

 INSTITUTO NACIONAL DE SALUD	PROCESO ADQUISICIÓN DE BIENES Y SERVICIOS	INFORME PARCIAL DE SUPERVISIÓN	Versión: 02
			2019-03-29
		FOR-A02.0000-037	Página 1 de 2

(1) Contrato No.	INS-CPS-152-2023		
(2) Nombre del Contratista y/o Representante Legal:	Gladis Estella Montoya Ortíz		
(3) Nombre del supervisor y/o interventor:	Luis Alberto Gómez Grosso		
(4) Director de Proyecto/Dependencia:	Luis Alberto Gomez Grosso/Fisiología Molecular		
(5) No. extensión o teléfono del supervisor:	6012207700 ext 1483, 1416		
(6) Objeto del contrato:	Adelantar actividades experimentales en el marco de la ejecución de los proyectos de investigación que tiene a su cargo el grupo de fisiología molecular		
(7) Fecha de inicio:	09/05/2023	(8) Fecha terminación:	08/09/2023
(9) Período objeto del informe:	01/07/2023 – 31/07/2023		

(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
Ensayos de RT-PCR	Reacciones de retro-transcripción para miRNAs y U6 en exosomas	Archivo digital cuantificación cDNAs	Archivo digital recibido por Correo electrónico el 14 de agosto De 2023
Ensayos de qPCR	PCR cuantitativa qPCR U6 exosomas	Archivo digital con los resultados de las qPCRs	Archivos digitales recibidos por Correo electrónico el 14 de agosto De 2023
Extracción de proteínas para ensayos Western-Blot	Extracción de proteínas totales Cardiomiocitos expuestos o no a DOX por 1h y 22h	Archivo digital con la cuantificación de las proteínas y geles	Archivos digitales recibidos por Correo electrónico el 14 de agosto De 2023
Ensayos de qPCR	qPCRs detección de miRNAs (miRNome)	Archivo digital con los resultados de las qPCRs	Archivos digitales recibidos por Correo electrónico el 14 de agosto De 2023
Cultivo celular	Aislamiento de cardiomiocitos	NA	NA
Análisis de resultados perfiles de citocinas	Revisión de artículos científicos citocinas diferencialmente expresadas y el fenotipo de lesión en cardiomiocitos	Artículos digitales	Archivos digitales recibidos por Correo electrónico el 14 de agosto De 2023
% DE AVANCE ACUMULADO			70%

(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).

 INSTITUTO NACIONAL DE SALUD	PROCESO ADQUISICIÓN DE BIENES Y SERVICIOS	INFORME PARCIAL DE SUPERVISIÓN	Versión: 02
			2019-03-29
		FOR-A02.0000037	Página 2 de 2

<p>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.</p> <p>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.</p> <p>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></p> <p>6. A la fecha no existen causales de incumplimiento de las obligaciones contractuales que demanden actuaciones conminatorias o sancionatorias por parte de la Administración.</p>	
<p>(12) OBSERVACIONES:</p>	<p>(INCLUIR INFORMACIÓN RELEVANTE NO DESCRITA EN OTRO ACÁPITE, SOLO SI APLICA, NO ES NECESARIO REITERAR INFORMACIÓN)</p>
<p>(13) En constancia, firmo:</p> <div style="text-align: center;">  </div> <p>NOMBRE Y FIRMA Luis Alberto Gómez Grosso</p>	
<p>(14) Lugar y Fecha: Bogotá, D. C., Agosto 14 2023</p>	

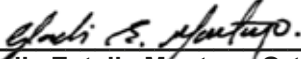
 INSTITUTO NACIONAL DE SALUD	PROCESO ADQUISICION DE BIENES Y SERVICIOS	INFORME DE AVANCE CONTRATISTAS DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES O APOYO A LA GESTIÓN	Versión: 03
		FOR-A02.0000-029	2022-08-19
			Página 1 de 1

NUMERO DE CONTRATO	INS-CPS-152-2023	NOMBRE DEL CONTRATISTA	Gladis Estella Montoya Ortiz	
OBJETO DEL CONTRATO	Adelantar actividades experimentales en el marco de la ejecución de los proyectos de investigación que tiene a su cargo el grupo de fisiología molecular			
PERIODO DEL INFORME	DESDE:	01/07/2023	HASTA:	31/07/2023

DESCRIPCIÓN DEL AVANCE

1. Reacciones de retro-transcripción (RT) para detección de miRNAs provenientes de exosomas
2. Optimización PCR cuantitativa (qPCR) para detección de U6 en exosomas
3. Aislamiento de cardiomiocitos
4. Extracción de proteínas totales Cardiomiocitos expuestos o no a DOX por 1h y 22h
5. Optimización de PCR para detección de miRNAs sobre platos miRNOME con primers adaptadores y reversos poli T
6. Revisión de artículos científicos referentes al efecto de las citoquinas sobre cardiomiocitos (citoquinas y factores de crecimiento detectados diferencialmente expresados en los ensayos de Luminex y arreglos sobre membrana

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


Gladis Estella Montoya Ortiz

 Instituto Nacional de Salud <small>PROCESO GESTION FINANCIERA</small>	CERTIFICACION DE CUMPLIMIENTO PARA PAGO DE CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS <small>FOR-009.2026-002</small>	<small>Versión: 09</small> <small>2023-04-21</small>																																																									
CERTIFICACION: PARCIAL ☒ FINAL ☐ CESION ☐ FEI ☐ SGR ☐																																																											
1-INFORMACIÓN GENERAL DEL CONTRATO																																																											
NIT o CÉDULA: 51853583 CONTRATO No.: INS-CPS-152-2023 REGISTRO PRESUPUESTAL: 70923	CONTRATISTA: Gladis Estella Montoya Ortiz FECHA INICIO: 9/05/2023 FECHA TERMINACION: 8/09/2023 VALOR HONORARIOS: 5.200.000 PAGO NUMERO: 3 DE 5																																																										
2- RESUMEN VALORES GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO																																																											
TIPO DE CONTRATO: PROFESIONAL INGRESOS HONORARIOS : 5.200.000 INGRESOS POR DESPLAZAMIENTO: TOTAL INGRESOS BASE IMPUESTO: 5.200.000	DECLARANTE RENTA: SI PENSIONANDO: NO <table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th>POR DIAS</th> <th>CANTIDAD DIAS</th> <th>HONORARIOS</th> </tr> <tr> <td>NO</td> <td>30</td> <td>5.200.000</td> </tr> </table>	POR DIAS	CANTIDAD DIAS	HONORARIOS	NO	30	5.200.000	ANEXO CERTIFICACION DE INGRESOS: NO																																																			
POR DIAS	CANTIDAD DIAS	HONORARIOS																																																									
NO	30	5.200.000																																																									
3-LIQUIDACION DE PAGO A SEGURIDAD SOCIAL																																																											
<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div> (El valor del IBC, debe corresponder exclusivamente al aporte realizado en virtud del contrato suscrito con el INS) Total (IBC): 2.080.000 <table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td>PENSION 16% (valor aporte):</td> <td>332.800</td> </tr> <tr> <td>SALUD 12,5%(valor aporte):</td> <td>260.000</td> </tr> <tr> <td>ARL RIESGO III 2,436% (valor aporte):</td> <td>50.700</td> </tr> <tr> <td>TOTAL PAGO AL SISTEMA G.S.S.I.:</td> <td>643.500</td> </tr> </table> </div> <div> MES PLANILLA : ANTICIPADA Planilla de Pago No.: 9454381230 Fecha Pago: 14/08/2023 NOMBRE PENSION : COLPENSIONES (público) NOMBRE SALUD: E.P.S. FAMISANAR LTDA. NOMBRE ARL: SURA </div> </div>			PENSION 16% (valor aporte):	332.800	SALUD 12,5%(valor aporte):	260.000	ARL RIESGO III 2,436% (valor aporte):	50.700	TOTAL PAGO AL SISTEMA G.S.S.I.:	643.500																																																	
PENSION 16% (valor aporte):	332.800																																																										
SALUD 12,5%(valor aporte):	260.000																																																										
ARL RIESGO III 2,436% (valor aporte):	50.700																																																										
TOTAL PAGO AL SISTEMA G.S.S.I.:	643.500																																																										
4-DATOS DE RETENCION Y NETO A PAGAR																																																											
<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th>DERECHOS DE DEDUCCIÓN:</th> <th>VALOR</th> <th>MESES</th> <th>VALOR A DEDUCIR</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>a. % VIVIENDA: límite max. Mensual 100 uvt 3.800.400, correspondiente al año inmediatamente anterior.</td> <td></td> <td>1</td> <td>-</td> </tr> <tr> <td>b. PREPAGADA: límite max. Mensual 16 uvt 608.064, correspondiente al año inmediatamente anterior.</td> <td></td> <td>1</td> <td>-</td> </tr> <tr> <td>c. SEGURO SALUD: límite max. Mensual 16 uvt 608.064, correspondiente al año inmediatamente anterior.</td> <td>-</td> <td>1</td> <td>-</td> </tr> <tr> <td>d. DEPENDIENTE: límite max. Mensual 32 uvt 1.216.128 correspondiente al mes pagado</td> <td>SI</td> <td></td> <td>520.000</td> </tr> <tr> <td>e. APORTES: (Volunt. Pensiones) voluntarias No superior al 30% de los ingresos correspondiente al mes pagado</td> <td></td> <td>-</td> <td>-</td> </tr> <tr> <td>f. APORTES: (AFC) No superior al 30% de los ingresos correspondiente al mes pagado</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>g. APORTES: (Volunt. Pensi.) obligatoria pens No superior al 25% de los ingresos correspondiente al mes pagado</td> <td></td> <td></td> <td>-</td> </tr> <tr> <td>DERECHOS DE DEDUCCIÓN:</td> <td>VALOR</td> <td></td> <td>520.000,00</td> </tr> </tbody> </table>	DERECHOS DE DEDUCCIÓN:	VALOR	MESES	VALOR A DEDUCIR	a. % VIVIENDA: límite max. Mensual 100 uvt 3.800.400, correspondiente al año inmediatamente anterior.		1	-	b. PREPAGADA: límite max. Mensual 16 uvt 608.064, correspondiente al año inmediatamente anterior.		1	-	c. SEGURO SALUD: límite max. Mensual 16 uvt 608.064, correspondiente al año inmediatamente anterior.	-	1	-	d. DEPENDIENTE: límite max. Mensual 32 uvt 1.216.128 correspondiente al mes pagado	SI		520.000	e. APORTES: (Volunt. Pensiones) voluntarias No superior al 30% de los ingresos correspondiente al mes pagado		-	-	f. APORTES: (AFC) No superior al 30% de los ingresos correspondiente al mes pagado				g. APORTES: (Volunt. Pensi.) obligatoria pens No superior al 25% de los ingresos correspondiente al mes pagado			-	DERECHOS DE DEDUCCIÓN:	VALOR		520.000,00	<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th>CONCEPTO</th> <th>BASE</th> <th>TARIFA</th> <th>%</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>RTE ICA</td> <td>4.607.200</td> <td>0,766%</td> <td>35.291</td> </tr> <tr> <td>RTEFUENTE</td> <td>\$ 3.027.375</td> <td>71,38</td> <td>-</td> </tr> <tr> <td colspan="3">TOTAL IMPUESTOS \$:</td> <td>35.291</td> </tr> <tr> <td colspan="3">TOTAL A PAGAR \$:</td> <td>5.164.709</td> </tr> </tbody> </table>			CONCEPTO	BASE	TARIFA	%	RTE ICA	4.607.200	0,766%	35.291	RTEFUENTE	\$ 3.027.375	71,38	-	TOTAL IMPUESTOS \$:			35.291	TOTAL A PAGAR \$:			5.164.709
DERECHOS DE DEDUCCIÓN:	VALOR	MESES	VALOR A DEDUCIR																																																								
a. % VIVIENDA: límite max. Mensual 100 uvt 3.800.400, correspondiente al año inmediatamente anterior.		1	-																																																								
b. PREPAGADA: límite max. Mensual 16 uvt 608.064, correspondiente al año inmediatamente anterior.		1	-																																																								
c. SEGURO SALUD: límite max. Mensual 16 uvt 608.064, correspondiente al año inmediatamente anterior.	-	1	-																																																								
d. DEPENDIENTE: límite max. Mensual 32 uvt 1.216.128 correspondiente al mes pagado	SI		520.000																																																								
e. APORTES: (Volunt. Pensiones) voluntarias No superior al 30% de los ingresos correspondiente al mes pagado		-	-																																																								
f. APORTES: (AFC) No superior al 30% de los ingresos correspondiente al mes pagado																																																											
g. APORTES: (Volunt. Pensi.) obligatoria pens No superior al 25% de los ingresos correspondiente al mes pagado			-																																																								
DERECHOS DE DEDUCCIÓN:	VALOR		520.000,00																																																								
CONCEPTO	BASE	TARIFA	%																																																								
RTE ICA	4.607.200	0,766%	35.291																																																								
RTEFUENTE	\$ 3.027.375	71,38	-																																																								
TOTAL IMPUESTOS \$:			35.291																																																								
TOTAL A PAGAR \$:			5.164.709																																																								
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																																																											
<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 45%;"> FIRMA CONTRATISTA </div> <div style="width: 45%;"></div> </div>																																																											
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.																																																											
<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 45%;"> Firma </div> <div style="width: 45%;"> Firma </div> </div>																																																											
Nombre Supervisor: Luis Alberto Gómez Grosso Cargo: Coordinador Fisiología Molecular Dependencia: Fisiología Molecular		Nombre Supervisor: _____ Cargo: _____ Dependencia: _____																																																									
6- INFORMACION RADICACION Y OBLIGACION																																																											
Radicado No: _____		Obligación No: _____																																																									
Fecha radicado No: _____		Fecha Radicación (SIIF): _____																																																									

DATOS GENERALES DEL APORTANTE								
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 51853583		MONTOYA ORTIZ GLADIS ESTELLA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CRA. 80 N 8 - 11	BOGOTA-BOGOTA D.E.	3541843	Si

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Días Mora	Valor
2023-07	2023-07	99987993	9454381230	I	2023/08/22	2023/08/14	BANCO DAVIVIENDA	0	\$643,500

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES																																									
EMPLEADO			NOVEDADES																	PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES					
No.	Identificación	Nombre	ing	ret	del	tae	tdp	tap	vsp	cor	vst	sln	lge	lma	vac	avp	vct	irl	vip	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Tarifa	Aporte	Dias	IBC	Aporte	Exonerado SENA e ICBF	Total Aportes
SUCURSAL: PRINCIPAL (1 Afiliados)																							\$2,080,000	\$332,800			\$2,080,000	\$260,000			\$0	\$0			\$2,080,000		\$50,700		\$0	\$0	\$643,500
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)																							\$2,080,000	\$332,800			\$2,080,000	\$260,000			\$0	\$0			\$2,080,000		\$50,700		\$0	\$0	\$643,500
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)																							\$2,080,000	\$332,800			\$2,080,000	\$260,000			\$0	\$0			\$2,080,000		\$50,700		\$0	\$0	\$643,500
1	CC	51853583	MONTOYA GLADIS																	25-14	30	\$2,080,000	\$332,800	EPS017	30	\$2,080,000	\$260,000		0	\$0	\$0	14-11	30	\$2,080,000	2.436%	\$50,700	0	\$0	\$0	No	\$643,500
Total Afiliados(1)																							\$2,080,000	\$332,800			\$2,080,000	\$260,000			\$0	\$0			\$2,080,000		\$50,700		\$0	\$0	\$643,500

DATOS GENERALES DEL APORTANTE								
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 51853583		MONTOYA ORTIZ GLADIS ESTELLA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CRA. 80 N 8 - 11	BOGOTA-BOGOTA D.E.	3541843	Si

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2023-07	2023-07	99987993	9454381230	I	2023/08/22	2023/08/14	BANCO DAVIVIENDA	0	\$643,500

RESUMEN DE PAGO									
RIESGO	CODIGO		NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)					1	\$332,800	\$0	\$0	\$332,800
COLPENSIONES	25-14		900,336,004	7	1	\$332,800	\$0	\$0	\$332,800
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)					1	\$50,700	\$0	\$0	\$50,700
ARL SURA	14-11		890,903,790	5	1	\$50,700	\$0	\$0	\$50,700
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)					1	\$260,000	\$0	\$0	\$260,000
FAMISANAR	EPS017		830,003,564	7	1	\$260,000	\$0	\$0	\$260,000
TOTAL					1	\$643,500	\$0	\$0	\$643,500

DECLARACION JURAMENTADA

Nombres y Apellidos: Gladis Estella Montoya Ortiz; identificado con la C. C.
No. 51.853.583 de Bogotá

Mi vinculación Actual con el Instituto Nacional de Salud es mediante:

Servicios Profesionales Servicio de Apoyo con contrato No. INS-CPS-152-2023
Funcionario-Planta

Para el desarrollo del objeto de mi contrato de prestación de servicios, contrataré por al menos noventa (90) días continuos o discontinuos, dos (2) o más trabajadores o contratistas, para al cumplimiento de las actividades sujetas al mismo: SI NO
Información para Depurar la Base de la Retención: Declarante de Renta No declarante de Renta

Si cumple cualquiera de los requisitos que se citan a continuación marque SI, de lo contrario marque NO:

Mis ingresos en el año anterior fueron superiores a 1.400 UVT o \$ 53.206.000 A 31 de diciembre de 2022. Mi patrimonio bruto excedió 4.500 UVT o \$ 171.018.000 Los consumos mediante tarjeta de crédito durante el año gravable excedieron la suma de 1.400 UVT El total de compras y consumos durante el año gravable superaron 1.400 UVT y/o las consignaciones bancarias, depósitos o inversiones financieras, durante el año gravable excedieron de 1.400 UVT	SI NO
---	-------

De las siguientes deducciones, escoger conceptos para tener en cuenta en la depuración de la Base del cálculo de la Retención en la Fuente:

1. Certificación por concepto de Intereses o Corrección Monetaria en Créditos de Vivienda
1.1 Adjunta Certificación SI NO
2. Información por Salud, literal a, b Artículo 387 E.T.
2.1 Adjunta Certificación SI NO
3. Derecho a deducción mensual por las sumas depositadas en las cuentas denominadas AFC-Ahorro para el Fomento a la Construcción. Artículo 126-1 E.T. SI NO
4. Derecho a deducción mensual por los Aportes a los fondos de Pensiones Voluntarias. Artículo 126-1 E.T. SI NO
5. Derecho a deducción mensual por Aportes Voluntarios a fondo de Pensiones obligatorias. (Art. 55 E.T) SI NO
6. Información de Dependientes - Parágrafo 2 del Artículo 387 E.T.
Adjunta Certificación SI NO
- 6.1. Los hijos del contribuyente que tengan hasta 18 años de edad.
- 6.2. Los hijos del contribuyente con edad entre 18 y 23 años, cuando el padre o 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.
- 6.3. Los hijos del contribuyente mayores de 23 años que se encuentren en situación de dependencia originada en factores físicos o psicológicos que sean certificados por Medicina Legal.
- 6.4. 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.
- 6.5. 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.

Relación de Dependientes

Tipo Doc.	No. De Identificación	Nombres y Apellidos	Edad	Parentesco
CC	1000033651	Juan José Montoya Ortiz	21	Hijo

Total, Gastos por Deducir \$ 2'200.000

La anterior se firma el 31 del mes de Mayo del año 2023.

**La suscrita Líder de Registro y Control de la Corporación Unificada
Nacional de Educación Superior (CUN)**

Nit. 860401734-9

CB - 1950538

CERTIFICA:

Que **MONTOYA ORTIZ JUAN JOSE**, identificado con cédula de ciudadanía No. **1000033651**, cursó en el periodo académico **2023A**, veinte (20) créditos académicos correspondientes al **SEPTIMO** semestre nivelatorio del programa **TECNICA PROFESIONAL EN PROCESOS GRAFICOS**, jornada unica en la modalidad presencial, sede Bogotá D.C.

Según calendario académico, el período académico del año **2023A**, dio inicio el seis (06) de febrero del 2023 y finalizó el tres (03) de junio del 2023.

La jornada de estudio se encuentra establecida para ser cursada de lunes a viernes de 7:00 am a 10:00 pm, con disponibilidad de los días sabados de 7:00 am a 8:00 pm, el estudiante en mención cuenta con registro de matrícula en la franja horaria Diurna.

Que el programa anteriormente mencionado, hace parte del Programa Profesional por ciclos propedéuticos en **DISEÑO GRAFICO**.

Que en virtud de la resolución No 6218 del 23 de diciembre de 2005, expedida por el Ministerio de Educación Nacional, la CUN obtiene su redefinición institucional, quedando facultada para ofrecer formación en educación superior por ciclos propedéuticos (Técnico Profesional, Tecnológico y Profesional Universitario).

La presente certificación se expide por solicitud del interesado en la ciudad de Bogotá D.C., a los cuatro (04) días del mes de junio de dos mil veintitrés (2023).

FIN DEL DOCUMENTO



LEIDI YOLIMA FERNANDEZ PENAGOS
Líder de Registro y Control

