

TIPO DE CERTIFICACION: 
 CESION: 
 FEI: 
 SGR:

**1-INFORMACION GENERAL DEL CONTRATO**

No. NIT o CÉDULA: 
 CONTRATISTA:

CELULAR:

CONTRATO No.: 
 FECHA INICIO: 
 FECHA FINAL:

REGISTRO PRESUPUESTAL: 
 VALOR HONORARIOS: \$ 
 PAGO NUMERO:  DE

**2- RESUMEN VALORES GENERADOS EN EL PERÍODO OBJETO DE PAGO**

TIPO CONTRATO:	DECLARA RENTA:	PENSIONADO:	ANEXO CERTIFICADO DE INGRESOS	RESPONSABLE DE IVA
PROFESIONAL	SI	NO	NO	NO

INGRESOS HONORARIOS:	\$	7.783.600	POR DÍAS	CANTIDAD DE DÍAS	HONORARIOS
INGRESOS POR DESPLAZAMIENTO:	\$		NO		\$ 7.783.600,00
TOTAL INGRESOS BASE IMPUESTO:	\$	7.783.600	FACTURA:	<input type="text"/>	FECHA:

**3-LIQUIDACION DE PAGO A SEGURIDAD SOCIAL**

TOTAL (IBC):	\$	3.113.400	ENTIDAD PROMOTORA		
PENSION 16% (valor aporte):	\$	498.100	Protección	PAGO PLANILLA	
SALUD 12,5% (valor aporte):	\$	389.200	E.P.S Sanitas	ANTICIPADO	
ARL RIESGO III 2,436% (valor aporte):	\$	75.800	ARL Sura	6008009570	6/03/2026
TOTAL PAGO AL SISTEMA G.S.S.I.:	\$	963.100		6013175535	27/03/2026

PLANILLA DE PAGO AJUSTE (Si aplica)

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)

**4-DATOS DE RETENCION Y NETO A PAGAR**

Se encuentra inscrito en el Régimen Simple de Tributación - RST (Adjuntar RUT actualizado (NO MAYOR A 180 DÍAS))

Declara costos y deducciones asociados al ingreso en la declaración de renta (Decreto 2231 del 22 de diciembre de 2023, Artículo 9 y 11)

DERECHOS DE DEDUCCIÓN	VALOR	MES	VALOR A DEDUCIR
a. % INTERESES POR PRESTAMOS DE VIVIENDA: límite max. Mensual 100 uvt 5.237.400, correspondiente al año inmediatamente anterior.		1	-
b. PREPAGADA o SEGURO SALUD O PLAN COMPLEMENTARIO: límite max. Mensual 16 uvt 837.984, correspondiente al año inmediatamente anterior.		1	-
c. DEPENDIENTE: límite max. Mensual 32 uvt 1.675.968 correspondiente al mes pagado	SI		778.360
d. APORTES: (Volunt. Pensiones ) voluntarias No superior al 30% de los ingresos correspondiente al mes pagado 3800/199.021.200	-		
e. APORTES: (AFC) No superior al 30% de los ingresos correspondiente al mes pagado 199.021.200			
<b>DERECHOS DE DEDUCCIÓN</b>	<b>VALOR</b>	<b>\$</b>	<b>778.360,00</b>

CONCEPTO	BASE	TARIFA	%
RETEICA	\$ 6.896.300	0,766%	\$ 53.000
RETEFUENTE	\$ 4.531.605	-	\$ -
RETEIVA	-	0%	
<b>TOTAL IMPUESTO</b>			<b>\$ 53.000</b>
<b>TOTAL A PAGAR</b>			<b>\$ 7.730.600,00</b>

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

  
 FIRMA CONTRATISTA

El supervisor del contrato certifica que el contratista cumplió 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:   
 Cargo:   
 Dependencia:

Nombre supervisor: \_\_\_\_\_  
 Cargo: \_\_\_\_\_  
 Dependencia: \_\_\_\_\_

**6-INFORMACION RADICACION Y OBLIGACION**

Radicado No: \_\_\_\_\_
 Obligación No: \_\_\_\_\_

Fecha radicado No: \_\_\_\_\_
 Fecha Radicación (SIF): \_\_\_\_\_

## 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:	1016034802	NÚMERO PLANILLA:	<b>6008009570</b>	TIPO DE PLANILLA:	I-INDEPENDIENTES
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:	BOGOTA DISTRITO CAPITAL	DEPARTAMENTO:	ANYELITH KATHERINE GOMEZ CHIMBI	PERIODO COTIZACIÓN OTROS:	MES	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES
CIUDAD/MUNICIPIO:	CRA 104 NO 15 A 90	TELÉFONO:	BOGOTA - DISTRITO CAPITAL	DÍAS DE MORA:	0	NÚMERO AUTORIZACIÓN:	117532168
DIRECCIÓN:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	7111111	FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):	2026/03/06		
TIPO APORTANTE:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	I-INDEPENDIENTE				
TIPO EMPRESA:	ÚNICO		Actividades reguladoras y facilitadoras de la act				
FORMA DE PRESENTACIÓN:							
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO				

TOTAL APORTES A PENSIÓN															
ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	COTIZACIÓN	APORTES VOLUNTARIOS				FSP		MORA		TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE			EMPLEADOR	COTIZANTE	SOLIDARIDAD	SUBSISTENCIA	COTIZACIÓN	FSP	APORTES	MORA	VALOR PAGADO			
230201	230201- PROTECCION	1	\$ 498.200	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 498.200	\$ 0	\$ 498.200	
<b>SUBTOTALES:</b>											<b>\$ 498.200</b>	<b>\$ 0</b>	<b>\$ 0</b>	<b>\$ 498.200</b>	

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	VALOR PAGADO
EPS005	EPS005-SANITAS S.A	1	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 389.200	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 389.200	\$ 0	\$ 0	\$ 389.200	
<b>SUBTOTALES:</b>											<b>\$ 389.200</b>	<b>\$ 0</b>	<b>\$ 0</b>	<b>\$ 389.200</b>		

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	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO			
14-11	14-11 - ARL SURA	1	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 75.900	\$ 75.900	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 75.900	\$ 0	\$ 0	\$ 75.900
<b>SUBTOTALES:</b>											<b>\$ 75.900</b>	<b>\$ 0</b>	<b>\$ 0</b>	<b>\$ 75.900</b>	

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES																																																							
DATOS DEL COTIZANTE														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	DÍAS COT	IBC	ADMIN	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	
1	CC 1016034802	GOMEZ CHIMBI ANYELITH KATHERINE	INDEPENDIENTE	CONTRATO DE SERVICIOS	\$ 3.113.400				NO																	230201-PROTECCION	30	3.113.400	\$ 498.200	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	Normal	\$ 498.200	EPS005-SANITAS S.A	30	3.113.400	\$ 389.200	\$ 0	\$ 389.200	14-11 - ARL SURA	30	3.113.400	\$ 101603480	\$ 75.900	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0

**TOTAL PAGADO: \$ 963.300**

## PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES SOPORTE DE PAGO GENERAL

DATOS GENERALES DEL APORTANTE				DATOS GENERALES DE LA PLANILLA			
TIPO IDENTIFICACIÓN: NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL: CIUDAD/MUNICIPIO: DIRECCIÓN: TIPO APORTANTE: TIPO EMPRESA: FORMA DE PRESENTACIÓN: APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):	CÉDULA DE CIUDADANÍA BOGOTA DISTRITO CAPITAL CRA 104 NO 15 A 90 02-INDEPENDIENTE PRIVADA ÚNICO	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN: DEPARTAMENTO: TELÉFONO: CLASE APORTANTE: ACTIVIDAD ECONOMICA:	1016034802 ANYELITH KATHERINE GOMEZ CHIMBI BOGOTA - DISTRITO CAPITAL 7111111 I-INDEPENDIENTE Actividades reguladoras y facilitadoras de la act NO	NÚMERO PLANILLA: PERIODO COTIZACIÓN OTROS DÍAS DE MORA: FECHA PAGO (aaaa/mm/dd): NÚMERO DE LA PLANILLA ASOCIADA:	6013175535 MES marzo AÑO 2026 0 2026/03/27 6008009570	TIPO DE PLANILLA: PERIODO COTIZACIÓN SALUD: NÚMERO AUTORIZACIÓN: FECHA DE PAGO DE LA PLANILLA ASOCIADA:	N-CORRECCIONES 2026 MES marzo AÑO 171650640 2026/03/06


TOTAL APORTES A PENSIÓN													
ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	COTIZACIÓN	APORTES VOLUNTARIOS		FSP		MORA		TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE			EMPLEADOR	COTIZANTE	SOLIDARIDAD	SUBSISTENCIA	COTIZACIÓN	FSP	APORTES	MORA	VALOR PAGADO	
230201	230201- PROTECCION	1	\$ 100	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 100	\$ 0	\$ 100	\$ 100
<b>SUBTOTALES:</b>										<b>\$ 100</b>	<b>\$ 0</b>	<b>\$ 100</b>	

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
EPS005	EPS005-SANITAS S.A	1	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 100	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 100	\$ 0	\$ 0	\$ 100
<b>SUBTOTALES:</b>										<b>\$ 100</b>	<b>\$ 0</b>	<b>\$ 0</b>	<b>\$ 100</b>		

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	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0
<b>SUBTOTALES:</b>										<b>\$ 0</b>	<b>\$ 0</b>	<b>\$ 0</b>	

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	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	PENSIÓN				SALUD				ARP				CCF					SEN	ICBF	ESAP	MINEDU						
																									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	DÍAS COT	IBC
1	CC 1016034802	GOMEZ CHIMBI ANYELITH KATHERINE	INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS		\$ 3.113.400				NO					A											230201-PROTECCION	30	3.113.400	\$ 498.200	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	Normal	\$ 498.200	EPS005-SANITAS S.A	30	3.113.400	\$ 389.200	\$ 0	\$ 389.200	14-11 - ARL SURA	30	3.113.400	\$ 101603480	\$ 75.900	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0
2	CC 1016034802	GOMEZ CHIMBI ANYELITH KATHERINE	INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS		\$ 3.114.000				NO					C											230201-PROTECCION	30	3.114.000	\$ 498.300	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	Normal	\$ 498.300	EPS005-SANITAS S.A	30	3.114.000	\$ 389.300	\$ 0	\$ 389.300	14-11 - ARL SURA	30	3.114.000	\$ 101603480	\$ 75.900	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0
3	CC 1016034802	GOMEZ CHIMBI ANYELITH KATHERINE	INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS		\$ 3.114.000				NO					R											230201-PROTECCION	0	\$ 600	\$ 100	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	Normal	\$ 100	EPS005-SANITAS S.A	0	\$ 600	\$ 100	\$ 0	\$ 100	14-11 - ARL SURA	0	\$ 600	\$ 101603480	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0

**TOTAL PAGADO: \$ 200**

 <b>INSTITUTO NACIONAL DE SALUD</b>	<b>PROCESO ADQUISICION DE BIENES Y SERVICIOS</b>	<b>INFORME DE AVANCE CONTRATISTAS DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES O APOYO A LA GESTIÓN</b>	<b>Versión: 03</b>
		<b>FOR-A02.0000-029</b>	<b>2022-08-19</b>
		<b>Página 1 de 2</b>	

<b>NUMERO DE CONTRATO</b>	INS-CPS-029-2026	<b>NOMBRE DEL CONTRATISTA</b>	ANYELITH KATHERINE GÓMEZ CHIIMBÍ	
<b>OBJETO DEL CONTRATO</b>	Prestar Servicios Profesionales Especializados que contribuyan al fortalecimiento de la vigilancia epidemiológica de las enfermedades transmisibles Endoepidémicas, así como a la intensificación de la vigilancia de Leptospirosis y Mpox.			
<b>PERIODO DEL INFORME</b>	<b>DESDE:</b>	01/03/2026	<b>HASTA:</b>	31/03/2026
<b>DESCRIPCIÓN DEL AVANCE</b>				
<p><b>Obligación 1.</b> Presentar dentro de los cinco (5) días siguientes al inicio del contrato, el cronograma de actividades.</p> <p>En el periodo objeto de cuenta de cobro no se ejecutaron actividades relacionadas con esta obligación.</p> <p><b>Obligación 2.</b> Organizar, validar y actualizar las bases de datos correspondientes a los eventos de Leptospirosis y Mpox, según la semana epidemiológica y los plazos definidos por la DVARSP, asegurando su adecuada consolidación y almacenamiento</p> <p>Se realiza depuración de evento 455 de manera semanal, con cargue de bases de SE 8 a 11 de 2026.  Se realiza depuración de evento 880 de manera semanal, con cargue de bases de SE 8 a 11 de 2026. actualización de drive para tablero de control, envío de formato Excel para reporte al ERI y CNE  Se remite correo por departamento con ajustes a calidad del dato previo cierre de bases evento 455.  Se realiza envío a nivel nacional de correo de seguimiento a casos, clasificación final y muestras – Evento 455 Leptospirosis</p> <p><b>Obligación 3.</b> Realizar los informes e infografías del evento asignado según cronograma y metodología establecidos por la DVARSP.</p> <p>Se desarrolla infografía PE II evento 455 Leptospirosis y 880 Mpox. Con envío de bases y PPT por medio de correo</p> <p><b>Obligación 4.</b> Analizar señales epidemiológicas y aumentos inusuales de Leptospirosis y Mpox, y acompañar a las entidades territoriales en la respuesta y seguimiento de acciones, conforme a los lineamientos de la DVARSP.</p> <p>Se realiza cargue de formato comportamientos inusuales, por departamento y municipio para evento 455 SE 8 a 11 de 2026.  Se realizó seguimiento de los brotes de varicela en población especial.  Se realizó seguimiento a casos probables de evento 455 en población especial PPL y FFMM y conglomerados familiares.</p> <p><b>Obligación 5.</b> Revisar y actualizar el documento de la rutina para la depuración, análisis de la información y actualización de lineamientos y protocolos de los eventos Leptospirosis y Mpox, dejando un video resumen del proceso de depuración.</p> <p>En el periodo objeto de cuenta de cobro no se ejecutaron actividades relacionadas con esta obligación</p> <p><b>Obligación 6.</b> Elaborar reporte o informe a publicar en el Boletín Epidemiológico Semanal – BES con estándares institucionales (cuando se requiera) de los eventos Leptospirosis y Mpox, según cronograma y metodología establecidas por la DVARSP.</p> <p>Se realiza cargue de comportamiento evento 455 para publicación de tablero Comportamiento de la notificación por entidad territorial,  Se realiza envío de efeméride Cove Leptospirosis SE 12</p> <p><b>Obligación 7.</b> Realizar la programación y desarrollo de las asistencias técnicas requeridas (virtual o presencial), presentar los informes correspondientes y realizar seguimiento oportuno a los compromisos durante la ejecución del contrato, conforme a lo establecido por la DVARSP.</p> <p>Se realizó AT Mpox de manera virtual a Cali 2026-TRE-65,  AT de Leptospirosis a Amazonas 2026-TRE-67  AT de fiebre amarilla presencial a Cauca 2026-TRE-91</p> <p><b>Obligación 8.</b> Participar en las reuniones técnicas, grupos funcionales y actividades de gestión relacionadas con Leptospirosis y Mpox, consolidando la información en los mecanismos establecidos y asegurando la generación de los soportes correspondientes.</p> <p>Se realiza reunión mensual con par del grupo de unidades de análisis.  Reunión de potenciales ERI SR  Participación en SAR Córdoba</p>				



**Obligación 9.** Realizar un documento técnico tipo artículo, con el análisis de los eventos Leptospirosis y Mpox de acuerdo con la prioridad de la información y la metodología establecida por la DVARSP.

En el periodo objeto de cuenta de cobro no se ejecutaron actividades relacionadas con esta obligación.

**Obligación 10.** Realizar los informes ejecutivos requeridos que incluyan el comportamiento epidemiológico de los eventos Leptospirosis y Mpox, análisis de sus cambios, análisis de comportamientos inusuales, indicadores, recomendaciones en términos de toma de decisiones, y otra información que se considere relevante o pedida por dirección general, para los eventos Leptospirosis y Mpox, de acuerdo con la periodicidad establecida por la DVARSP.

En el periodo objeto de cuenta de cobro no se ejecutaron actividades relacionadas con esta obligación

**Obligación 11.** Realizar la priorización y programación de las capacitaciones para los eventos Leptospirosis y Mpox, cuando así se requiera, así como garantizar el cargue de todos los soportes requeridos de acuerdo con la periodicidad y metodología establecida por la DVARSP.

En el periodo objeto de cuenta de cobro no se ejecutaron actividades relacionadas con esta obligación

**Obligación 12.** Asistir a los Comités Operativos de Vigilancia Epidemiológica – COVE semanales de la DVARSP e informar las situaciones sobre el evento asignado durante dicha reunión cuando se requiera.

Se participó en el COVE de manera presencial y la lista de asistencia original se encuentra disponible en el COE.

Se realiza reunión pre cove de manera semanal.

Se realiza presentación de COVE en semana 12 tema central Leptospirosis

**Obligación 13.** Apoyar en la atención a brotes, epidemias, emergencias y desastres que se presenten en salud pública en el territorio nacional y liderar los reportes de situación - SITREP y de brote de los eventos Leptospirosis y Mpox.

En el periodo objeto de cuenta de cobro no se ejecutaron actividades relacionadas con esta obligación

**Obligación 14.** Asumir la disponibilidad que se requiera, ante la activación del Centro de Operaciones de Emergencias en Salud Pública COE-ESP o de una de sus secciones, y realizar las actividades asignadas en el Plan de Acción del Incidente.

Se realiza disponibilidad como personal de alistamiento del 3 al 9 de marzo

**Obligación 15.** Colaborar a petición del supervisor en la elaboración y presentación oportuna de los informes solicitados por la DVARSP u otras áreas, dentro de ellas el proceso de vigilancia basada en comunidad para el evento. Así como atender oportunamente las solicitudes de información requerida.

Se realizó seguimiento y actualización de aplicativo de unidades de análisis del evento Leptospirosis con corte a SE 11 de 2026, envió de correos a entidades departamentales.

Se dio traslado a PQR INS-1-2026-01263 asignada la cual no era de nuestra competencia


**Obligación 16.** Las demás que emanen de la naturaleza del contrato y que sean necesarias para el desarrollo eficiente del mismo.

En el periodo objeto de cuenta de cobro no se ejecutaron actividades relacionadas con esta obligación.

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

**ANYELITH KATHERINE GÓMEZ**


**CC 1016034802**

 <b>INSTITUTO NACIONAL DE SALUD</b>	<b>PROCESO ADQUISICIÓN DE BIENES Y SERVICIOS</b>	<b>INFORME PARCIAL DE SUPERVISIÓN</b>	<b>Versión: 03</b>
			2023-11-17
		<b>FOR-A02.0000-037</b>	Página 1 de 5

<b>(1) Contrato No.</b>	<b>INS-CPS-029-2026</b>		
<b>(2) Nombre del Contratista:</b>	ANYELITH KATHERINE GÓMEZ CHIMBI		
<b>(3) Cargo del supervisor:</b>	Servidor público, Grupo Enfermedades Transmisibles Endoepidémicas y relacionadas con salud sexual		
<b>(4) Interventoría si <input type="checkbox"/> no <input checked="" type="checkbox"/> Nombre:</b>	N.A		
<b>(5) Correo del supervisor y/o del Interventor (si aplica)</b>	Imayorga@ins.gov.co		
<b>(6) Objeto del contrato:</b>	Prestar Servicios Profesionales Especializados que contribuyan al fortalecimiento de la vigilancia epidemiológica de las enfermedades transmisibles Endoepidémicas, así como a la intensificación de la vigilancia de Leptospirosis y Mpox		
<b>(7) Fecha de inicio:</b>	19/01/2026	<b>(8) Fecha terminación:</b>	31/08/2026
<b>(9) Período objeto del informe:</b>	marzo 2026		

**(10) ANÁLISIS 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. Cronograma de actividades aprobado por el supervisor y en el formato establecido en el SIG.	En el periodo objeto de cuenta de cobro no se ejecutaron actividades relacionadas con esta obligación.	En el periodo objeto de cuenta de cobro no se ejecutaron actividades relacionadas con esta obligación.	N/A
2. Bases de datos depuradas, organizadas y almacenadas de los eventos Leptospirosis y Mpox, según los requerimientos de la DVARSP.	<p>Se realiza depuración de evento 455 de manera semanal, con cargue de bases de SE 8 a 11 de 2026.</p> <p>Se realiza depuración de evento 880 de manera semanal, con cargue de bases de SE 8 a 11 de 2026. actualización de drive para tablero de control, envió de formato Excel para reporte al ERI y CNE</p> <p>Se remite correo por departamento con ajustes a calidad del dato previo vierre de bases evento 455.</p> <p>Se realiza envió a nivel nacional de correo de seguimiento a casos, clasificación final y muestras – Evento 455 Leptospirosis</p>	<p>Bases de datos depuradas y publicación de los eventos Mpox y leptospirosis.</p> <p>Actualización powerBI semanal</p> <p>Correos y bases 455 con calidad del dato.</p>	<a href="#">2. Bases depuradas por SE</a>
3. Informe e infografías de los eventos Leptospirosis y Mpox según los requerimientos de la DVARSP.	Se desarrolla infografía PE II evento 455 Leptospirosis y 880 Mpox. Con envió de bases y PPT por medio de correo.	PPT infografía Base Excel Infografía formato PDF	<a href="#">3. Infografías y tableros</a>

 <b>INSTITUTO NACIONAL DE SALUD</b>	<b>PROCESO ADQUISICIÓN DE BIENES Y SERVICIOS</b>	<b>INFORME PARCIAL DE SUPERVISIÓN</b>	<b>Versión: 03</b>
			2023-11-17
		<b>FOR-A02.0000-037</b>	Página 2 de 5

4. Matriz de seguimiento a comportamientos inusuales, alertas tempranas, noticias, rumores según los requerimientos de la DVARSP y archivos de retroalimentación a Entidades territoriales.	<p>Se realiza cargue de formato comportamientos inusuales, por departamento y municipio para evento 455 SE 8 a 11 de 2026.</p> <p>Se realizó seguimiento de los brotes de varicela en población especial.</p> <p>Se realizo seguimiento a casos probables de evento 455 en población especial PPL y FFMM y conglomerados familiares.</p>	<p>Cargue en drive y formato Excel comportamientos inusuales, eventos municipio.</p> <p>Formatos, IEC, soporte Sitrep brotes Mpox, soporte sitrep brotes varicela en población confinada PPL y FFMM</p> <p>Envío de correo para gestión de casos probables de conglomerado.</p>	<a href="#">4. Inusuales, poblaciones especiales, retro a ET</a>
5. Documento y video de la rutina de depuración, análisis estadístico y actualización de lineamientos y protocolos según requerimientos de la DVARSP.	En el periodo objeto de cuenta de cobro no se ejecutaron actividades relacionadas con esta obligación.	En el periodo objeto de cuenta de cobro no se ejecutaron actividades relacionadas con esta obligación.	N/A
6. Reporte del comportamiento de la vigilancia de los eventos Leptospirosis y Mpox para publicación en el Boletín Epidemiológico Semanal (BES).	<p>Se realiza cargue de comportamiento evento 455 para publicación de tablero Comportamiento de la notificación por entidad territorial,</p> <p>Se realiza envío de efeméride Cove Leptospirosis SE 12</p>	Pdf BES	<a href="#">6. publicación BES</a>
7. Matriz de programación, agendas e informes de asistencias técnicas desarrolladas, firmadas y almacenadas en el drive específico, según los requerimientos de la DVARSP.	Se realizo AT Mpox de manera virtual a Cali 2026-TRE-65, AT de Leptospirosis a Amazonas 2026-TRE-67 y AT de fiebre amarilla presencial a Cauca 2026-TRE-91	Agenda Correo citación informe	<a href="#">7. asistencias técnicas</a>
8. Soportes y matriz de consolidación de reuniones internas o externas y almacenadas según los requerimientos de la DVARSP.	<p>Se realiza reunión mensual con par del grupo de unidades de análisis.</p> <p>Reunión de potenciales ERI SR Participación en SAR Cordoba</p>	Acta de reunión.	<a href="#">8. Reuniones</a>
9. Documento tipo artículo científico sobre el análisis de los eventos Leptospirosis y Mpox.	En el periodo objeto de cuenta de cobro no se ejecutaron actividades relacionadas con esta obligación.	En el periodo objeto de cuenta de cobro no se ejecutaron actividades relacionadas con esta obligación.	N/A
10. Documento del informe ejecutivo con el análisis de los eventos Leptospirosis y Mpox de acuerdo con los requerimientos de la DVARSP.	En el periodo objeto de cuenta de cobro no se ejecutaron actividades relacionadas con esta obligación.	En el periodo objeto de cuenta de cobro no se ejecutaron actividades relacionadas con esta obligación.	N/A

11. Formatos para la programación y ejecución de capacitaciones de acuerdo con los formatos establecidos por el SIG.	En el periodo objeto de cuenta de cobro no se ejecutaron actividades relacionadas con esta obligación.	En el periodo objeto de cuenta de cobro no se ejecutaron actividades relacionadas con esta obligación.	N/A
12. Listados de asistencia y reuniones.	<p>Se participó en el COVE de manera presencial y la lista de asistencia original se encuentra disponible en el COE.</p> <p>Se realiza reunión pre cove de manera semanal.</p> <p>Se realiza presentación de COVE en semana 12 tema central Leptospirosis.</p>	<p>Formato listado de asistencia COVE de las SE 2</p> <p>Soporte de acta precove en drive</p> <p>Diapositivas, acta, informe BES</p>	<a href="#">12. COVE listados de asistencia</a>
13. Presentación de Sitrep en tiempos especificados, y atención de brotes y emergencias de los eventos Leptospirosis y Mpox.	En el periodo objeto de cuenta de cobro no se ejecutaron actividades relacionadas con esta obligación.	En el periodo objeto de cuenta de cobro no se ejecutaron actividades relacionadas con esta obligación.	N/A
14. Agenda de disponibilidad, informe del mismo de acciones adelantadas de acuerdo al plan de acción de incidente.	Se realiza disponibilidad como personal de alistamiento del 3 al 9 de marzo	Acta reposa en el COE	<a href="#">14. Disponibilidad</a>
15. Documentación de otras tareas pedidas por supervisor.	<p>Se realizó seguimiento y actualización de aplicativo de unidades de análisis del evento Leptospirosis con corte a SE 11 de 2026, envió de correos a entidades departamentales.</p> <p>Se dio traslado a PQR INS-1-2026-01263 asignada la cual no era de nuestra competencia</p>	<p>Formato Excel Tablero de control para evento 455 y 880 actualizado.</p> <p>Aplicativo actualizado</p>	<a href="#">15. otros productos (UA- indicadores)</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 Operación	Retraso en la entrega de	Demora en la ejecución del	Supervisor	Inicio de ejecución	Fin de ejecución	Informe de supervisión	Mensual	Controlar el avance y entrega de

					productos por circunstancias ajenas a la voluntad del contratista	objeto contractual			+ 4 meses mas	mensual		los productos definidos en el contrato
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	Revisión de la calidad de los productos entregados
3	General	Externo	Ejecución	Riesgos Regulatorios	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	Revisión periódica de los lineamientos de regulación relacionados con el contrato
4	General	Externo	Ejecución	Riesgos Sociales o políticos	Problemas de orden público que afecten los desplazamientos	Demora en la ejecución del objeto contractual	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	Controlar la ejecución de asistencias técnicas y definir reprogramaciones

**% DE AVANCE ACUMULADO**


**31,5 %**

**(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:**

**No Aplica**

 <b>INSTITUTO NACIONAL DE SALUD</b>	<b>PROCESO ADQUISICIÓN DE BIENES Y SERVICIOS</b>	<b>INFORME PARCIAL DE SUPERVISIÓN</b>	<b>Versión: 03</b>
			2023-11-17
		<b>FOR-A02.0000-037</b>	Página 5 de 5

**(13) En constancia, firma:**



**Luis Enrique Mayorga Mogollón**  
**Servidor Público Grupo Enfermedades Transmisibles Endoepidémicas y relacionadas con salud sexual**  
Supervisor

**(14) Lugar y Fecha: Bogotá, D. C., 1 de abril 2026**

**DECLARACION JURAMENTADA**

Yo, Anyelith Katherine Gómez, identificado con Cédula de Ciudadanía  
 No. 1.016.034.802 de Bogota, 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-029-2026

**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)	<b>NO</b>
Cumplo con uno o varios requisitos relacionados a continuación: * Mis ingresos en el año anterior fueron superiores a 1.400 UVT o \$ 69.718.600 A 31 de diciembre de 2025. * Mi patrimonio bruto excedió 4.500 UVT o \$ 224.095.000 * Ingresos brutos, o los consumos mediante tarjeta de crédito, o el valor total de compras y consumos, o el valor total acumulado de consignaciones bancarias, depósitos o inversiones financieras no excedan o superen 1.400) UVT, en pesos \$ 69.718.600	<b>SOY DECLARANTE DE RENTA</b>

**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 2025 pague intereses o tuvo 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	<b>NO</b>
* 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)	<b>NO</b>
* Durante la vigencia 2025 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)	<b>NO</b>
* Realizo aportes a Fondos de Pensiones Voluntarias de acuerdo al Artículo 126-1 E.T (adjunto la certificación correspondiente al fondo de pensiones voluntarias)	<b>NO</b>
* 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)	<b>NO</b>
* 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)	<b>SI</b>
<input type="checkbox"/> * Los hijos del contribuyente que tengan hasta 18 años de edad. (Adjunto registro civil de nacimiento).	
<input type="checkbox"/> * 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)	
<input type="checkbox"/> * 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).	
<input type="checkbox"/> * 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)	
<input checked="" type="checkbox"/> * 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
CC	43051352	Martha Ligia Chimbi	62	MADRE

La anterior se firma el 1 del mes 4 del año 2026

  
 \_\_\_\_\_

**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.

**YO, ADRIÁN VÁSQUEZ MORENO, CONTADOR PÚBLICO TITULADO CON  
MATRICULA No.79446-T**

**CERTIFICO QUE:**

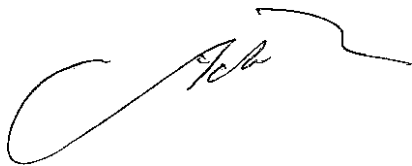
**ANYELITH KATHERINE GÓMEZ CHIMBI**, identificada con cédula de ciudadanía No. 1.016.034.802 de Bogotá, puede acceder a la deducción contemplada en el numeral 5 del artículo 387 del ET toda vez que su Mamá durante los periodos gravables 2022, 2023, 2024 y hasta la fecha se encuentra en situación de dependencia económica por ausencia de ingresos.

Dejo constancia que el dependiente que cumple con los criterios anteriores es:

La señora **MARTHA LIGIA CHIMBI MEDINA** identificada con cédula de ciudadanía No. 43.051.352 con parentesco **MADRE**.

La anterior certificación se expide al día veinte (28) del mes de enero de dos mil veintiséis (2026).

Cordialmente;



**ADRIAN VÁSQUEZ MORENO**  
**C.C. 79.707.538 de Bogotá**  
**T.P. 79446-T**

República de Colombia  
Ministerio de Educación Nacional

**JUNTA CENTRAL DE CONTADORES  
TARJETA PROFESIONAL  
DE CONTADOR PUBLICO**

**79446-T**

ADRIAN  
VASQUEZ MORENO  
C.C. 79707938  
RESOLUCION INSCRIPCION 64      FECHA 10/05/2001  
UNIVERSIDAD FUND. UNIV. SAN MARTIN

87657

PRYSIDENTE *Jaime A. Hernandez V.*  
JAIME A. HERNANDEZ V.



FORMA DEL TITULAR

Esta tarjeta es el único documento que lo acredita como  
CONTADOR PUBLICO de acuerdo con lo establecido en  
la ley 13 de 1990.  
Agradecemos a quien encuentre esta tarjeta devolverla  
al Ministerio de Educación Nacional - Junta Central de  
Contadores.



