Acreditar mediante certificación de pago, el cumplimiento de las obligaciones del Sistema General de Seguridad Social en Salud, de acuerdo con lo estipulado en la normatividad vigente, en materia de seguridad social (artículo 50 de la Ley 789 de 2002).	X		Se evidencia pago a sistema general de seguridad social
11	Entregar copia del Registro de Información Tributaria RIT emitido por la secretaria de hacienda distrital, municipal o departamental (según aplique) donde se presta el servicio.	X		Sin novedad
12	Constituir la garantía única de cumplimiento de obligaciones contractuales de acuerdo con los términos y condiciones pactadas en el contrato.	X		Se evidencia póliza y aprobación
13	Colaborar en los planes de contingencia inmediatos o programados	X		Sin novedad
14	Practicarse un examen pre ocupacional a su costa y remitir el certificado vigente	X		Documentos aportados etapa precontractual
15	Denunciar cualquier hecho irregular que conozca, con ocasión de las actividades contractuales al supervisor del contrato.	X		Sin novedad
16	Cumplir con las indicaciones, recomendaciones y/o sugerencias impartidas por el supervisor.	X		Sin novedad
17	Informar oportunamente de cualquier petición y/o amenaza de quien actuando por fuera de la ley pretenda obligarlo a hacer u omitir algún acto u ocultar hechos que afecten los intereses del Instituto.	X		Sin novedad
18	Realizar y entregar los informes administrativos y de cumplimiento de las obligaciones mensuales y/o que le sean solicitados por el supervisor del contrato, durante la ejecución y al finalizar el mismo.	X		Sin novedad
19	Utilizar los elementos de protección personal establecidos por la Entidad, en cumplimiento del Decreto 1072 de 2015, y la Resolución 312 de 2019 del Instituto	X		Sin novedad
20	Responder civil y penalmente por sus acciones y omisiones durante la actuación contractual, de conformidad con el artículo 52 de la Ley 80 de 1993.	X		Sin novedad
		X		



INSTITUTO NACIONAL DE MEDICINA LEGAL Y CIENCIAS FORENSES

INFORME DE SUPERVISIÓN / INTERVENTORÍA

Código del formato: DG-A-P-114-F-002

Versión: 02

Página 3 de 7

21	Informar de forma trimestral sobre la configuración de posible inhabilidades e incompatibilidades o conflicto de interés, su pertenencia a grupos empresariales, sociedades o, diferentes actividades que puedan verse comprometidas y relacionadas con el desarrollo de su actividad contractual.			Sin novedad
22	Realizar las demás actividades que le sean asignadas por el supervisor que guarden relación con el objeto del contrato.			Sin novedad

OBLIGACIONES ESPECÍFICAS

(Transcriba cada una de las obligaciones específicas de acuerdo al estudio previo y contrato/convenio electrónico, en forma descendente) – recuérdese que, en el caso de Órdenes de compra, las obligaciones deben ser transcritas del AMP.

No.	Obligación	Cumplimiento		Observaciones
		Marque con una X, según corresponda		
		SI	NO	
1	Cumplir con la valoración de cincuenta (50) usuarias mensualmente. En caso de asistir a actuaciones judiciales efectivas relacionadas con la valoración, cada una será equivalente a una valoración.	X		Oficio 00045 -DRNT-GRCPP -2025
2	Dar cumplimiento a las citaciones a audiencias por parte de las autoridades	X		Sin novedad
3	Cumplir con las valoraciones mensualmente de manera presencial o virtual solo en los casos que lo ameritan por dificultades debidamente justificadas y de acuerdo con las directrices del Grupo Nacional de Clínica Psiquiatría y Psicología Forense	X		Sin novedad
4	Recibir y analizar las solicitudes de evaluación de valoración del riesgo de los casos que se requiera en la Regional Norte, siguiendo todos los procedimientos y recomendaciones establecidas por el Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses.	X		Sin novedad
5	Recibir y mantener en custodia los expedientes y documentos anexos de cada caso, para lo cual deberá cumplir estrictamente con del manual del sistema de Cadena de Custodia establecidos por la Fiscalía General de la Nación, así como los procedimientos internos asociados con él, para el manejo de documentos, muestras y demás evidencias que le correspondan en el ejercicio de su actividad.	X		Sin novedad
6	Realizar las evaluaciones de valoración del riesgo, siguiendo los protocolos establecidos por el Grupo Nacional de Clínica, Psiquiatría y Psicología Forenses del Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses; aplicación de la escala de valoración de riesgo de violencia mortal, realización de la entrevista semi-estructurada de acuerdo con los criterios establecidos; contención en situación de crisis, si es necesario, tanto a la víctima como a su acompañante o grupo familiar "in situ"; elaboración con la víctima de plan de seguridad y/o recomendaciones de autocuidado y seguridad que incluyen: Activación de la red de apoyo familiar, institucional y social y movilización de las medidas de protección ante las instituciones competentes.	X		Sin novedad
7	Canalizar con los demás servicios del sistema interinstitucional de atención: salud, protección y justicia.	X		Sin novedad
8	Brindar orientación e información a la familia sobre el proceso de atención.	X		Sin novedad

**INSTITUTO NACIONAL DE MEDICINA LEGAL Y CIENCIAS FORENSES****INFORME DE SUPERVISIÓN / INTERVENTORÍA**

Código del formato: DG-A-P-114-F-002

Versión: 02

Página 4 de 7

9	Obtener la información de contexto realizando las entrevistas y consultas necesarias, elaborar el informe correspondiente diligenciando todos los formatos y registros de calidad.	X		Sin novedad
10	Entregar los documentos soporte y el informe de cada caso analizado con su firma al Director Regional o Seccional según corresponda.	X		Sin novedad
11	Realizar las evaluaciones de valoración de riesgo con la asignación establecida, en cumplimiento del objeto del contrato.	X		Sin novedad
12	Elaborar los informes y/o registros periódicos sobre el cumplimiento de sus obligaciones los cuales deben ser aprobados por el Director Regional o Seccional según corresponda.	X		Sin novedad
13	Guardar la debida reserva de la información y mantener la trazabilidad de los elementos que estén a su cargo para el desarrollo de las labores propias.	X		Sin novedad
14	Atender las ampliaciones, aclaraciones y/o adiciones solicitadas por las autoridades competentes respecto de los casos analizados.	X		Sin novedad
15	Comunicar al Instituto de cualquier situación que afecte la ejecución del contrato	X		Sin novedad
16	Cumplir con las demás actividades que sean necesarias y le asigne el supervisor del contrato	X		Sin novedad

7º. INFORMACIÓN SOBRE MODIFICACIONES AL CONTRATO

(Se diligencia atendiendo al numeral 1 "Información general" del contrato electrónico – Identificación del contrato: Versión del contrato, en concordancia con el numeral 8 "Modificaciones del Contrato" – SECOP; para el caso de Tienda Virtual, deberá revisar las modificaciones realizadas a la respectiva orden de compra)

Nº	Fecha de la Modificación (AAAA-MM-DD) (diligenciar en orden cronológico)	Tipo de modificación (identifíquelo con una X)								Plazo (meses o días) Total de Ejecución con Prórrogas, suspensiones y reinicios, a la fecha del informe	Valor Total con Adiciones y Reducciones a la fecha del informe
		Prórroga	Adición	Suspensión	Reinicio	Cesión	Reducciones	Terminación anticipada y liquidación	Otros (modificación de condiciones técnicas)		
No aplica	No aplica	No aplica	No aplica	No aplica	No aplica	No aplica	No aplica	No aplica	No aplica	No aplica	No aplica
No aplica	No aplica	No aplica	No aplica	No aplica	No aplica	No aplica	No aplica	No aplica	No aplica	No aplica	No aplica

8º. RELACIÓN DE ENTREGAS/CANTIDADES/ REGIONALES PARA BIENES O SERVICIOS (cuando aplique)

¿Los bienes recibidos tienen la misma presentación que la contratada?			Sí (será afirmativo cuando exista cláusula contractual que permita el cambio de presentación)		No (Justificación)	
					No aplica	
DESCRIPCIÓN (incluyendo presentación – revisar estudio previo- cuando aplique) DEL BIEN O SERVICIO		CANTIDADES		Relación de cantidades por sitio de entrega (Cuando exista regionalización)	Sitio de entrega (Regional, seccional, entre otros)	
		Contratadas (De acuerdo a lo determinado en el estudio previo)	Recibidas			

**INSTITUTO NACIONAL DE MEDICINA LEGAL Y CIENCIAS FORENSES****INFORME DE SUPERVISIÓN / INTERVENTORÍA**

Código del formato: DG-A-P-114-F-002

Versión: 02

Página 5 de 7

9º. SEGUIMIENTO DE INGRESO DEL ALMACÉN (cuando aplique)**ELEMENTOS RECIBIDOS EN ALMACÉN**

Nota. Recuerde que los servicios no tienen ingreso al almacén.

Sí**No**

No aplica

No aplica

FECHA DE INGRESO AL ALMACÉN (DD-MM-AA)

No aplica

SE ADJUNTA COMPROBANTE DE INGRESO DE ALMACÉN (Sí/No)

Nota. Cuando ingresen los elementos al almacén, se deberá adjuntar el comprobante de ingreso del Almacén General de Bogotá o del Almacén de la Regional (expedido/enviado por el coordinador/responsable de la mencionada unidad organizacional), el cual hará parte integral del presente informe.

No aplica

10º. SEGUIMIENTO DE BIENES ENTREGADOS EN DEPÓSITO A TERCEROS (cuando aplique)**Se entregaron bienes en depósito a terceros****Sí****No**

No aplica

No aplica

FECHA DE ENTREGA DE LOS BIENES EN DEPÓSITO A TERCEROS (DD-MM-AA)

No aplica

FECHA DE VENCIMIENTO DEL DEPÓSITO A TERCEROS (DD-MM-AA)

No aplica

FECHA EN LA CUAL SE ENVÍAN AL ALMACÉN LOS BIENES QUE ESTABAN EN DEPÓSITO A TERCEROS (DD-MM-AA)

No aplica

11º. SEGUIMIENTO DE EGRESO DEL ALMACÉN

Marque con una (x), que clase o tipo de elemento es:

Consumible:

☐

Devolutivo (aquellos que tienen placa):

☐**SE ADJUNTA COMPROBANTE DE EGRESO DE ALMACÉN (Sí/No)**

Nota. En caso de ser un elemento devolutivo, se deberá adjuntar el comprobante de egreso- salida del Almacén General de Bogotá o del Almacén de la Regional (expedido/enviado por el coordinador/responsable de la mencionada unidad organizacional), el cual hará parte integral del presente informe.

12º. CONTROL FINANCIERO DEL ANTICIPO (cuando aplique)**VALOR DEL ANTICIPO**

No aplica

ENUMERE CADA UNA DE LAS AMORTIZACIONES AL ANTICIPO

No aplica

VALOR AMORTIZADO

No aplica

13º. BALANCE FINANCIERO DEL CONTRATO/CONVENIO ELECTRÓNICO

(Para su diligenciamiento, revise en numeral 7- "Ejecución del Contrato" – Plan de Pagos y Balance de pagos y Balance de entregas, en el contrato/convenio electrónico – SECOP; para el caso de la Tienda Virtual, esta verificación la realizará sobre la orden de compra inicial y sus modificaciones)

VALOR INICIAL DEL CONTRATO/CONVENIO	\$ 61.166.016,00
VALOR ADICIONES	\$ 0
VALOR REDUCCIONES	\$ 0
VALOR FINAL DEL CONTRATO/CONVENIO A LA FECHA	\$ 61.166.016,00
VALOR TOTAL EJECUTADO A LA FECHA Relacione el valor ejecutado, de acuerdo con lo recibido a la fecha del informe, y lo indicado en el contrato/convenio.	\$
VALOR TOTAL FACTURADO A LA FECHA Relacione el valor facturado por el contratista, de acuerdo con el contrato/convenio, que no ha sido pagado.	\$
VALOR TOTAL PAGADO A LA FECHA Relacione el valor pagado de acuerdo al reporte SIIF	\$
VALOR PENDIENTE POR EJECUTAR	\$ 61.166.016,00
VALOR POR ANULAR <u>Este ítem "Solo se requiere para el informe final, y que el contrato/convenio se encuentre en trámite de liquidación"</u> Igualmente se deberá allegar la justificación de la anulación – en la cual se indique sobre el numeral 3- "Bienes y Servicios" a que ítem/items se aplicará la respectiva anulación, la aceptación del proveedor y el formato de anulación debidamente suscrito por el líder del proyecto.	\$0



INSTITUTO NACIONAL DE MEDICINA LEGAL Y CIENCIAS FORENSES

INFORME DE SUPERVISIÓN / INTERVENTORÍA

Código del formato: DG-A-P-114-F-002

Versión: 02

Página 6 de 7

Nota: Recuerde que esta información debe coincidir con el SECOP II / TIENDA VIRTUAL

14°. CERTIFICACIÓN AL CUMPLIMIENTO DE LOS REQUISITOS DE PAGO DEL CONTRATO/CONVENIO ELECTRÓNICO

En calidad de (supervisor o interventor) del contrato/convenio electrónico en mención, certifico:

- 1) Que se cumplieron las obligaciones contractuales pactadas con el Contratista en desarrollo del objeto y durante el periodo de ejecución del contrato, excepto el ítem 1 del numeral 2.9.2 "Obligaciones específicas" de los estudios previos, por lo cual se encuentra en trámite la modificación del contrato.
- 2) Que una vez verificados los documentos cargados por el Contratista, en el Sistema Electrónico de Contratación Pública – SECOP II / Tienda Virtual, para hacer exigible la obligación del pago, estos cumplen con los requerimientos determinados en el estudio previo y contrato/convenio electrónico.
- 3) Se tuvo en cuenta el Oficio 00045-DRNT-GRCP-2025 de fecha 8 de Julio de 2025, emitido por la coordinadora de Clínica Psicología y Psiquiatría.
- 4) Se encuentra en trámite una modificación, para implementar estrategias que garanticen el cumplimiento de la numeral 2.9.2 ítem 1 de los estudios previos.

Igualmente certifico que se verificó y que se encuentra cargado en el contrato/convenio del Sistema Electrónico de Contratación Pública – SECOP II / Tienda Virtual, la siguiente documentación:

	SI/NO APLICA
Factura o su equivalente	SI
Certificación/aportes de encontrarse al día en el Sistema de Seguridad Social y parafiscales	SI
Comprobante de ingreso al almacén (cuando aplique)	No aplica
Cronograma (cuando aplique)	No aplica
Otros	No aplica

La presente certificación se firma a los dieciséis (16) días del mes de Julio de 2025

15°. JUSTIFICACIÓN SOBRE ANULACIÓN DE SALDOS CONTRATO/CONVENIO

(Este numeral únicamente se deberá diligenciar para el informe final de supervisión/interventoría, siempre y cuando existan saldos pendientes por anular en el contrato/convenio que iniciará su liquidación)

Justificación

No aplica

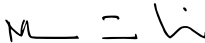
No.	Valor a anular \$	Ítem/ítems del contrato / convenio electrónico al cual se le anularán estos saldos (Para diligenciar este numeral deberá revisar el numeral 3- "Bienes y Servicios" del contrato electrónico, e identificar el ítem/ítems a anular)
No aplica	No aplica	No aplica
No aplica	No aplica	No aplica

Anexos.

Tipo de documento	SI/NO APLICA
Formato de anulación	No aplica
Aceptación del proveedor	No aplica
Otros	No aplica

16°. QUIEN SUSCRIBE EL INFORME

	INSTITUTO NACIONAL DE MEDICINA LEGAL Y CIENCIAS FORENSES	
	INFORME DE SUPERVISIÓN / INTERVENTORÍA	Código del formato: DG-A-P-114-F-002
		Versión: 02
		Página 7 de 7

NOMBRE Y APELLIDOS	MARIA ISABEL SMITH ROVIRA
CARGO	DIRECTORA REGIONAL NORTE (e)
 FIRMA	
Nota. El supervisor designado, con petición expresa a la ordenación del gasto, podrá solicitar apoyos a la supervisión; en estos casos el presente informe se suscribirá por la supervisión y sus apoyos.	

Proyectó: *Francy Catherine Pinto Alvarado* – Profesional valoración del riesgo - Contratista

Revisó: *María Isabel Smith Rovira* – Directora Regional Norte (E)

Aprobó: *María Isabel Smith Rovira* – Directora Regional Norte (E)

Nota. Recuerde que este formato deberá cargarse en el numeral 7 “Ejecución del contrato” - Plan de Pagos, previo a la aprobación de la factura o su equivalente y una vez revisado dichos valores.

CUENTA DE COBRO No. 003
INSTITUTO NACIONAL DE MEDICINA

LEGAL Y CIENCIAS FORENSES

Nit: 800.150.861-1

Debe a:

Francy Catherine Pinto Alvarado

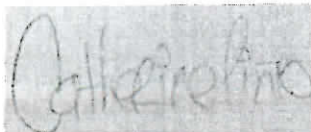
C.C. No 1.018.492.500

POR CONCEPTO DE: Prestación de servicios profesionales para realizar evaluaciones del riesgo en víctimas de violencia basada en género y dar cumplimiento a las actividades del proyecto de inversión enmarcado en la ley de víctimas, según contrato N.º 0057-SG-2025, correspondiente al periodo del 01 al 31 de mayo de 2025.

LA SUMA DE: \$6'648.480 (SEIS MILLONES SEISCIENTOS CUARENTA Y OCHO MIL CUANTROCIENTOS OCHENTA PESOS MCTE). Que serán depositados mediante consignación bancaria a la cuenta de Ahorros N.º 24122266256 Banco Caja Social.

Declaro que me encuentro al día en el pago de aportes a seguridad social y riesgos profesionales; que el último pago lo realicé el día 27 de mayo de 2025, según planilla 9486137970 correspondiente al periodo del 01 al 31 de mayo del 2025 (anexo copia).

Riohacha, junio 03 del 2025



FRANCY CATHERINE PINTO ALVARADO
CC 1.018.492.500 DE BOGOTÁ D.C.

ANEXO PLANILLA

INSTITUTO NACIONAL DE MEDICINA LEGAL Y CIENCIAS FORENSES REGIONAL NORTE
FRANCY CATHERINE PINTO ALVARADO
1.018.492.500

Digite los meses a los que corresponde el ingreso	Mes
1	Mayo de 2025
Valor UVT 2025	49.799

Categorías	Subtotales	Límites	Subtotales totales
------------	------------	---------	--------------------

1 Total pagos en el mes

Valor del ingreso por rentas de trabajo	6.648.480		6.648.480
Total Ingresos mes	6.648.480		6.648.480

Menos ingresos no constitutivos de renta (INCR)

Aportes obligatorios a Fondos de Pensiones (art. 55 ET)	425.600	Sin límites	425.600
Fondo de Solidaridad Pensional	-	Sin límites	-
Aportes vol. a fondos de pensiones oblig. (RAI) (Art. 55 ET)	-	25 % del ingreso laboral y hasta 2.500 UVT	-
Aportes obligatorios al sistema de salud (art. 56 ET)	332.500	Sin límites	332.500
Aportes a ARL	64.800		64.800
Total Ingresos no constitutivos de renta ni ganancia ocasional	822.900	-	822.900

Subtotales			
------------	--	--	--

2 Menos rentas exentas

Aportes a Fondos de Pensiones Voluntarias (art. 126-1 ET)	-	30% del ingreso tributario del año y hasta 3.800 UVT anuales (316,66 UVT Mensuales)	-
Aportes con destino a cuentas AFC (art 126-4 ET)	-		-
Total rentas exentas	-		-

Subtotales			
------------	--	--	--

3 Menos deducciones

Pago por medicina prepagada, planes adicionales de salud y pagos por seguros de salud	-		-
Seleccione "SI" si tiene derecho a dependientes (Art 387 ET)	NO	Hasta 10% de los ingresos brutos y hasta 32 UVT	-
Intereses por préstamos de vivienda (en proporción a los meses certificados)	-	100 UVT , promedio año anterior	-
Total deducciones	-		-

Subtotal (C)			5.825.580
--------------	--	--	-----------

Menos renta exenta -25% del subtotal (C) (Numeral 10 art. 208 ET)		790 UVT Anual	1.456.395
---	--	---------------	-----------

Límite del 40% sobre ingresos netos y hasta 1.340 UVT		2.330.232	1.456.395
---	--	-----------	-----------

Base gravable (ver tabla)			4.369.185
---------------------------	--	--	-----------

Valor retención en la fuente a practicar por el periodo (art. 383 ET)		\$	-
---	--	----	---



Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE								
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Telefono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1015442500		VINHO ALVARADO FRANCY CATHERINE	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	28 64 A 57 T 48 SUR	BOGOTA-BOGOTA D.E.	300.0332700	145
DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION								
Periodo	Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Valor
2025-05	2025-05	1510120442	3496137970	I	2025/05/04	2025/05/27	BANCO CAJA SOCIAL	\$832,900

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO			PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES			
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Dias	IBC	Aporte	
Asociados PRINCIPAL (1 Afiliados)					\$2,659,192	\$425,600			\$2,659,192	\$332,500			\$0	\$0			\$2,659,192	\$64,800		\$0	\$0	
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					\$2,659,192	\$425,600			\$2,659,192	\$332,500			\$0	\$0			\$2,659,192	\$64,800		\$0	\$0	
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)					\$2,659,192	\$425,600			\$2,659,192	\$332,500			\$0	\$0			\$2,659,192	\$64,800		\$0	\$0	
1	CC 1015442500	VINHO FRANCY	230301	30	\$2,659,192	\$425,600	075005	30	\$2,659,192	\$332,500	6	30	\$0	\$0	14-25	30	\$2,659,192	\$64,800	0	\$0	\$0	
Total Afiliados(1)					\$2,659,192	\$425,600			\$2,659,192	\$332,500			\$0	\$0			\$2,659,192	\$64,800		\$0	\$0	

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE								
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SEHA o ICBF
KX 3018402360		PINTO ALVARADO FRANCY CATHERINE	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	KR 14 A 57 T-45 SUR	BOGOTÁ-BOGOTÁ D.E.	3002332290	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo	Clave		Tipo	Fecha		Pago			
Pension	Salud	Pago	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor	
2025-05	2025-05	1510120402	9426112970	1	2025/05/04	2025/05/27	BANCO CAJA SOCIAL	0	\$422,900

RESUMEN DE PAGO									
RIESGO	CODIGO	NTC	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR	
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$425,600	\$0	\$0	\$425,600	
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	\$425,600	\$0	\$0	\$425,600	
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$64,800	\$0	\$0	\$64,800	
COLMENA	14-25	800,226,175	3	1	\$64,800	\$0	\$0	\$64,800	
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$332,500	\$0	\$0	\$332,500	
SANITAS	EP5005	800,251,140	6	1	\$332,500	\$0	\$0	\$332,500	
TOTAL				1	\$822,900	\$0	\$0	\$822,900	