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	1003634239	KAREN GISELA SALAZAR DIAZ	Carrera 75 # 62 i 76 sur	4818387	karensanabria2109@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	
2025-11	2025-11	I	25/11/2025	91740353	$440.500	

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					
EPS002	Salud Total EPS	800130907-4	178.000	0		0		0	0	0	0	178.000	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
25-14	Colpensiones	900336004-7	227.800	0	0	0	0	0	0		227.800	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	34.700				34.700	0	0	34.700			347	34.700	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	178.000	178.000
Pensión	1	227.800	227.800
Riesgos Laborales	1	34.700	34.700
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	440.500	440.500

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	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	1003634239	KAREN GISELA SALAZAR DIAZ	Carrera 75 # 62 i 76 sur	4818387	karensanabria2109@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
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2025-11	2025-11	I	25/11/2025	91740353	$440.500	

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	Estudiante	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	1003634239	SALAZAR DIAZ KAREN GISELA	59	0			N																	25-14	1.423.500	227.800	0	0	0	0	EPS002	1.423.500	178.000	14-23	1.423.500	3	34.700		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 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:	1.003.634.239	CONTRATISTA:	KAREN GISELA SALAZAR DIAZ				
CELULAR	3015543317						
CONTRATO No.:	INS-CPS-1076-2025	FECHA INICIO:	29/12/2025	FECHA FINAL:	31/07/2026		
REGISTRO PRESUPUESTAL:	221725	VALOR HONORARIOS:	$ 2.442.000	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
APOYO	NO	NO	SI	NO

		POR DIAS	CANTIDAD DE DIAS	HONORARIOS
INGRESOS HONORARIOS :	$ 2.442.000	NO		$ 2.442.000,00
IVA 19%				
INGRESOS POR DESPLAZAMIENTO:				
TOTAL INGRESOS BASE IMPUESTO:	$ 2.442.000	FACTURA:		FECHA:

3-LIQUIDACION DE PAGO A SEGURIDAD SOCIAL

		ENTIDAD PROMOTORA
TOTAL (IBC):	$ 1.423.500	
PENSION 16% (valor aporte):	$ 227.800	Colpensiones
SALUD 12,5% (valor aporte):	$ 178.000	Salud Total SA
ARL RIESGO III 2,436% (valor aporte):	$ 34.700	Positiva Compañía de Seguros
TOTAL PAGO AL SISTEMA G.S.S.I.:	$ 440.500	

PAGO PLANILLA	VENCIDO		
PLANILLA DE PAGO No.	91740353	FECHA	25/11/2025
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	$ 2.442.000	0,866%	$ 21.148
RETEFUENTE	$ 1.831.500	36,78	$ -
RETEIVA			0
TOTAL IMPUESTO			$ 21.147,72
TOTAL A PAGAR			$ 2.420.852,28

RETEFUENTE VOLUNTARIA		

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

Karen Salazar

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.

F. Mujica

Nombre supervisor	Farith Mujica	Nombre supervisor	
Cargo	Profesional Responsable Proceso	Cargo	
Dependencia	cion de Produccion y desarrollo tecno	Dependencia	

6- INFORMACION RADICACION Y OBLIGACION

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

(1) Contrato No.	**INS-CPS-1076-2025**		
(2) Nombre del Contratista:	KAREN GISELA SALAZAR DIAZ		
(3) Cargo del supervisor:	Profesional Grupo de producción y desarrollo tecnológico		
(4) Interventoría si ☐ no ■ Nombre:	N.A		
(5) Correo del supervisor y/o del Interventor (si aplica)	**fmujica@ins.gov.co**		
(6) Objeto del contrato:	Prestar servicios de apoyo asistencial en las actividades relacionadas con el alistamiento de áreas, equipos e insumos requeridos para garantizar las actividades requeridas del grupo de producción Desarrollo Tecnológico		
(7) Fecha de inicio:	2025-12-22	**(8) Fecha terminación:**	2026-07-31
(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
1. Informe de la realización y registro de las limpiezas de las áreas externas de la planta de sueros, en cumplimiento de lo establecido en la documentación vigente ante el SIG.	Se apoyo con los aseos correspondientes a bodega, piso técnico, sistema de aire comprimido, ventilación, áreas externas .realizando los registros correspondientes.	Registros de limpieza	**N.A**

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	Retardo en la entrega de productos por circunstancias ajenas a la volundad del contratista	Demora en la ejecución del objeto contractual	Supervisor	Inicio de ejecución	Fin de ejecución + 4 meses mas	Informe de supervisión mensual	Mesual	Se entregaron los productos del contrato programados por lo cual no se materializo el riesgo.
2	General	Externo	Ejecución	Riesgos Operacionales	Posibles accidentes durante el desarrollo de las obligaciones	Demora en la ejecución del objeto contractual	Supervisor	Inicio de ejecución	Fin de ejecución + 4 meses mas	Informe de supervisión mensual	Mesual	No hubo ningún accidente durante el presente mes por lo cual no se materializo el riesgo.
3	General	Externo	Ejecución	Riesgos Regulatorios	Cambios regulatorios en materia administrativa 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 requridos para hacer posible la ejecución del contrato	Seguimiento a las nuevas actividades establecidas para el contrato	Mensual	No se presentaron cambios regulatorios en materia normativa o administrativa, por lo cual no se manifestó el riesgo.
% 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 KAREN GISELA SALAZAR DIAZ 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 KAREN GISELA SALAZAR DIAZ 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 KAREN GISELA SALAZAR DIAZ 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:



FARITH MUJICA

NOMBRE Y FIRMA Supervisor (es)/Interventor (es)

(14) Lugar y Fecha: Bogotá, D. C, 2025-12

Instituto Nacional de Salud	PROCESO - ADQUISICION DE BIENES Y SERVICIOS	INFORME DE AVANCE CONTRATISTAS DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES O APOYÓ A LA GESTIÓN	Versión 03
			2022-08-19
		FOR-A02.0000-029	Página 1 de 1

NUMERO DE CONTRATO	**INS-CPS-1076-2025**	**NOMBRE DEL CONTRATISTA**	KAREN GISELA SALAZAR DIAZ		
OBJETO DEL CONTRATO	Prestar servicios de apoyo asistencial en las actividades relacionadas con el alistamiento de áreas, equipos e insumos requeridos para garantizar las actividades requeridas del grupo de producción Desarrollo Tecnológico				
PERIODO DEL INFORME	**DESDE:**	2025-12	**HASTA:**	2025-12	

DESCRIPCIÓN DEL AVANCE

1. Informe de la realización y registro de las limpiezas de las áreas externas de la planta de sueros, en cumplimiento de lo establecido en la documentación vigente ante el SIG.

   Se apoyo con los aseos correspondientes a bodega, piso técnico, sistema de aire comprimido, ventilación, áreas externas .realizando los registros correspondientes.

Karen Salazar

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA