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-INFORMACIÓN GENERAL DEL CONTRATO

No. NIT o CÉDULA:	1.030.597.688	CONTRATISTA:	GLORIA CECILIA MALAVER PEÑA				
CELULAR	3158089778						
CONTRATO No.:	INS-CPS-842-2025	FECHA INICIO:	18/12/2025	FECHA FINAL:	30/07/2026		
REGISTRO PRESUPUESTAL:	202825	VALOR HONORARIOS:	$ 5.900.000	PAGO NUMERO:	1	DE	8

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	SI	NO

		POR DIAS	CANTIDAD DE DIAS	HONORARIOS
INGRESOS HONORARIOS :	$ 5.900.000	NO		$ 5.900.000,00
IVA 19%				
INGRESOS POR DESPLAZAMIENTO:				
TOTAL INGRESOS BASE IMPUESTO:	$ 5.900.000	FACTURA:		FECHA:

3-LIQUIDACION DE PAGO A SEGURIDAD SOCIAL

		ENTIDAD PROMOTORA
TOTAL (IBC):	$ 2.360.000	
PENSION 16% (valor aporte):	$ 377.600	Protección
SALUD 12,5% (valor aporte):	$ 295.000	Nueva EPS
ARL RIESGO III 2,436% (valor aporte):	$ 57.500	ARL Sura
TOTAL PAGO AL SISTEMA G.S.S.I.:	$ 730.100	

PAGO PLANILLA			
ANTICIPADO			
PLANILLA DE PAGO No.	92328744	FECHA	12/12/2025
PLANILLA DE PAGO AJUSTE (Si aplica)			

Realice Aportes Voluntarios al Fondo de Pensiones Obligatorias de acuerdo al Articulo 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, Articulo 9 y 11)	NO

DERECHOS DE DEDUCCIÓN	VALOR	MES	VALOR A DEDUCIR
a. % INTERESES POR PRESTAMOS DE VIVIENDA: limte max. Mensual 100 uvt 4.979.900, correspondiente al año inmediatamente anterior.		1	-
b. PREPAGADA o SEGURO SALUD O PLAN COMPLEMENTARIO: limte max. Mensual 16 uvt 796.784, correspondiente al año inmediatamente anterior.		1	-
c. DEPENDIENTE: limte max. Mensual 32 uvt 1.593.568 correspondiente al mes pagado	NO		-
d. APORTES: (Volunt. Pensiones) voluntarias No superior al 30% de los ingresos correspondiente al mes pagado 3800/189.236.200			-
e. APORTES: (AFC) No superior al 30% de los ingresos correspondiente al mes pagado 189.236.200			
DERECHOS DE DEDUCCIÓN	VALOR	$	-

CONCEPTO	BASE	TARIFA	%
RETEICA	$ 5.227.400	0,766%	$ 40.042
RETEFUENTE	$ 3.877.425	77,86	$ -
RETEIVA			0
TOTAL IMPUESTO		$	40.041,88
TOTAL A PAGAR		$	5.859.958,12

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 cumplio 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	EDWIN MELO GONZALEZ	Nombre supervisor	
Cargo	COORDINADOR	Cargo	
Dependencia	EQUIPOS DE LABORATORIO	Dependencia	

6- INFORMACION RADICACION Y OBLIGACION

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

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	1030597688	GLORIA CECILIA MALAVER PEÑA	Calle 57h N 68D-75	9080894	gloriamalaver.biomedica@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	CANTIDAD UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2025-12	2025-12	I	12/12/2025	92328744	$730.100	

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					
EPS037	Nueva EPS	900156264-2	295.000	0		0		0	0	0	0	295.000	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
230201	Proteccion (ING + Proteccion)	800229739-0	377.600	0	0	0	0	0	0		377.600	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										
14-11	ARL SURA	890903790-5	57.500				57.500	0	0	57.500			575	57.500	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	295.000	295.000
Pensión	1	377.600	377.600
Riesgos Laborales	1	57.500	57.500
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	730.100	730.100

PAGADA

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

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	1030597688	GLORIA CECILIA MALAVER PEÑA		Calle 57h N 68D-75	9080894	gloriamalaver.biomedica@gmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	**CLASE APORTANTE**	**NOMBRE SUCURSAL**	**CÓDIGO**	**DEPARTAMENTO**	**CIUDAD / MUNICIPIO**	**EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD**
ÚNICA	I – Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	NO

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2025-12	2025-12	I	12/12/2025	92328744	$730.100	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE									INFORMACIÓN NOVEDADES																		PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES				
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Colom. exterior	Estornudo	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntario Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
1	CC	1030597688	MALAVER PEÑA GLORIA CECILIA	59	0			N																	230201	2.360.000	377.600	0	0	0	0	EPS037	2.360.000	295.000	14-11	2.360.000	3	57.500		0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

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

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

DECLARACION JURAMENTADA

Yo, **GLORIA CECILIA MALAVER PEÑA** , identificado con **Cédula de Ciudadanía** No. **1.030.597.688** de **BOGOTÁ** , me permito declarar que mi vinculo actual con el Instituto Nacional de Salud es mediante: **Contrato de Prestación de Servicios** , con contrato número INS-CPS-842-2025

CERTIFICO QUE:

Declara costos y deducciones asociados al ingreso en la declaración de renta (Decreto 2231 del 22 de diciembre de 2023, Articulo 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 Articulo 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 Articulo 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 ciudadania 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 ciudadania, el Ministerio de Salud y Protección Social o la entidad determinada por las normas vigentes).* ° 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 ciudadania, 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) .*	**NO**

Relación de Dependientes

Tipo Doc.	Numero de Documento	Nombres y apellidos	Edad	Parentesco

La anterior se firma el 19 del mes 12 del año 2025

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.

NOMBRE 2

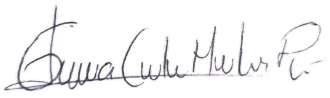
NUMERO DE CONTRATO	INS-CPS-842-2025	**NOMBRE DEL CONTRATISTA**	*GLORIA CECILIA MALAVER PEÑA*		
OBJETO DEL CONTRATO	Prestar servicios profesionales de apoyo a la Dirección de Investigación en Salud Pública, desde el Grupo de Equipos de Laboratorio y Producción (GELP), mediante la revisión de informes, gestión de servicios y seguimiento a las actividades de aseguramiento metrológico de los equipos de laboratorio del INS, con el fin de garantizar su correcto funcionamiento, la continuidad operativa y el cumplimiento de los estándares de calidad.				
PERIODO DEL INFORME	**DESDE:**	**DICIEMBRE 2025**		**HASTA:**	**DICIEMBRE 2025**

DESCRIPCIÓN DEL AVANCE

Producto solicitado	Actividad desarrollada	Producto recibido
Identificación de necesidades y elaboración de fichas técnicas para los equipos que requieren servicios de metrología y suministro de repuestos para el año 2026.	Se elabora ficha técnica de necesidades de contratación de OCM para el período diciembre 2025- julio 2026, consolidando el listado de equipos a intervenir y definiendo la cantidad de rutinas requeridas, para las siguientes familias de equipos de la Dirección de Investigación en Salud Pública del INS: **CITOMETRO** ✓ BECTON DICKINSON **METLER TOLEDO** ✓ POTENCIOMETROS Y BALANZAS **APLIED** ✓ TERMOCICLADOR EN TIEMPO REAL **PROMEGA Y LEICA** ✓ MICROTOMO ✓ VIBRATOMO ✓ CORTADOR DE CUCHILLAS ✓ EQUIPO DE EXTRACCIÓN AUTOMATIZADO ✓ LECTOR DE PLACAS ELISA **TAPE STATION** ✓ EQUIPO DE ELECTROFORESIS AUTOMATIZADA **OLYMPUS** ✓ MICROSCOPIO BINOCULAR **CARL ZEISS** ✓ MICROSCOPIO **BIONEER**	Fichatécnica_Necesidades_DISP.pdf

	✓ SISTEMA AUTOMATIZADO DE EXTRACCIÓN DE ACIDOS NUCLEICOS ✓ SISTEMAS DE PREPARACION DE LIBRERÍA DNA, SECUENCIADOR GENETICO **BIO-RAD** ✓ SECADOR DE GELES ✓ TERMOCICLADOR ✓ MICROFILTRADOR ✓ FOTODOCUMENTADOR ✓ AGITADOR ✓ LECTOR DE IMAGEN GEL DOC XR FOTODOCUMENTADOR ESPECTROFOTOMETRO. **CABINAS** ✓ CABINA DE FLUJO LAMINAR ✓ CABINA DE BIOSEGURIDAD ✓ CABINA DE PCR **VOLUMETRICOS** ✓ MICROPIPETAS MONOCANAL ✓ MICROPIPETAS MULTICANAL ✓ DISPENSADORES ✓ PIPETEADOR **BALANZAS** ✓ BASCULA DE PISO ✓ BALANZA PESA BEBE ✓ BALANZA ELECTRÓNICA ✓ BALANZA MECÁNICA TRIPLE BRAZO ✓ BALANZA ANALÍTICA	

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



Gloria Cecilia Malaver Peña

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA

(1) Contrato No.	INS-CPS-842-2025		
(2) Nombre del Contratista:		*GLORIA CECILIA MALAVER PEÑA*	
(3) Cargo del supervisor:	COORDINADOR GRUPO EQUIPOS DE LABORATORIO Y PRODUCCIÓN		
(4) Interventoría si ☐ no ☒ Nombre:	No aplica		
(5) Correo del supervisor y/o del Interventor (si aplica)		**emelo@ins.gov.co**	
(6) Objeto del contrato:	Prestar servicios profesionales de apoyo a la Dirección de Investigación en Salud Pública, desde el Grupo de Equipos de Laboratorio y Producción (GELP), mediante la revisión de informes, gestión de servicios y seguimiento a las actividades de aseguramiento metrológico de los equipos de laboratorio del INS, con el fin de garantizar su correcto funcionamiento, la continuidad operativa y el cumplimiento de los estándares de calidad.		
(7) Fecha de inicio:	*2025-12-18*	**(8) Fecha terminación:**	*2026-07-30*
(9) Período objeto del informe:	**Diciembre 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
Identificación de necesidades y elaboración de fichas técnicas para los equipos que requieren servicios de metrología y suministro de repuestos para el año 2026.	*Se elabora ficha técnica de necesidades de contratación de OCM para el período diciembre 2025- julio 2026, consolidando el listado de equipos a intervenir y definiendo la cantidad de rutinas requeridas, para las siguientes familias de equipos de la Dirección de Investigación en Salud Pública del INS:* **CITOMETRO** ✓ *BECTON DICKINSON* **METLER TOLEDO** ✓ *POTENCIOMETROS Y BALANZAS* **APLIED** ✓ *TERMOCICLADOR EN TIEMPO REAL* **PROMEGA Y LEICA** ✓ *MICROTOMO* ✓ *VIBRATOMO* ✓ *CORTADOR DE CUCHILLAS* ✓ *EQUIPO DE EXTRACCIÓN AUTOMATIZADO* ✓ *LECTOR DE PLACAS ELISA* **TAPE STATION** ✓ *EQUIPO DE ELECTROFORESIS AUTOMATIZADA* **OLYMPUS** ✓ *MICROSCOPIO BINOCULAR* **CARL ZEISS** ✓ *MICROSCOPIO* **BIONEER** ✓ *SISTEMA AUTOMATIZADO DE EXTRACCIÓN DE ACIDOS NUCLEICOS* ✓ *SISTEMAS DE PREPARACION DE LIBRERÍA DNA, SECUENCIADOR GENETICO* **BIO-RAD** ✓ *SECADOR DE GELES* ✓ *TERMOCICLADOR* ✓ *MICROFILTRADOR* ✓ *FOTODOCUMENTADOR*	*Fichatécnica_Necesidades_DISP.pdf*	*Sin novedad*

	✓ *AGITADOR* ✓ *LECTOR DE IMAGEN GEL DOC XR FOTODOCUMENTADOR ESPECTROFOTOMETRO.* **CABINAS** **VOLUMETRICOS** ✓ *MICROPIPETAS MONOCANAL* ✓ *MICROPIPETAS MULTICANAL* ✓ *DISPENSADORES* ✓ *PIPETEADOR* **BALANZAS** ✓ *BASCULA DE PISO* ✓ *BALANZA PESA BEBE* ✓ *BALANZA ELECTRÓNICA* ✓ *BALANZA MECÁNICA TRIPLE BRAZO* ✓ *BALANZA ANALÍTICA*		

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*	*Retraso en la entrega de productos por circunstancias ajenas a la voluntad del contratista*	*Demora en la ejecución del objeto contractual*	*Supervisor*	*Inicio de ejecución*	*Fin de ejecución + 4 meses mas*	*Informe de supervisión mensual*	*Mensual*	*No hubo Retraso en la entrega de productos*
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*	*No hubo defectos en los resultados del producto*
3	*General*	*Externo*	*Ejecución*	*Riesgos Operacionales*	*Cambios regulatorios en materia administrativa, tributaria y/o normativa, relacionados con el objeto contractual*	*Retraso en el cumplimiento de las obligaciones y/o en el plazo establecido para la ejecución del contrato*	*Supervisor*	*Inmediato, una vez se presente el evento*	*Una vez se realicen los ajustes requeridos para hacer posible la ejecución del contrato*	*Seguimiento a las nuevas actividades establecidas para el contrato*	*Mensual*	*No hubo Cambios regulatorios en materia administrativa, tributaria y/o normativa, relacionados con el objeto contractual*
% DE AVANCE ACUMULADO										**12,5%**		

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

1. El/La Contratista 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 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.

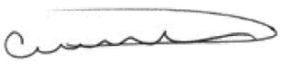
4. Aprueba los informes, productos y demás documentos presentados y entregados por El/La Contratista durante el periodo mencionado en desarrollo de las obligaciones pactadas en el Contrato en mención.

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.

(12) OBSERVACIONES:	(INCLUIR INFORMACIÓN RELEVANTE NO DESCRITA EN OTRO ACÁPITE, SOLO SI APLICA, NO ES NECESARIO REITERAR INFORMACIÓN)

(13) En constancia, firmo:



EDWIN ALBERTO MELO GONZALEZ

COORDINADOR GRUPO EQUIPOS DE LABORATORIO Y PRODUCCIÓN

(14) Lugar y Fecha: Bogotá, D. C., DICIEMBRE 2025