

	INSTITUTO NACIONAL DE SALUD	PROCESO GESTION FINANCIERA	CERTIFICACION DE CUMPLIMIENTO PARA PAGO DE CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS	Versión: 11				
				FOR-A09.2026-002	2024-09-06			
TIPO DE CERTIFICACION:		PARCIAL	CESION:	NO	FEI:	NO	SGR:	NO
1-INFORMACIÓN GENERAL DEL CONTRATO								
NIT o CÉDULA:		1121841928	CONTRATISTA:		LINA MARCELA QUEVEDO GUTIÉRREZ			
CONTRATO No.:		345 - 2024	FECHA INICIO:		1/10/2024	FECHA FINAL:		23/12/2024
REGISTRO PRESUPUESTAL:		143024	VALOR HONORARIOS:		\$ 6.000.000	PAGO NUMERO:	1	DE 3
2- RESUMEN VALORES GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO								
TIPO CONTRATO:		DECLARA RENTA:	PENSIONADO:	ANEXO CERTIFICADO DE INGRESOS		RESPONSABLE DE IVA		
PROFESIONAL		SI	NO	SI		NO		
INGRESOS HONORARIOS :		\$ 6.000.000		POR DIAS		CANTIDAD DE DIAS		HONORARIOS
IVA 19%				NO				\$ 6.000.000,00
INGRESOS POR DESPLAZAMIENTO:				FACTURA:		FECHA:		
TOTAL INGRESOS BASE IMPUESTO:		\$ 6.000.000						
3-LIQUIDACION DE PAGO A SEGURIDAD SOCIAL								
TOTAL (IBC):		\$ 2.400.000				PAGO PLANILLA		
PENSION 16% (valor aporte):		\$ 384.000		Administradora Colombiana de Pensiones Colpensiones		ANTICIPADO		
SALUD 12,5% (valor aporte):		\$ 300.000		E.P.S Sanitas		PLANILLA DE PAGO		
ARL RIESGO III 2,436% (valor aporte):		\$ 58.500		Positiva Compañía de Seguros		No.		
TOTAL PAGO AL SISTEMA G.S.S.I.:		\$ 742.500				81308128		
						FECHA		
						31/10/2024		
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)						NO		
4-DATOS DE RETENCION Y NETO A PAGAR								
Declara costos y deducciones asociados al ingreso en la declaración de renta (Decreto 2231 del 22 de diciembre de 2023, Artículo 9 y 11)						NO		
DERECHOS DE DEDUCCIÓN		VALOR	MES	VALOR A DEDUCIR		CONCEPTO		
a. % INTERESES POR PRESTAMOS DE VIVIENDA: limte max. Mensual 100 uvt 4.706.500, correspondiente al año inmediatamente anterior.			1			RETEICA		
b. PREPAGADA o SEGURO SALUD O PLAN COMPLEMENTARIO: limte max. Mensual 16 uvt 753.040, correspondiente al año inmediatamente anterior.		84.600	1	84.600		\$ 5.316.000		
c. DEPENDIENTE: limte max. Mensual 32 uvt 1.506.000 correspondiente al mes pagado		SI		600.000		0,766%		
d. APORTES: (Volunt. Pensiones) voluntarias No superior al 30% de los ingresos correspondiente al mes pagado 3800/178.847.000						\$ 40.721		
e. APORTES: (AFC) No superior al 30% de los ingresos correspondiente al mes pagado 178.847.000						RETEFUENTE		
						\$ 3.429.675		
						72,87		
						\$ -		
						RETEIVA		
						0		
DERECHOS DE DEDUCCIÓN		VALOR	\$	684.600		TOTAL IMPUESTO		
						\$ 40.720,56		
						TOTAL A PAGAR		
						\$ 5.959.279,44		
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								
Lina Quevedo								
FIRMA CONTRATISTA								
El supervisor del contrato certifica que el contratista cumplio a cabalidad las obligaciones contractuales pactadas dentro del periodo objeto de cobro y que verificó el pago de los aportes al sistema de seguridad social (SALUD 12,5%, PENSION 16% Y ARL 2,436%) de conformidad con las normas vigentes.								
Nombre supervisor ROSA ELVINIA RODRIGUEZ						Nombre supervisor		
Cargo Profesional Especializado						Cargo		
Dependencia Dirección de Redes en S.P.						Dependencia		
6- INFORMACION RADICACION Y OBLIGACION								

 <div>INSTITUTO NACIONAL DE SALUD</div> <div>PROCESO GESTION FINANCIERA</div>	CERTIFICACION DE CUMPLIMIENTO PARA PAGO DE CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS	Versión: 11
	FOR-A09.2026-002	2024-09-06

Radicado No: _____
Fecha radicado No: _____

Obligación No: _____
Fecha Radicación (SIIF): _____

Compensar operador de información certifica que procesó el pago realizado por:

Señor(a): LINA MARCELA QUEVEDO GUTIERREZ
No. Identificación: CC1121841928
Dirección: CARRERA 17 B # 175 -91 TORRE 3 APTO 403
Telefono: 3125753362
Correo: lmquevedo24@gmail.com
Ciudad: BOGOTÁ, D.C.
Número de Planilla: 81308128

CITE EL NÚMERO DE PLANILLA PARA CUALQUIER CONSULTA DE PAGO

Nombre Aportante	LINA MARCELA QUEVEDO GUTIERREZ
Tipo y número de identificación	CC1121841928
Número de planilla	81308128
Fecha pago	2024-10-31
Número de autorización pago	1820393
Banco	1083

Número de Empleados	1
Periodo de Cotización Salud	octubre de 2024
Periodo de Cotización Pensión	octubre de 2024
Número de Administradoras	4
Total Pagado	790500
Total Intereses de Mora	0

CÓDIGO ADMINISTRADORA	NOMBRE	TOTAL PAGADO	NÚMERO DE AFILIADOS
14-23	POSITIVA COMPANIA DE SEGUROS	58500	1
25-14	Administradora Colombiana de Pensiones - Colpensiones	384000	1
CCF21	Cafam Caja de Compensacion Fliar	48000	1
EPS005	Sanitas EPS	300000	1

TIPO DOC.: CC
NO. DOCUMENTO: 1121841928
APELLIDOS Y NOMBRES: LINA MARCELA QUEVEDO GUTIERREZ

Cód. EPS	Cód. AFP	IBC SALUD	IBC PENSIÓN	IBC RIESGOS	IBC CAJAS	COTIZACIÓN SALUD	VALOR UPC	COTIZACIÓN PENSIÓN	FONDO SOLIDARIDAD Y SUBSISTENCIA	COTIZACIÓN RIESGOS	APORTE CAJAS
EPS005	25-14	2400000	2400000	2400000	2400000	300000	0	384000	0	58500	48000

 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 2

NUMERO DE CONTRATO	INS-CPS-345-2024	NOMBRE DEL CONTRATISTA	LINA MARCELA QUEVEDO GUTÉRREEZ
OBJETO DEL CONTRATO	Prestar servicios profesionales a la Dirección de Redes en Salud Pública con el fin de apoyar el cumplimiento de actividades misionales.		
PERIODO DEL INFORME	DESDE:	01/10/2024	HASTA: 23/12/2024
DESCRIPCIÓN DEL AVANCE			
Obligación 1: Apoyar en la elaboración de documentos técnicos, lineamientos, informes, infografías, guías y documentos técnicos pertinentes para el cumplimiento y desarrollo de las actividades técnico-científicas Subdirección Laboratorio Nacional de Referencia (SLNR) y de la Dirección de Redes en Salud Pública (DRSP).		<ul style="list-style-type: none"> •Revisión del Informe de la evaluación externa del desempeño en pcr en tiempo real para la identificación de Bordetella spp. • Revisión del Aseguramiento de la validez de los resultados – Tamizaje Neonatal. • Revisión de la Guía para la Evaluación Externa del Desempeño de Micobacterias en la Red Nacional de Laboratorios. • Revisión del Informe evaluación externa del desempeño en bacteriología y resistencia a los antimicrobianos. • Revisión del Informe del piloto evaluación externa del desempeño Campylobacter spp. • Revisión de Infografía de Fenilcetonuria. • Revisión del Boletín de Vigilancia de la calidad del Agua para el consumo humano. • Revisión de las Guías para la realización de bioensayos de susceptibilidad a insecticidas en mosquitos. • Revisión de Informe final de resultados evaluación externa del desempeño de serología de sífilis. 	
Obligación 2: Participar en las actividades orientadas a fortalecer la operación, hacer seguimiento y acompañamiento a los grupos de la SLNR en las actividades de situaciones de desviación y mejora continua a los LNR de conformidad con la normatividad vigente.		<ul style="list-style-type: none"> • Se realiza un cronograma para la realización de documentos para insumos de las aulas virtuales. • Asistencia a los grupos del LNR en capacitaciones virtuales. • Consolidación de las necesidades en Capacitación de los LSP como insumo en la elaboración para las Aulas virtuales. 	
Obligación 3: Participar la estructuración de respuestas organizadas desde los grupos del LNR y la Dirección de Redes en Salud Pública a brotes y emergencias, asistir, gestionar y hacer seguimiento de las tareas resultantes de la participación en el COE y COVE.		Asistencia al Seguimiento PADI COP 16, Octubre 24 de 2024	
Obligación 4: Brindar apoyo profesional en la estructuración de las respuestas de las solicitudes tanto internas como externas, derechos de petición, consultas, tutelas de la SLNR y la DRSP.		Respuesta al Alcance e información del proceso de consulta Previa para la Construcción del Plan estructural de acción Sentencia T302 DE 2017	
Obligación 7: Las demás que determine el supervisor y todas aquellas que emanen de la naturaleza del contrato y que sean necesarios para el desarrollo eficiente del mismo.		<ul style="list-style-type: none"> •Realización de Acta de Reunión con Coordinadores de LNR 07/10/2024. •Realización de Acta de Reunión con Coordinadores de LNR 17/10/2024. •Realización de Acta de Reunión con Coordinadores de LNR 21/10/2024. •Consolidación de turnos de compensación de Coordinadores de LNR. 	

 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 2 de 2

	<ul style="list-style-type: none"> •Realización de cartas de invitación a la VII Reunión Nacional de Vigilancia de Laboratorio. •Generación de SISDOC para Secretarios de Salud para VII Reunión Nacional de Vigilancia de Laboratorio.

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

Lina Quevedo

LINA MARCELA QUEVEDO GUTIÉRREZ
CC: 1121841928

 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-345-2024		
(2) Nombre del Contratista:	LINA MARCELA QUEVEDO GUTIÉRREZ		
(3) Cargo del supervisor:	ROSA ELVINIA RODRIGUEZ RODRIGUEZ		
(4) Interventoría si ☐ no ☐ Nombre:	rerodriguez@ins.gov.co		
(5) Correo del supervisor y/o del Interventor (si aplica)			
(6) Objeto del contrato:	Prestar servicios profesionales a la Dirección de Redes en Salud Pública con el fin de apoyar el cumplimiento de actividades misionales		
(7) Fecha de inicio:	01/10/2024	(8) Fecha terminación:	23/12/2024
(9) Período objeto del informe:	01 al 30 de Octubre de 2024		

(10) ANALISIS Y SEGUIMIENTO DE LAS ACTIVIDADES REALIZADAS Y/O PRODUCTOS ENTREGADOS EN EL MES O PERIODO EJECUTADO

Obligación contractual	Actividad desarrollada	Producto recibido	Comentarios del Supervisor
Apoyar en la elaboración de documentos técnicos, lineamientos, informes, infografías, guías y documentos técnicos pertinentes para el cumplimiento y desarrollo de las actividades técnico-científicas Subdirección Laboratorio Nacional de Referencia (SLNR) y de la Dirección de Redes en Salud Pública (DRSP).	<ul style="list-style-type: none"> • Revisión del Informe de la evaluación externa del desempeño en pcr en tiempo real para la identificación de Bordetella spp. • Revisión del Aseguramiento de la validez de los resultados – Tamizaje Neonatal. • Revisión de la Guía para la Evaluación Externa del Desempeño de Micobacterias en la Red Nacional de Laboratorios. • Revisión del Informe evaluación externa del desempeño en bacteriología y resistencia a los antimicrobianos. • Revisión del Informe del piloto evaluación externa del desempeño Campylobacter spp. • Revisión de Infografía de Fenilcetonuria. • Revisión del Boletín de Vigilancia de la calidad del Agua para el consumo humano. • Revisión de las Guías para la realización de bioensayos de susceptibilidad a insecticidas en mosquitos. • Revisión de Informe final de resultados evaluación externa del desempeño de serología de sífilis. 	<ul style="list-style-type: none"> • Informe de la evaluación externa del desempeño en pcr en tiempo real para la identificación de Bordetella spp. • Aseguramiento de la validez de los resultados – Tamizaje Neonatal. • Revisión de la Guía para la Evaluación Externa del Desempeño de Micobacterias en la Red Nacional de Laboratorios. • Revisión del Informe evaluación externa del desempeño en bacteriología y resistencia a los antimicrobianos. • Revisión del Informe del piloto evaluación externa del desempeño Campylobacter spp. • Revisión de Infografía de Fenilcetonuria. • Revisión del Boletín de Vigilancia de la calidad del Agua para el consumo humano. • Revisión de las Guías para la realización de bioensayos de susceptibilidad a insecticidas en mosquitos. • Informe final de resultados evaluación externa del desempeño de serología de sífilis 	Recibido
Participar en las actividades orientadas a fortalecer la operación, hacer seguimiento y acompañamiento a los grupos de la SLNR en las	<ul style="list-style-type: none"> • Se realiza un cronograma para la realización de documentos para insumos de las aulas virtuales. • Asistencia a los grupos del LNR en capacitaciones virtuales. 	<ul style="list-style-type: none"> • Cronograma para la realización de documentos para insumos de las aulas virtuales. 	Recibido

 INSTITUTO NACIONAL DE SALUD	PROCESO ADQUISICIÓN DE BIENES Y SERVICIOS	INFORME PARCIAL DE SUPERVISIÓN	Versión: 03
			2023-11-17
		FOR-A02.0000-037	Página 2 de 3

actividades de situaciones de desviación y mejora continua a los LNR de conformidad con la normatividad vigente.	<ul style="list-style-type: none"> Consolidación de las necesidades en Capacitación de los LSP como insumo en la elaboración para las Aulas virtuales. 	<ul style="list-style-type: none"> Registro de Asistencia a los grupos del LNR en capacitaciones virtuales. Archivo de Excel con consolidación de las necesidades en Capacitación de los LSP como insumo en la elaboración para las Aulas virtuales. 	
Participar la estructuración de respuestas organizadas desde los grupos del LNR y la Dirección de Redes en Salud Pública a brotes y emergencias, asistir, gestionar y hacer seguimiento de las tareas resultantes de la participación en el COE y COVE.	Asistencia al Seguimiento PADI COP 16, Octubre 24 de 2024	Se anexa registro de asistencia	Recibido
Brindar apoyo profesional en la estructuración de las respuestas de las solicitudes tanto internas como externas, derechos de petición, consultas, tutelas de la SLNR y la DRSP.	Respuesta al Alcance e información del proceso de consulta Previa para la Construcción del Plan estructural de acción Sentencia T302 DE 2017	Copia de las observaciones realizadas en correo electrónico	Recibido
Apoyar a la supervisión de los contratos asignados a los grupos de la Subdirección Laboratorio Nacional de Referencia (SLNR).	No se presentaron en el periodo objeto del informe	No aplica	No aplica
Apoyar en elaboración y estructuración de presentaciones de acuerdo a necesidades del Director técnico.	No se presentaron en el periodo objeto del informe	No aplica	No aplica
Las demás que determine el supervisor y todas aquellas que emanen de la naturaleza del contrato y que sean necesarios para el desarrollo eficiente del mismo.	<ul style="list-style-type: none"> Realización de Acta de Reunión con Coordinadores de LNR 07/10/2024. Realización de Acta de Reunión con Coordinadores de LNR 17/10/2024. Realización de Acta de Reunión con Coordinadores de LNR 21/10/2024. Consolidación de turnos de compensación de Coordinadores de LNR. Realización de cartas de invitación a la VII Reunión Nacional de Vigilancia de Laboratorio. Generación de SISDOC para secretarios de Salud para VII Reunión Nacional de Vigilancia de Laboratorio. 	<ul style="list-style-type: none"> Acta de Reunión con Coordinadores de LNR 07/10/2024. Acta de Reunión con Coordinadores de LNR 17/10/2024. Acta de Reunión con Coordinadores de LNR 21/10/2024. Archivo Excel con consolidación de turnos de compensación de Coordinadores de LNR. Cartas de invitación a la VII Reunión Nacional de Vigilancia de Laboratorio. SISDOC para secretarios de Salud para VII Reunión Nacional de Vigilancia de Laboratorio. 	Recibido
% DE AVANCE ACUMULADO		36%	

	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

(11) DE CONFORMIDAD CON EL SEGUIMIENTO A LA EJECUCIÓN DEL CONTRATO, EL SUPERVISOR/INTERVENTOR (ES) CERTIFICA QUE:	
<ol style="list-style-type: none"> 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. 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). 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. 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. <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> 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:	Ninguna
(13) En constancia, firmo:  ROSA ELVINIA RODRIGUEZ RODRIGUEZ Supervisor	
(14) Bogotá, D. C., 01 de Noviembre de 2024	

 <div>INSTITUTO NACIONAL DE SALUD</div>	PROCESO GESTIÓN FINANCIERA	CERTIFICADO DE INGRESOS	Versión: 19	
		FOR-A09.0000-013	2024-08-16	
DECLARACION JURAMENTADA				
Yo, LINA MARCELA QUEVEDO GUTIÉRREZ , identificado con Cédula de Ciudadanía				
No. 1.121.841.928 de VILLAVICENCIO , me permito declarar que mi vínculo actual con el Instituto Nacional de Salud es mediante: Contrato de Prestación de Servicios , con contrato número 345 -2024				
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)		NO		
Cumpro con uno o varios requisitos relacionados a continuación: * Mis ingresos en el año anterior fueron superiores a 1.400 UVT o 59.376.800 A 31 de diciembre de 2023. * Mi patrimonio bruto excedió 4.500 UVT o \$ 190.854.000 * 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.		SOY DECLARANTE DE RENTA		
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 2023 pague intereses o tuve 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 2023). Artículo 31 de la Ley 2277 de 2022		NO		
* 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)		NO		
* Durante la vigencia 2023 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)		SI		
* Realizo aportes a Fondos de Pensiones Voluntarias de acuerdo al Artículo 126-1 E.T (adjunto la certificación correspondiente al fondo de pensiones voluntarias)		NO		
* 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)		NO		
* Cumpro 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)		SI		
☐ ° Tengo hijos entre 0 y 18 años de edad. (Adjunto registro civil de nacimiento).				
☐ ° Soy persona natural y tengo hijos con edad entre los 18 y 23 años de edad, de los cuales me encuentro 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)				
☐ ° Tengo hijos mayores de 23 años que se encuentran en situación de dependencia originada en factores físicos o psicológicos que sean certificados por Medicina Legal. (Adjunto registro civil de nacimiento, cédula de ciudadanía y certificado de Medicina Legal).				
☐ ° Mi cónyuge o compañero permanente se encuentra 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, registro civil de matrimonio, cédula de ciudadanía, certificado de contador público o certificado de Medicina Legal)				
☐ ° Mis padres o mis hermanos 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
TI	1146685740	ALEJANDRO SERRANO QUEVEDO	8 AÑOS	HIJO
TI	1188224101	VALERIA SERRANO QUEVEDO	8 AÑOS	HIJA
La anterior se firma el <u>1</u> del mes <u>11</u> del año <u>2024</u>				
<div>Lina Quevedo</div> <div>SE FIRMA BAJO LA GRAVEDAD DE JURAMENTO</div>				
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.				

REPÚBLICA DE COLOMBIA



ORGANIZACIÓN ELECTORAL
REGISTRADURÍA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL
DIRECCIÓN NACIONAL DE REGISTRO CIVIL

NUIP 1146685740

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 53041899

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría ☐	Notaría ☒	Número ☐	Consulado ☐	Corregimiento ☐	Inspección de Policía ☐	Código D V J
País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección de Policía						
COLOMBIA - CUNDINAMARCA BOGOTA D.C						

Datos del inscrito

Primer Apellido		Segundo Apellido	
SERRANO		QUEVEDO	
Nombre(s)			
ALEJANDRO			
Fecha de nacimiento		Sexo (en letras)	Grupo sanguíneo
Año 2 0 1 5	Mes D I C	Día 0 4	MASCULINO
Lugar de nacimiento (País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección)		Factor RH	POSITIVO
COLOMBIA CUNDINAMARCA BOGOTA D.C.			

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos	Número certificado de nacido vivo
CERTIFICADO DE NACIDO VIVO	13223521-0

Datos de la madre

Apellidos y nombres completos	
QUEVEDO GUTIERREZ LINA MARCELA	
Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
C.C. 1121841928 VILLAVICENCIO	COLOMBIANA

Datos del padre

Apellidos y nombres completos	
SERRANO SOLER CESAR AUGUSTO	
Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
C.C. 7184526 TUNJA	COLOMBIANA

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos	
SERRANO SOLER CESAR AUGUSTO	
Documento de identificación (Clase y número)	Firma
C.C. 7184526 BOGOTA D.C	

Datos primer testigo

Apellidos y nombres completos	
Documento de identificación (Clase y número)	Firma

Datos segundo testigo

Apellidos y nombres completos	
Documento de identificación (Clase y número)	Firma

Fecha de inscripción	Nombre y firma del funcionario que autoriza
Año 2 0 1 5 Mes D I C Día 0 7	GLORIA CECILIA ESTRADA DE TURBAY
Nombre y firma	

IMPRESO POR: CADAMERICANA, TONALÁ, IMPRESOS S.A. TEL: 486.115.115 TEL. 486.2110

- SEGUNDA COPIA PARA EL USUARIO -



NUIP 1.188.224.101

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 56466163

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría ☒ Notaría ☐ Número Consulado ☐ Corregimiento ☐ Inspección de Policía ☐ Código E K Z

País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección de Policía

REGISTRADURIA DE TEUSAQUILLO- CL UNIVERSITARIA DE COLOMBIA - COLOMBIA

Datos del inscrito

Primer Apellido SERRANO Segundo Apellido QUEVEDO
Nombre(s) VALERIA
Fecha de nacimiento Año 2016 Mes 01 Día 06 Sexo (en letras) FEMENINO Grupo sanguíneo A Factor RH POSITIVO
Lugar de nacimiento (País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección) COLOMBIA CUNDINAMARCA BOGOTA D.C.

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos

CERTIFICADO MEDICO O DE NACIDO VIVO

Número certificado de nacido vivo

13635103-4

Datos de la madre

Apellidos y nombres completos QUEVEDO GUTIERREZ LINA MARCELA
Documento de identificación (Clase y número) CC 1.121.841.928 Nacionalidad COLOMBIA

Datos del padre

Apellidos y nombres completos SERRANO SOLER CESAR AUGUSTO
Documento de identificación (Clase y número) CC 7.184.526 Nacionalidad COLOMBIA

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos SERRANO SOLER CESAR AUGUSTO
Documento de identificación (Clase y número) CC 7.184.526 Firma

Datos primer testigo

Apellidos y nombres completos
Documento de identificación (Clase y número) Firma

Datos segundo testigo

Apellidos y nombres completos
Documento de identificación (Clase y número) Firma

Fecha de inscripción Año 2016 Mes 01 Día 13 Nombre y firma del funcionario que autoriza MARIO ZAPATA REY REGISTRADOR

Reconocimiento paterno Firma Nombre y firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento

ESPACIO PARA NOTAS

13.OCT.2016 LIBRO DE VARIOS TOMO 41 FOLIO 0010.



ES FIEL COPIA DEL ORIGINAL, ART. 115 DCTO 1260/70 y ART. 1o. DCTO 278/72.
PARA ACREDITAR PARENTESCO. EXENTO DE SELLO (ART.11 DCTO 2150/95).
VALIDEZ PERMANENTE (ART. 1o. DCTO 2189/83).

BOGOTA, D. C. - LOCALIDAD DE TEUSAQUILLO - Av.Carrera 28 No. 35-24

Fecha: 08 ENE 2019

EDWIN JAMES PAEZ MUÑOZ

Adhesivo Copia
Registro Civil

- ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO -



ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD SANITAS S A S - EN
INTERVENCIÓN BAJO LA MEDIDA DE TOMA DE POSESIÓN

N.I.T. : 800.251.440-6

Línea de atención en:

Bogotá: 3759393

Nacional: 018000957010

#936 desde líneas Claro, Movistar, Tigo

CERTIFICADO DE PAGOS CONTRATO PLAN DE ATENCIÓN COMPLEMENTARIA

Bogotá, 15 de agosto de 2024

A QUIEN CORRESPONDA

EPS Sanitas certifica, que durante el año gravable 2023, **LINA MARCELA QUEVEDO GUTIERREZ** identificado (a) con CC No. **1121841928**, Titular del Contrato No.31873995, pagó por concepto de cuotas de PLAN PREMIUM, por los siguientes usuarios:

APELLIDOS Y NOMBRES	DOCUMENTO	PARENTESCO	PERIODO	VR NETO	VALOR IVA	TOTAL
VALERIA SERRANO QUEVEDO	TI 1188224101	OTROS	01-01/31-12	\$483.434	\$24.172	\$507.606
ALEJANDRO SERRANO QUEVEDO	TI 1146685740	OTROS	01-01/31-12	\$483.434	\$24.172	\$507.606
POR CONCEPTO DE VALES VENDIDOS				\$0	\$0	\$0

LA SUMA DE: \$1.015.211 (UN MILLON QUINCE MIL DOSCIENTOS ONCE PESOS M/CTE)

De acuerdo con lo establecido en el Parágrafo 1, artículo 1.2.4.1.6, del decreto 1625 del 2016 (DUR), el monto máximo para disminuir de la base de retención de lo pagado por concepto de salud es 16 UVT.

Cordialmente,

Gerencia de Operaciones