

TIPO DE CERTIFICACION:
 CESION:
 FEI:
 SGR:

1-INFORMACION GENERAL DEL CONTRATO

No. NIT o CÉDULA: <input type="text" value="1.076.662.360"/>	CONTRATISTA: <input type="text" value="LORENA ALCIRA URREGO RAMIREZ"/>
CELULAR: <input type="text" value="3150603741"/>	
CONTRATO No.: <input type="text" value="INS-CPS-109-2026"/>	FECHA INICIO: <input type="text" value="2026/01/27"/> FECHA FINAL: <input type="text" value="2026/08/30"/>
REGISTRO PRESUPUESTAL: <input type="text" value="45126"/>	VALOR HONORARIOS: \$ <input type="text" value="3.200.000"/> PAGO NUMERO: <input type="text" value="5"/> DE <input type="text" value="8"/>

2- RESUMEN VALORES GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

TIPO CONTRATO: <input type="text" value="APOYO"/>	PENSIONADO: <input type="text" value="NO"/>	RESPONSABLE DE IVA: <input type="text" value="NO"/>
INGRESOS HONORARIOS: \$ <input type="text" value="3.200.000"/>	POR DIAS: <input type="text" value="NO"/>	CANTIDAD DE DIAS: <input type="text" value=""/>
IVA 19%: <input type="text" value=""/>	HONORARIOS: \$ <input type="text" value="3.200.000,00"/>	
INGRESOS POR DESPLAZAMIENTO: <input type="text" value=""/>	FACTURA: <input type="text" value=""/>	FECHA: <input type="text" value=""/>
TOTAL INGRESOS BASE IMPUESTO: \$ <input type="text" value="3.200.000"/>		

3-LIQUIDACION DE PAGO A SEGURIDAD SOCIAL

TOTAL (IBC): \$ <input type="text" value="1.750.905"/>	PAGO PLANILLA: <input type="text" value="ANTICIPADO"/>
PENSION 16% (valor aporte): \$ <input type="text" value="280.100"/>	
SALUD 12,5% (valor aporte): \$ <input type="text" value="218.900"/>	
ARL RIESGO III 2,436% (valor aporte): \$ <input type="text" value="42.700"/>	
TOTAL PAGO AL SISTEMA G.S.S.I.: \$ <input type="text" value="541.700"/>	

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: 837.954, correspondiente al año inmediatamente anterior.		1	-
c. DEPENDIENTE: límite max. Mensual 32 uvt 1.675.968 correspondiente al mes pagado	NO		-
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			-
DERECHOS DE DEDUCCIÓN	VALOR	\$	-

CONCEPTO	BASE	TARIFA	%
RETEICA	\$ 2.701.000	0,866%	\$ 23.391
RETEFUENTE	\$ 1.993.725	-	\$ -
RETEIVA	\$ -	0%	\$ -
TOTAL IMPUESTO	\$		23.391
TOTAL A PAGAR	\$		3.176.609,34

RETEFUENTE VOLUNTARIA:

5. FIRMAS

Bajo la gravedad de juramento, certifico que cumpla 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	 Ingrid Lineth Vasquez Cely Secretaria General Secretaria General
---	---

Nombre supervisor Cargo Dependencia	
---	--

 INSTITUTO NACIONAL DE SALUD	PROCESO ADQUISICIÓN DE BIENES Y SERVICIOS	INFORME PARCIAL DE SUPERVISIÓN	Versión: 03 2023-11-17
		FOR-A02.0000-037	Página 1 de 3

(1) Contrato No.	INS-CPS-109-2026		
(2) Nombre del Contratista:	LORENA ALCIRA URREGO RAMIREZ		
(3) Cargo del supervisor:	Secretaria General		
(4) Interventoría si <input type="checkbox"/> no <input checked="" type="checkbox"/> Nombre:	No Aplica		
(5) Correo del supervisor y/o del Interventor (si aplica)	ivasquez@ins.gov.co		
(6) Objeto del contrato:	Prestar servicios de apoyo a la gestión documental para ejecutar actividades de revisión, descripción, organización y digitalización de documentos físicos que reposan en el archivo central, en el marco de las acciones previstas en el proyecto de Fortalecimiento de la Gestión Documental, conforme a las normas y lineamientos institucionales vigentes sobre gestión de archivos		
(7) Fecha de inicio:	27/01/2026	(8) Fecha terminación:	30/08/2026
(9) Período objeto del informe:	Mayo 2026		

(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. Presentar un plan de trabajo dentro de los primeros cinco (05) días siguientes al inicio del contrato, respecto a las actividades objeto del contrato, para aprobación del supervisor	Se presentó plan de trabajo en el primer informe enviado al correo de supervisión.		Cumplen de acuerdo a lo descrito
2.. Apoyar al grupo Gestión Documental, en la elaboración de 32 cajas mensuales, a través de la aplicación de los procesos técnicos de organización, foliación, descripción de los expedientes de archivos con su respectiva hoja de control.	En el periodo del informe, se intervinieron 25 cajas correspondientes a la serie 31 (Contrato Prestación de Servicios Profesionales, Técnico o Apoyo y Artísticos), en los cuales se realizaron procesos técnicos de archivo, tales como organización, foliación y descripción en el archivo central.	Inventario https://inssalud.sharepoint.com/:x/s/GESTIONDO CUMENTAL/IQD8uHvi74s3RYehUy44h UYAfuxT QcJ2Lh5sUeMqngJM2k?e=WNuHc2 y registro fotográfico	Cumplen de acuerdo a lo descrito
3. Apoyar las necesidades de organización, preservación y conservación del acervo documental de los expedientes electrónicos	Para este periodo no se ha llevado la actividad debido a que me encuentro realizando intervención de la serie 31 contratos.		
4. Adelantar las actividades relacionadas con la descripción documental, digitalización de los expedientes de las series a intervenir en la presente vigencia.	En este periodo no se realizaron actividades de descripción documental ni digitalización, ya que se trabajó en contratos (serie 31).		
5. Cumplir con la metodología definida para el trabajo sostenible que minimice el impacto ambiental de las actividades desarrolladas en cumplimiento del objeto contractual.	Cumplimiento de la normativa ambiental del Instituto Nacional de Salud mediante Cero Papel y gestión de residuos.		

.6. Cumplir con el uso de implementos de protección (tapabocas, guantes y bata) en cumplimiento de sus actividades.	Implementación del uso de elementos de protección personal (EPP) en la manipulación documental en el archivo central.		
7. Asistir a las reuniones programadas por el supervisor, según necesidad y asignación.	Capacitación uso de extintores, evacuación-camillaje y participación en la revisión de calidad de contratos.	Acta de reunión	Cumplen de acuerdo a lo descrito
8. Las demás que emanen de la naturaleza del contrato y que sean necesarias para el desarrollo eficiente del mismo.	No se realizó para este periodo		


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 de la entrega de productos por circunstancias ajenas a la voluntad del contratista	Demora de la ejecución del objeto contractual	Supervisor	Inicio de Ejecución	Fin de la ejecución + 4 meses mas	Informe de supervisión mensual	Mensual	Mediante correos y revisión de actividades descritas en el informe mensual
2	General	Externo	Ejecución	Riesgos Operacionales	Defectos en los resultados del producto	No ejecución de los proyectos	Supervisor	Inicio de Ejecución	Fin de la ejecución + 4 meses mas	Informe de supervisión mensual	Mensual	Mediante correos y revisión de actividades descritas en el informe mensual
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	Mediante correos y revisión de actividades descritas en el informe mensual

% DE AVANCE ACUMULADO

59 %

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

 INSTITUTO NACIONAL DE SALUD	PROCESO ADQUISICIÓN DE BIENES Y SERVICIOS	INFORME PARCIAL DE SUPERVISIÓN	Versión: 03
			2023-11-17
		FOR-A02.0000-037	Página 3 de 3

<ol style="list-style-type: none"> 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. <u>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.</u> 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, firma:  Ingrid Lineth Vasquez Cely NOMBRE Y FIRMA Supervisor (es)/Interventor (es)	
(14) Lugar y Fecha: Bogotá, D. C., Mayo 2026	



Procesos técnicos archivísticos aplicados a la gestión documental.

➤ **Uso de elementos de protección personal (EPP)**



Manipulación de documentos en archivo.



➤ Evidencia capacitación uso de extintores y camillaje.



Participación en capacitación presencial

➤ Asistencia revisión calidad contratos.

		INSTITUTO NACIONAL DE SALUD PROCESO: GESTION DOCUMENTAL SOPORTE DE ACTIVIDADES FOR-A03.0000-001	Versión: 07 2022-09-16 Página 1 de 1
AAAA	MM	DD	PROCESO-ÁREA-GRUPO
2026	05	26	Grupo de Gestión Documental
HORA INICIAL	4:00 pm		ACTIVIDAD-TEMA
HORA FINAL	4:25 pm		Intervención de contratos
*Incluya el número de filas que requiere DESARROLLO Y CONCLUSIONES DE LA ACTIVIDAD Se llevo a cabo la revision de calidad de 20 copias en donde se escogio una muestra de 3 contratos en donde: -Control 1 -> No se presentan hallazgos en intervencion ni elaboracion de inventario. -Control 2 -> Techar numero que no sea de acuerdo al orden. Revisar inventario el nombre. -Control 3 -> No se presentan hallazgos en intervencion ni elaboracion de inventario. Se revisan los unidades de conservacion copias y se encuentran bien, se da por terminada la revision.			
COMPROMISOS		RESPONSABLE	FECHA
Reduzir los gastos mencionados		Lorena Upegui	16/05/2026
NOMBRE ASISTENTES		ENTIDAD / DEPENDENCIA	CARGO
Lorena Upegui & Katty Alexandra Calderon		G. Gestion Documental	Contratista
		G. Gestion Docu	Contratista

Acta de control y verificación documental.

➤ Asistencia capacitación uso de extintores y camillaje.



INSTITUTO NACIONAL DE SALUD	PROCESO GESTIÓN HUMANA	REGISTRO DE ASISTENCIA	Versión: 04
			2018-05-25
		FOR-A01.0000-006	Página 1 de 1

Responsable: Serge Ivan Rojas S Firma: Jorge Rojas Temas a tratar: Uso de extintores Fecha: 2026.05.04
 Proceso o entidad responsable: INS Intensidad: 1 hora

Nombre	Cargo	Entidad o área interna (INS)	Teléfono de contacto	Correo	Firma
<u>Jenny Paola Arceaga</u>	<u>Aux Admin</u>	<u>Gestión Doc</u>	<u>1654</u>	<u>jpaolaarceaga@ins.gov.co</u>	<u>[Firma]</u>
<u>Sonia Hincapié Hernández</u>	<u>Contratista</u>	<u>Gestión Doc</u>	<u>3132097362</u>	<u>shincapiea@ins.gov.co</u>	<u>[Firma]</u>
<u>Julieth Marcela Chinchilla</u>	<u>Contratista</u>	<u>Gestión Doc</u>	<u>5152431377</u>	<u>jchinchilla@ins.gov.co</u>	<u>[Firma]</u>
<u>Lorena Urrego R</u>	<u>Contratista</u>	<u>Gestión Doc</u>	<u>3150603741</u>	<u>lurrego@ins.gov.co</u>	<u>[Firma]</u>
<u>Johnelson Heithan C</u>	<u>Auxiliar SST</u>	<u>OT H</u>	<u>320913223</u>	<u>jheithan@ins.gov.co</u>	<u>[Firma]</u>
<u>Adolfo Gregorio González</u>	<u>Operario Cal.</u>	<u>Gestión Doc.</u>	<u>1654</u>	<u>agonzalez@ins.gov.co</u>	<u>[Firma]</u>

INSTITUTO NACIONAL DE SALUD	PROCESO GESTIÓN HUMANA	REGISTRO DE ASISTENCIA	Versión: 04
			2018-05-25
		FOR-A01.0000-006	Página 1 de 1

Responsable: Serge Ivan Rojas S Firma: Jorge Rojas Temas a tratar: Evaluación - Comité Fecha: 2026.05.04
 Proceso o entidad responsable: INS Intensidad: 1 hora

Nombre	Cargo	Entidad o área interna (INS)	Teléfono de contacto	Correo	Firma
<u>Lorena Urrego R</u>	<u>Contratista</u>	<u>INS G. Doc</u>	<u>3150603741</u>	<u>lurrego@ins.gov.co</u>	<u>[Firma]</u>
<u>Sonia Hincapié H</u>	<u>CONTRATISTA</u>	<u>INS G. Doc</u>	<u>3132097362</u>	<u>shincapiea@ins.gov.co</u>	<u>[Firma]</u>
<u>Julieth Marcela Chinchilla</u>	<u>Contratista</u>	<u>INS G. Doc</u>	<u>3152431377</u>	<u>jchinchilla@ins.gov.co</u>	<u>[Firma]</u>
<u>Jenny Paola Arceaga R</u>	<u>Aux Admin</u>	<u>Gestión Doc</u>	<u>1654</u>	<u>jpaolaarceaga@ins.gov.co</u>	<u>[Firma]</u>
<u>Adolfo Gregorio González</u>	<u>Operario Cal.</u>	<u>Gestión Doc.</u>	<u>1654</u>	<u>agonzalez@ins.gov.co</u>	<u>[Firma]</u>
<u>Johnelson Heithan C</u>	<u>Auxiliar SST</u>	<u>OT H</u>	<u>1296</u>	<u>jheithan@ins.gov.co</u>	<u>[Firma]</u>

Acta asistencia y participación.

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

[Firma]

Lorena Alcira Urrego Ramirez

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	1076662360	LORENA ALCIRA URREGO RAMIREZ		Kr 41A 4a-11	3150603741	LORERAMY@GMAIL.COM
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I - Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
		82920807	13/05/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-05	2026-05	I	\$0	\$541.800	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD													
Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS005	Sanitas EPS	800251440-6	218.900	0		0		0	0	0	0	218.900	1

TOTALES PENSIÓN												
Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
230301	Porvenir	800224808-8	280.200	0	0	0	0	0	0		280.200	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	42.700				42.700	0	0	42.700			427	42.700	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	218.900	218.900
Pensión	1	280.200	280.200
Riesgos Laborales	1	42.700	42.700
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	541.800	541.800

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	1076662360	LORENA ALCIRA URREGO RAMIREZ		Kr 41A 4a-11	3150603741	LORERAMY@GMAIL.COM
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I - Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
		82920807	13/05/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-05	2026-05	I	\$0	\$541.800	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE				INFORMACIÓN NOVEDADES														PENSIÓN				SALUD				RIESGOS LABORALES				CCF				PARAFISCALES																					
No.	Tipo y Número de Identificación	Apellidos y Nombres		Cotizante	Salud	Extranjero	Colom. exarator	Exonemado	ING	RET	TDE	TAE	TAP	SP	SP	SEN	ISE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Días	Cotización	Voluntario Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Días	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Días	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Días	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN						
1	CC 1076662360	URREGO RAMIREZ LORENA ALCIRA		59	0			N																230301	1.750.905	30	280.200	0	0	0	0	EPS005	1.750.905	30	218.900	14-11	1.750.905	30	3	42.700		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA