

 <div>INSTITUTO NACIONAL DE SALUD</div>	PROCESO GESTION FINANCIERA	CERTIFICACION DE CUMPLIMIENTO PARA PAGO DE CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS	Versión: 12
		FOR-A09.2026-002	2025-01-31

TIPO DE CERTIFICACION:	PARCIAL	CESION:	NO	FEI:	NO	SGR:	NO
------------------------	---------	---------	----	------	----	------	----

1-INFORMACIÓN GENERAL DEL CONTRATO							
No. NIT o CÉDULA:	1.121.841.928	CONTRATISTA:	LINA MARCELA QUEVEDO GUTIÉRREZ				
CELULAR	3125753362	FECHA INICIO:	24/01/2025	FECHA FINAL:	30/10/2025		
CONTRATO No.:	INS-CPS-042-2025	VALOR HONORARIOS:	\$ 6.000.000	PAGO NUMERO:	1	DE	10
REGISTRO PRESUPUESTAL:	5525						

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:	\$ -						
TOTAL INGRESOS BASE IMPUESTO:	\$ 6.000.000	FACTURA:			FECHA:		

3-LIQUIDACION DE PAGO A SEGURIDAD SOCIAL							
TOTAL (IBC):	\$ 2.400.000	ENTIDAD PROMOTORA	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 No.	83411965	FECHA	27/01/2025	
ARL RIESGO III 2,436% (valor aporte):	\$ 58.500	Positiva Compañía de Seguros	PLANILLA DE PAGO AJUSTE (Si aplica)				
TOTAL PAGO AL SISTEMA G.S.S.I.:	\$ 742.500						

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	BASE	TARIFA	%
a. % INTERESES POR PRESTAMOS DE VIVIENDA: limte max. Mensual 100 uvt 4.979.900, correspondiente al año inmediatamente anterior.		1	-	RETEICA	\$ 5.316.000	0,766%	\$ 40.721
b. PREPAGADA o SEGURO SALUD O PLAN COMPLEMENTARIO: limte max. Mensual 16 uvt 796.784, correspondiente al año inmediatamente anterior.	96.400	1	96.400	RETEFUENTE	\$ 3.420.825	68,69	\$ -
c. DEPENDIENTE: limte max. Mensual 32 uvt 1.593.568 correspondiente al mes pagado	SI		600.000	RETEIVA			0
d. APORTES: (Volunt. Pensiones) voluntarias No superior al 30% de los ingresos correspondiente al mes pagado 3800/189.236.200			-	TOTAL IMPUESTO		\$	40.720,56
e. APORTES: (AFC) No superior al 30% de los ingresos correspondiente al mes pagado 189.236.200			-	TOTAL A PAGAR		\$	5.959.279,44
DERECHOS DE DEDUCCIÓN	VALOR	\$	696.400	RETEFUENTE VOLUNTARIA	NO		

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 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	OMAYDA CARDENAS BUSTAMANTE
Cargo	SUBDIRECTORA TÉCNICA
Dependencia	SLNR
Nombre supervisor	
Cargo	
Dependencia	

6- INFORMACION RADICACION Y OBLIGACION	
Radicado No:	Obligación No:
Fecha radicado 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: 83411965

CITE EL NÚMERO DE PLANILLA PARA CUALQUIER CONSULTA DE PAGO

Nombre Aportante	LINA MARCELA QUEVEDO GUTIERREZ	Número de Empleados	1
Tipo y número de identificación	CC1121841928	Periodo de Cotización Salud	enero de 2025
Número de planilla	83411965	Periodo de Cotización Pensión	enero de 2025
Fecha pago	2025-01-27	Número de Administradoras	4
Número de autorización pago	1883386	Total Pagado	790500
Banco	1083	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 1

NUMERO DE CONTRATO	INS-CPS-042-2025	NOMBRE DEL CONTRATISTA	LINA MARCELA QUEVEDO GUTIÉRREZ	
OBJETO DEL CONTRATO	Prestar servicios profesionales a la Subdirección de Laboratorio Nacional de Referencia de la dirección Redes en Salud Pública con el fin de apoyar actividades misionales y fortalecer la operación, seguimiento y acompañamiento a los grupos de la SLNR.			
PERIODO DEL INFORME	DESDE:	24/01/2025	HASTA:	30/10/2025
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 de Guía para la confirmación de casos de mpox por laboratorio.• Revisión de Informe diagnóstico de documentación de procesos del Sistema de información de la vigilancia de la calidad del agua para consumo humano – SIVICAP®.		
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">• Realización de Acta de Reunión Fortalecimiento de Redes 20012025.• Realización de Acta de Reunión Fortalecimiento de Redes 28012025.• Realización del diseño de la Matriz de Reuniones virtuales• Realización y aplicación de Encuesta de Trabajo en equipo a los 8 coordinadores de SLNR.• Realización y aplicación de Encuesta Cultural, Organizacional y Hábitos Laborales al grupo de SLNR.• Realización de informes finales de contratos de prestación de servicios y adquisición de bienes.		
Obligación 3. 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.		<ul style="list-style-type: none">• Asignación de PQRSD Instituto Nacional de Salud No.2025-87		
Obligación 4. Apoyar en la realización tableros de control en Power BI de eventos de interés en salud pública de acuerdo con la priorización definida por la DRSP.		<ul style="list-style-type: none">• Apoyo en el desarrollo de tableros de control de Virología		
Obligación 5: 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.		<ul style="list-style-type: none">• Asistencia COVE, Enero 21 de 2025.• Asistencia COVE, Enero 28 de 2025.		
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 inducción en el sistema de seguridad y salud en el trabajo.		

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-042-2025		
(2) Nombre del Contratista:	LINA MARCELA QUEVEDO GUTIÉRREZ		
(3) Cargo del supervisor:	OMAYDA CARDENAS BUSTAMANTE- SUBDIRECTORA TÉCNICA		
(4) Interventoría si ☐ no ☐ Nombre:	No aplica		
(5) Correo del supervisor y/o del Interventor (si aplica)	ocardenas@ins.gov.co		
(6) Objeto del contrato:	Prestar servicios profesionales a la Subdirección de Laboratorio Nacional de Referencia de la dirección Redes en Salud Pública con el fin de apoyar actividades misionales y fortalecer la operación, seguimiento y acompañamiento a los grupos de la SLNR.		
(7) Fecha de inicio:	24/01/2025	(8) Fecha terminación:	30/10/2025
(9) Período objeto del informe:	Enero de 2025		

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

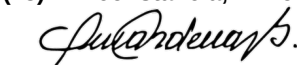
Obligación contractual	Actividad desarrollada	Producto recibido	Observaciones
Obligación 1. Apoyar en la elaboración de documentos técnicos, lineamientos, informes, infografías, guías y documentos técnicos pertinentes para el cumplimiento y desarrollo de las actividades técnico-científicas Subdirección Laboratorio Nacional de Referencia (SLNR) y de la Dirección de Redes en Salud Pública (DRSP).	<ul style="list-style-type: none"> •Revisión de Guía para la confirmación de casos de mpox por laboratorio. •Revisión de Informe diagnóstico de documentación de procesos del Sistema de información de la vigilancia de la calidad del agua para consumo humano – SIVICAP®. 	<ul style="list-style-type: none"> •Guía para la Confirmación de casos de mpox por laboratorio. •Informe diagnóstico de documentación de procesos del Sistema de información de la vigilancia de la calidad del agua para consumo humano – SIVICAP®. 	Recibido
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"> •Realización de Acta de Reunión Fortalecimiento de Redes 20012025. •Realización de Acta de Reunión Fortalecimiento de Redes 28012025. •Realización del diseño de la Matriz de Reuniones virtuales •Realización y aplicación de Encuesta de Trabajo en equipo a los 8 coordinadores de SLNR. •Realización y aplicación de Encuesta Cultural, Organizacional y Hábitos Laborales al grupo de SLNR. •Realización de informes finales de contratos de prestación de servicios y adquisición de bienes. 	<ul style="list-style-type: none"> •Acta de Reunión Fortalecimiento de Redes 20012025. •Acta de Reunión Fortalecimiento de Redes 28012025. •Matriz de Reuniones virtuales •Encuesta de Trabajo en equipo a los 8 coordinadores de SLNR. •encuesta Cultural, Organizacional y Hábitos Laborales al grupo de SLNR. •informes finales de contratos de prestación de servicios y adquisición de bienes. 	Recibido
Obligación 3. 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.	•Asignación de PQRSD Instituto Nacional de Salud No.2025-87	•PQRSD Instituto Nacional de Salud No.2025-87	

Obligación 4. Apoyar en la realización tableros de control en Power BI de eventos de interés en salud pública de acuerdo con la priorización definida por la DRSP.	•Apoyo en el desarrollo de tableros de control de Virología	• Acta de asistencia al desarrollo de tableros de control de Virología	Recibido
Obligación 5: 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 COVE, Enero 21 de 2025. •Asistencia COVE, Enero 28 de 2025.	•Acta de Asistencia COVE, Enero 21 de 2025. •Acta de Asistencia COVE, Enero 28 de 2025.	Recibido
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.	•Realización de inducción en el sistema de seguridad y salud en el trabajo.	• Inducción en el sistema de seguridad y salud en el trabajo.	Recibido

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	Clas e	Fue nte	Etap a	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	Gen eral	Exte rno	Ejec ución	Ries gos Oper acio nales	Retraso en la entrega de productos por circunstancias ajenas a la voluntad del contratista	Demora en la ejecución del objeto contractual	Supervisor	Inicio de ejecución	Fin de ejecución + 4 meses mas	Informe de supervisión mensual	Mensual	Durante el periodo se desarrollaron las obligaciones sin contratiempos por cuanto no se ha materializado el riesgo
2	Gen eral	Exte rno	Ejec ución	Ries gos Oper acio nales	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	Las obligaciones durante el periodo se han realizado conforme a lo requerido por cuanto no se han presentado defectos
	Gen eral	Exte rno	Ejec ución	Ries gos Regu latorios	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	No se han presentado cambios regulatorios, tributarios ni administrativos durante el periodo
4	Gen eral	Exte rno	Ejec ución	Ries gos Socia les o Políti cos	Problemas de orden público que afecten los desplazamientos	Demora o retrasos 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	No se han realizado desplazamientos por lo tanto no se ha materializado el riesgo

	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

% DE AVANCE ACUMULADO		10%	
(11) DE CONFORMIDAD CON EL SEGUIMIENTO A LA EJECUCIÓN DEL CONTRATO, EL SUPERVISOR/INTERVENTOR (ES) CERTIFICA QUE:			
<div><div><div>1.</div><div>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.</div></div><div><div>2.</div><div>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).</div></div><div><div>3.</div><div>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.</div></div><div><div>4.</div><div>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.</div></div><div><div>5.</div><div><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></div></div><div><div>6.</div><div>A la fecha no existen causales de incumplimiento de las obligaciones contractuales que demanden actuaciones conminatorias o sancionatorias por parte de la Administración.</div></div></div>			
(12) OBSERVACIONES:		NINGUNA	
<div>(13) En constancia, firmo:</div> <div><div></div><div>OMAYDA CARDENAS BUSTAMANTE</div><div>Supervisor</div></div>			
(14) Bogotá, D. C., 03 de Febrero de 2025			

 <div>INSTITUTO NACIONAL DE SALUD</div>	PROCESO GESTIÓN FINANCIERA	CERTIFICADO DE INGRESOS	Versión: 20	
		FOR-A09.0000-013	2025-01-31	
DECLARACION JURAMENTADA				
Yo, LINA MARCELA QUEVEDO GUTIÉRIZ , identificado con				
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 INS-CPS-042-2025				
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	
Cumpla con uno o varios requisitos relacionados a continuación: * Mis ingresos en el año anterior fueron superiores a 1.400 UVT o \$ 65.891.000 A 31 de diciembre de 2024. * Mi patrimonio bruto excedió 4.500 UVT o \$ 211.793.000 * Los consumos mediante tarjeta de crédito durante el año gravable excedieron la suma de 1.400 UVT o \$ 65.891.000. * El total de compras y consumos durante el año gravable superaron 1.400 UVT o \$ 65.891.000 y/o las consignaciones bancarias, depósitos o inversiones financieras, durante el año gravable excedieron de 1.400 UVT o \$ 65.891.000.			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 2024 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 2024). 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 2024 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	
* Cumpla 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	
☐	° Los hijos del contribuyente que tengan hasta 18 años de edad. (Adjunto registro civil de nacimiento).			
☐	° 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)			
☐	° 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).			
☐	° 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)			
☐	° 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
TI	1446685740	Alejandro Serrano Quevedo	9 años	Hijo
TI	1188224101	Valeria Serrano Quevedo	8 años	Hija
La anterior se firma el <u>2</u> del mes <u>Febrero</u> del año <u>2025</u>				
<div>Lina Quevedo</div> <div>SE FIRMA BAJO LA GRAVEDAD DE JURAMENTO</div> <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</div> <div>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.</div> <div>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.</div>				

LINA MARCELA QUEVEDO GUTIERREZ

ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD SANITAS S A S - EN
INTERVENCION BAJO LA MEDIDA DE TOMA DE POSESION
NIT 800251440



CARRERA 17B 175 91 TORRE 3 APTO 403
BOGOTA D.C., DISTRITO CAPITAL

Page 1 of 1

Somos Grandes Contribuyentes según Resolución DIAN No.
12220 del 27 de diciembre de 2022

Resolucion DIAN No. 18764070002301 del 13/06/2024 al 12/06/2026
autoriza facturación electronica del 810-1 al 810-5000000 vencimiento
18 meses

Actividad Economica CIIU 6521. Responsable de IVA

CUFE:8d6128d4e9d0a43bf6684b0e396bd16c225a61490c649a18349d366849f4f1727a65131c3d42990fb6cecae7d7e602e

ITEMS FACTURADOS: 1

CONTRATO REFERENCIA PARA PAGO:

Factura Electrónica de Venta PAC:

Fecha y hora de Expedición:

Pagar Antes del:

Forma de Pago:

Suspensión del servicio a partir de:

31873995

8101095184

28/11/2024 12:26:31

15/12/2024

CREDITO

16/12/2024



Concepto	Valor
CUOTA PLAN DE ATENCIÓN COMPLEMENTARIA EN SALUD-PAC PREMIUM DE 01/12/2024 AL 31/12/2024	\$91,810
IVA 5%	\$4,591
TOTAL PERIODO	\$96,401.00

EXTRACTO AL 28/11/2024

Fecha	Concepto	Transaccion	Valor Credito	Valor Debito	Saldo
	Saldo al 08/11/2024				\$192,801
08/11/2024	Nota Credito Fiscal	740-243311		\$0	\$192,801
08/11/2024	PAGO	26670140		\$192,801	\$0
	Saldo al 28/11/2024				\$0.00

Factura del Periodo 01/12/2024 al 31/12/2024

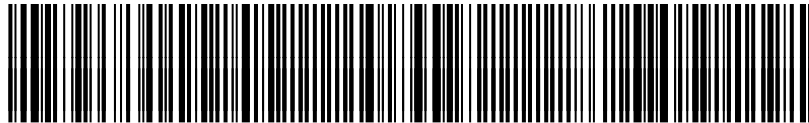
\$96,401

VALOR TOTAL A PAGAR

\$96,401

Ahorra tiempo y evita desplazamientos. Estas a un clic de realizar el pago de tu plan. Utiliza nuestras plataformas electronicas: la APP y el portal WEB,
disponibles las 24 horas del día, los 7 días de la semana, de forma facil y segura registrando la referencia de tu factura.

RECAUDO EXCLUSIVO BANCO DE BOGOTA



(415)7707246432000(8020)00000031873995(3900)000000096401(96)20241231

Para pagar favor utilizar este cupón



PAGOS POR MEDIOS ELECTRÓNICOS

- ✓ Enlace www.epssanitas.com opción Afiliados
- ✓ PlanPremium/botón Tus cuotas mensuales
- ✓ Portal de Pagos Grupo Aval-AvalPay

PAGOS POR CORRESPONSAL
BANCO DE BOGOTÁ CONVENIO (7164)

- ✓ Efecty
- ✓ Grupo Éxito
- ✓ Copidrogas
- ✓ Red Cerca
- ✓ Full Carga
- ✓ Movil Red
- ✓ Bemovil
- ✓ Punto red
- ✓ Seapto
- ✓ Super pagos

PAGO EN OFICINA BANCO DE BOGOTÁ
CUENTA 033626110

Pague su factura aquí



DÍA	MES	AÑO	CIUDAD	REFERENCIA PARA PAGO
				31873995
CONTRATO No.			VALOR CUOTA PERIODO	PARA PAGO TOTAL CANCELE
31873995			96,401	96,401

EFFECTIVO

CHEQUE NO.

TOTAL



Lina Quevedo <lmquevedo24@gmail.com>

Soporte de Pago Puntored

Operaciones Puntored <soportedepago@puntored.co>
Para: lmquevedo24@gmail.com

6 de diciembre de 2024, 18:39



Transaccion Exitosa

Fecha 2024-12-06
Hora 18:39:42
Aprobación 1058854467
Trace 483ced904779
Talón 116179
Comercio 504681
Terminal 362162
Usuario de Venta 252228
Operación Recaudo
Convenio PLAN PREMIUM EPS SANITAS
Cod. Convenio 7164
Referencia 1 31873995
Valor \$96,401
Costo Transacción \$0
Total \$96,401

Línea de atención Nacional
01 8000 512825 Opción 2 Email:
corresponsalesaval@ventasyservicios.com.co
BANCO DE OCCIDENTE
VIGILADO SUPERINTENDENCIA
FINANCIERA DE COLOMBIA

Transacción realizada por puntored



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 -

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 SERRANO Segundo Apellido QUEVEDO
Nombre(s) ALEJANDRO
Fecha de nacimiento Año 2 0 1 5 Mes D I C Día 0 4 Sexo (en letras) MASCULINO 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 DE NACIDO VIVO

Número certificado de nacido vivo

13223521-0

Datos de la madre

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

Datos del padre

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

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos SERRANO SOLER CESAR AUGUSTO
Documento de identificación (Clase y número) C.C. 7184526 BOGOTA D.C. 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 2 0 1 5 Mes D I C Día 0 7

Nombre y firma del funcionario que autoriza

GLORIA CECILIA ESTRADA DE TURBAY

Nombre y firma

IMPRESO POR: CAMBIOAMERICANO, TUNJA, IMPRESOS S.A. TEL: 011 498 2140

- SEGUNDA COPIA PARA EL USUARIO -