

 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:	01/09/2023 – 08/09/2023		

(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 miR-34a en exosomas	Archivo digital cuantificación cDNAs	Archivo digital recibido por correo electrónico el 18 de septiembre 2023	
Ensayos de qPCR	PCR cuantitativa qPCR miR-34a exosomas	Archivo digital con los resultados de las qPCRs	Archivo digital recibido por correo electrónico el 18 de septiembre 2023	
Ensayo Western- Blot	Detección de blancos moleculares (proteínas) de Cardiomiocitos expuestos o no a DOX por 1h y 22h	-	-	
Extracción proteínas mitocondriales	Lisis de mitocondrias de cardiomiocitos expuestos o no a Dox	-	-	
% DE AVANCE ACUMULADO			100%	

(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.

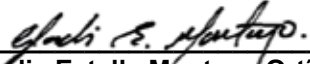
 INSTITUTO NACIONAL DE SALUD	PROCESO ADQUISICIÓN DE BIENES Y SERVICIOS	INFORME PARCIAL DE SUPERVISIÓN	Versión: 02
			2019-03-29
		FOR-A02.0000-037	Página 2 de 2

<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., Septiembre 18 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 Ortíz	
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:	01/09/2023	HASTA:	08/09/2023
DESCRIPCIÓN DEL AVANCE				
<u>1. Extracción de proteínas mitocondriales</u> <u>2. Reacciones de retro-transcripción (RT) para detección de miR-34a provenientes de exosomas provenientes de células MCF-7</u> <u>2. PCR para detección de miR-34a en exosomas provenientes de células MCF-7</u> <u>3. Ensayo de detección de proteínas. Western Blot</u>				

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	PROCESO GESTION FINANCIERA	CERTIFICACION DE CUMPLIMIENTO PARA PAGO DE CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS	Versión: 09
		FOR-A09.2026-002	2023-04-21

CERTIFICACION:	PARCIAL ☐	FINAL ☒	CESION ☐	FEI ☐	SGR ☐
----------------	----------------------------------	---	---------------------------------	------------------------------	------------------------------

1-INFORMACIÓN GENERAL DEL CONTRATO

NIT o CÉDULA:	51853583	CONTRATISTA:	Gladis Estella Montoya Ortiz	
CONTRATO No.:	INS-CPS-152-2023	FECHA INICIO:	9/05/2023	FECHA TERMINACION:
REGISTRO PRESUPUESTAL:	70923	VALOR HONORARIOS:	5.200.000	PAGO NUMERO:
				5 DE 5

2- RESUMEN VALORES GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

TIPO DE CONTRATO:	DECLARANTE RENTA	PENSIONANDO	ANEXO CERTIFICACION DE INGRESOS
PROFESIONAL	SI	NO	NO

INGRESOS HONORARIOS :	1.386.667		
INGRESOS POR DESPLAZAMIENTO:		POR DIAS	CANTIDAD DIAS
TOTAL INGRESOS	1.386.667	SI	8
BASE IMPUESTO:			HONORARIOS
			5.200.000

3-LIQUIDACION DE PAGO A SEGURIDAD SOCIAL

(El valor del IBC, debe corresponder exclusivamente al aporte realizado en virtud del contrato suscrito con el INS)		MES PLANILLA :	ANTICIPADA
Planilla de Pago No.: 9455807265		Fecha Pago: 15/09/2023	

Total (IBC):	1.160.000		
PENSION 16% (valor aporte):	185.600	NOMBRE PENSION :	COLPENSIONES (público)
SALUD 12,5%(valor aporte):	145.000	NOMBRE SALUD:	E.P.S. FAMISANAR LTDA.
ARL RIESGO III 2,436% (valor aporte):	28.300	NOMBRE ARL:	SURA
TOTAL PAGO AL SISTEMA G.S.S.I.:	358.900		

4-DATOS DE RETENCION Y NETO A PAGAR

DERECHOS DE DEDUCCIÓN:	VALOR	MESES	VALOR A DEDUCIR													
a. % VIVIENDA: límite max. Mensual 100 uvt 3.800.400, correspondiente al año inmediatamente anterior.		1	-	<table style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th>CONCEPTO</th> <th>BASE</th> <th>TARIFA</th> <th>%</th> </tr> <tr> <td>RTE ICA</td> <td>1.056.067</td> <td>0,766%</td> <td>8.089</td> </tr> <tr> <td>RTEFUENTE</td> <td>\$ 666.825</td> <td>15,72</td> <td>-</td> </tr> </table>	CONCEPTO	BASE	TARIFA	%	RTE ICA	1.056.067	0,766%	8.089	RTEFUENTE	\$ 666.825	15,72	-
CONCEPTO	BASE	TARIFA	%													
RTE ICA	1.056.067	0,766%	8.089													
RTEFUENTE	\$ 666.825	15,72	-													
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		138.667													
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		138.666,67	TOTAL IMPUESTOS \$: 8.089 TOTAL A PAGAR \$: 1.378.577												

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.

Firma

Firma

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): _____



Planilla Resumen

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	Valor
2023-09	2023-09	161842467	9455807265	I	2023/10/20	2023/09/15	BANCO DAVIVIENDA	\$358,900

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES																																									
EMPLEADO			NOVEDADES										PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES												
No.	Identificación	Nombre	ing	ret	tdc	tae	tdp	tap	vsp	cor	vst	sln	ige	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)																						\$1,160,000	\$185,600			\$1,160,000	\$145,000			\$0	\$0			\$1,160,000	\$28,300		\$0	\$0		\$358,900	
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)																						\$1,160,000	\$185,600			\$1,160,000	\$145,000			\$0	\$0			\$1,160,000	\$28,300		\$0	\$0		\$358,900	
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)																						\$1,160,000	\$185,600			\$1,160,000	\$145,000			\$0	\$0			\$1,160,000	\$28,300		\$0	\$0		\$358,900	
1	CC	51853583	MONTOYA GLADIS							X										25-14	30	\$1,160,000	\$185,600	EPS017	30	\$1,160,000	\$145,000		0	\$0	\$0	14-11	30	\$1,160,000	2.436%	\$28,300	0	\$0	\$0	No	\$358,900
Total Afiliados(1)																						\$1,160,000	\$185,600			\$1,160,000	\$145,000			\$0	\$0			\$1,160,000	\$28,300		\$0	\$0		\$358,900	

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	Valor
2023-09	2023-09	161842467	9455807265	I	2023/10/20	2023/09/15	BANCO DAVIVIENDA	\$358,900

RESUMEN DE PAGO								
RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)					1	\$185,600	\$0	\$185,600
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	1	\$185,600	\$0	\$0	\$185,600
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)					1	\$28,300	\$0	\$28,300
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	1	\$28,300	\$0	\$0	\$28,300
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)					1	\$145,000	\$0	\$145,000
FAMISANAR	EPS017	830,003,564	7	1	\$145,000	\$0	\$0	\$145,000
TOTAL					1	\$358,900	\$0	\$358,900

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.	SI NO
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	

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
2. Información por Salud, literal a, b Artículo 387 E.T.
2.1 Adjunta Certificación
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
- 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.

 INSTITUTO NACIONAL DE SALUD	PROCESO GESTIÓN FINANCIERA	CERTIFICADO DE INGRESOS	Versión: 17 2023-01-27
		FOR-A09.0000-013	Página 2 de 2

Gloria E. Montenegro

SE FIRMA BAJO LA GRAVEDAD DE JURAMENTO

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 cédular como Rentas de Trabajo.

**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

