

DATOS DEL APORTANTE						EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	
CC	1014225211	JUAN CAMILO ROJAS HERNANDEZ		carrera 43a # 22a - 06	3202945346	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I – Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	SI

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DÍA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DÍA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD
					EMPLEADOS UPC
					1 0
PERIODO SALUD PERIODO PENSIONES					TOTAL A PAGAR
2024-01	2024-01	I	10/01/2024	73898578	\$965.100

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD													
Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS008	Compensar EPS	860066942-7	366.300	0		0		0	0	0	0	366.300	1

TOTALES PENSIÓN												
Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
230201	Proteccion (ING + Proteccion)	800229739-0	468.800	0	0	0	0	0	0		468.800	1

TOTALES RIESGOS LABORALES															
Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-23	Positiva Seguros	860011153-6	71.400				71.400	0	0	71.400			714	71.400	1

TOTALES CAJAS							
Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF24	Compensar Caja	860066942-7	58.600	0	0	58.600	1

TOTALES PARAFISCALES				
Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	0	0	0	0
ICBF				
0	0	0	0	0
ESAP				
MEN				

TOTALES POR SUBSISTEMA			
Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	366.300	366.300
Pensión	1	468.800	468.800
Riesgos Laborales	1	71.400	71.400
CCF	1	58.600	58.600
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	4	965.100	965.100

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	1014225211	JUAN CAMILO ROJAS HERNANDEZ		carrera 43a # 22a - 06	3202945346	camilorojas20@gmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I – Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	
						SI

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD
					EMPLEADOS
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				UPC
2024-01	2024-01	I	10/01/2024	73898578	\$965.100

DETALLE POR COTIZANTE																																														
INFORMACIÓN COTIZANTE										INFORMACIÓN NOVEDADES							PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES			CCF			PARAFISCALES													
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subjeto	Exonerado	Columna exterior	Exonerado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SIL	IOE	IVA	IVA	AVP	VCT	IRL	CONEXIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntari o Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
1	CC	1014225211	ROJAS HERNANDEZ JUAN CAMILO	59	0		N																	230201	2.930.000	468.800	0	0	0	0	EPS008	2.930.000	366.300	14-23	2.930.000	3	71.400	CCF24	2.930.000	58.600	0	0	0	0	0	

PAGADA

 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-838-2023	NOMBRE DEL CONTRATISTA	Juan Camilo Rojas Hernández
OBJETO DEL CONTRATO	Prestar servicios profesionales para el seguimiento y administración de herramientas de alertas en salud y ambientales a través de visores de eventos y componentes de interés priorizados		
PERIODO DEL INFORME	DESDE:	01/01/2024	HASTA: 30/01/2024

DESCRIPCIÓN DEL AVANCE

Obligación contractual	Actividad desarrollada	Producto entregado
1. Documento que evidencie las actividades aprobadas por el Supervisor, en el formato de cronograma establecido en el Sistema Integrado de Gestión.	<ul style="list-style-type: none"> Cronograma de actividades 	<ul style="list-style-type: none"> Cronograma de actividades
2. Propuesta de herramienta para la consolidación de información con la caracterización y vigilancia sindrómica de alojamientos temporales de emergencia - ATE. (Incluyendo la información generada por la herramienta EWARS y la matriz de seguimiento y valoración ATEs)	<ul style="list-style-type: none"> Planteamiento objetivos esperados para siguiente fase de EWARS in the box 	Documento guía con la información base para el desarrollo del piloto
3. Informe mensual del sistema de alerta temprana, VIGIFRA y de los eventos de interés en salud pública priorizados.	<ul style="list-style-type: none"> Actualización funcionamiento VIGIFRA retrospectivo 2024 Ajuste matriz SATAES 2024 Ajustes VIGIFRA 2024 Actualización EWARS plus V2 servidor INS y actualización Boletín 	<p>Actualización de la herramienta VIGIFRA y SATAES par su correcto funcionamiento durante el año 2024</p> <p>Actualización EWARS plus V2 y boletín propuesto</p>
4. Base de datos con generación de coordenadas de casos de eventos de interés en salud pública según entidades territoriales asignadas.	<ul style="list-style-type: none"> Generación Base de datos históricos Santa Marta, Granada 	Base de datos
5. Memorias e informes de la participación en las mesas técnicas de factores de riesgo sectoriales e intersectoriales según delegación del Supervisor.		

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

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA

 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-838-2023	
(2) Nombre del Contratista:		Juan Camilo Rojas Hernández	
(3) Cargo del supervisor:		Coordinadora Grupo Factores de Riesgo Ambiental	
(4) Interventoría si ☐ no ☐ Nombre:		Milena Edith Borbón Ramos	
(5) Correo del supervisor y/o del Interventor (si aplica)		mborbon@ins.gov.co	
(6) Objeto del contrato:		Prestar servicios profesionales para el seguimiento y administración de herramientas de alertas en salud y ambientales a través de visores de eventos y componentes de interés priorizados	
(7) Fecha de inicio:		27/12/2023	(8) Fecha terminación: 30/01/2024
(9) Período objeto del informe:		1/1/2024 a 30/1/2024	

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

Obligación contractual	Actividad desarrollada	Producto recibido	Observaciones o comentarios del Supervisor
1. Documento que evidencie las actividades aprobadas por el Supervisor, en el formato de cronograma establecido en el Sistema Integrado de Gestión.	Cronograma de actividades	Cronograma de actividades	Finalizado
2. Propuesta de herramienta para la consolidación de información con la caracterización y vigilancia sindrómica de alojamientos temporales de emergencia - ATE. (Incluyendo la informacion generada por la herramienta EWARS y la matriz de seguimiento y valoracion ATEs)	Desarrollo de herramienta que permita la información generada por la herramienta EWARS y la matriz de seguimiento y valoración ATEs	Desarrollo de herramienta que permita la información generada por la herramienta EWARS y la matriz de seguimiento y valoración ATEs	En ejecución
3. Informe mensual del sistema de alerta temprana, VIGIFRA y de los eventos de interés en salud pública priorizados.	Informacion resumen de la gestión desarrollada con la herramienta VIGIFRA	Informacion resumen de la gestión desarrollada con la herramienta VIGIFRA	En ejecución
4. Base de datos con generación de coordenadas de casos de eventos de interés en salud pública según entidades territoriales asignadas.	Coordenadas asignadas	Coordenadas asignadas	En ejecución
5. Memorias e informes de la participación en las mesas técnicas de	Según solicitud y participación	Según solicitud y participación	En ejecución

factores de riesgo sectoriales e intersectoriales según delegación del Supervisor.			

Monitoreo del tratamiento a los riesgos de contratación registrados en el FOR-A02.0000-026 Anexo No 1 a los estudios previos
Matriz de riesgos de contratación

No	Clase	Fuente	Etapas	Tipo	Descripción (que puede pasar y, como puede ocurrir)	Consecuencia de la ocurrencia del evento	Persona responsable por implementar el tratamiento	Fecha estimada en que se inicia el tratamiento	Fecha estimada en que se completa el tratamiento	Monitoreo y revisión		
										¿Cómo se realiza el monitoreo?	Periodicidad ¿Cuándo?	Descripción del monitoreo realizado
1	General	Externo	Ejecución	Riesgos Operacionales	Retraso 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	Controlar el avance y entrega de los productos definidos en el contrato
2	General	Externo	Ejecución	Riesgos Operacionales	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	Revisión de la calidad de los productos entregados
3	General	Externo	Ejecución	Riesgos Regulatorios	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	Revisión periódica de los lineamientos de regulación relacionados con el contrato
4	General	Externo	Ejecución	Riesgos Sociales o políticos	Problemas de orden público que afecten los desplazamientos	Demora 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	Controlar la ejecución de asistencias técnicas y definir reprogramaciones

% DE AVANCE ACUMULADO	21%
------------------------------	------------

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

- 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).

	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

3. Durante el periodo el/la Contratista cumplió con lo dispuesto en el POE-A01.2014-001 "Gestión de Seguridad y Salud en el trabajo", especialmente lo establecido en el Anexo 1 sobre Normas y Requerimientos de Seguridad y Salud en el Trabajo para Contratistas y los criterios de sostenibilidad ambiental, de acuerdo al tipo de actividad que desarrolla.
4. Aprueba los informes, productos y demás documentos presentados y entregados por El/La Contratista durante el periodo mencionado en desarrollo de las obligaciones pactadas en el Contrato en mención.
5. **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.**
6. A la fecha no existen causales de incumplimiento de las obligaciones contractuales que demanden actuaciones conminatorias o sancionatorias por parte de la Administración.

(12) OBSERVACIONES:

(INCLUIR INFORMACIÓN RELEVANTE NO DESCRITA EN OTRO ACÁPITE, SOLO SI APLICA, NO ES NECESARIO REITERAR INFORMACIÓN)

(13) En constancia, firmo:

Milena E. Borbón R.

NOMBRE Y FIRMA Supervisor (es)/Interventor (es)

Milena Edith Borbón Ramos
Coordinadora Grupo Factores de Riesgo Ambiental

(14) Lugar y Fecha: Bogotá, D. C., 07/02/2024

DECLARACION JURAMENTADA

Nombres y Apellidos: Juan Camilo Rojas Hernandez; identificado con la C. C. No. 1014225211 de Bogotá

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

Contrato de Servicios con contrato No. INS-CPS-838-2023 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 citados a continuación marque SI, de lo contrario marque NO:

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.	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

Total, Gastos por Deducir \$ 0

La anterior se firma el 31 del mes de Enero del año 2024.


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 cedular como Rentas de Trabajo.

Instituto

Nacional de

Salud

PROCESO

GESTION FINANCIERA

CERTIFICACION DE CUMPLIMIENTO PARA PAGO DE CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS

FOR-A09.2026-002

Versión: 10

2024-01-25

CERTIFICACION:

PARCIAL

FINAL

CESION

FEI

SGR

1-INFORMACIÓN GENERAL DEL CONTRATO

NIT o CÉDULA:

1,014,225,211

CONTRATO No.:

INS-CPS-838-2023

REGISTRO PRESUPUESTAL:

27924

CONTRATISTA:

JUAN CAMILO ROJAS HERNANDEZ

FECHA INICIO:

27/12/2023

FECHA TERMINACION:

30/01/2024

VALOR HONORARIOS

7,317,900

PAGO NUMERO:

2

DE

2

2- RESUMEN VALORES GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

TIPO DE CONTRATO:

PROFESIONAL

DECLARANTE RENTA

SI

PENSIONANDO

NO

ANEXO CERTIFICACION DE INGRESOS

SI

INGRESOS HONORARIOS :

7,317,900

INGRESOS POR DESPLAZAMIENTO:

TOTAL INGRESOS BASE IMPUESTO:

7,317,900

POR DIAS

CANTIDAD DIAS

HONORARIOS

NO

0

7,317,900

3-LIQUIDACION DE PAGO A SEGURIDAD SOCIAL

MES PLANILLA :

ANTICIPADA

(El valor del IBC, debe corresponder exclusivamente al aporte realizado en virtud del contrato suscrito con el INS)

Planilla de Pago No.:

73898578

Fecha Pago:

10/1/2024

Total (IBC):

2,927,200

PENSION 16% (valor aporte):

468,400

NOMBRE PENSION :

PROTECCION

SALUD 12,5%(valor aporte):

365,900

NOMBRE SALUD:

COMPENSAR E.P.S.

ARL RIESGO III 2,436% (valor aporte):

71,400

NOMBRE ARL:

POSITIVA

TOTAL PAGO AL SISTEMA G.S.S.I.:

905,700

4-DATOS DE RETENCION Y NETO A PAGAR

DERECHOS DE DEDUCCIÓN:

VALOR

MESES

VALOR A DEDUCIR

a. % VIVIENDA: limte max. Mensual 100 uvt 3.800.400, correspondiente al año inmediatamente anterior.

1

-

b. PREPAGADA: limte max. Mensual 16 uvt 608,064, correspondiente al año inmediatamente anterior.

1

-

c. SEGURO SALUD: limte max. Mensual 16 uvt 608,064, correspondiente al año inmediatamente anterior.

-

1

-

d. DEPENDIENTE: limte max. Mensual 32 uvt 1.216.128 correspondiente al mes pagado

NO

-

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

-

CONCEPTO

BASE

TARIFA

%

RTE ICA

6,483,600

0.766%

49,664

RTEFUENTE

\$ 4,809,150

7.18

64,000

TOTAL IMPUESTOS \$:

113,664

TOTAL A PAGAR \$:

7,204,236

UVT ACTUAL

47.065.00

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.

Milena E. Borboón R.

Firma

Nombre Supervisor:

Milena Edith Borbón Ramos

Cargo:

Coordinadora Grupo Factores de Riesgo Ambiental

Dependencia:

Subdirección de análisis del riesgo y respuesta inmediata

Nombre Supervisor:

Cargo:

Dependencia:

6- INFORMACION RADICACION Y OBLIGACION

Radicado No:

Obligación No:

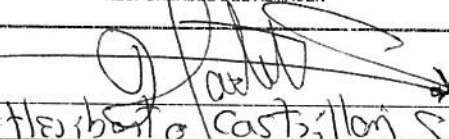
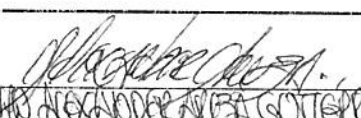
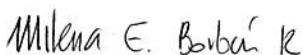
Fecha radicado No:

Fecha Radicación (SIIF):

1 de 2

NO RE

 <div>Instituto Nacional de Salud</div> <div>PROCESO GESTION FINANCIERA</div>	CERTIFICACION DE CUMPLIMIENTO PARA PAGO DE CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS	Versión: 10
	FOR-A09.2026-002	2024-01-25

 INSTITUTO NACIONAL DE SALUD	PROCESO RECURSOS FISICOS	PAZ Y SALVO CONTRATISTAS PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES O APOYO A LA GESTIÓN (PERSONA NATURAL)	Version: 00
		FOR-A10.0006-038	2023-11-03
Información del Contrato			
Nombre del contratista:	Juan Camilo Rojas Hernandez	Número del contrato:	INS-CPS-838-2023
Número de documento:	1014225211	Dependencia:	GFRA
Fecha de inicio:	27/12/2023	Fecha de finalización:	30/01/2024
Información general			
1. Debe ser diligenciado y firmado por todos los responsables, siempre que el contratista de prestación de servicios o apoyo a la gestión haya dado cumplimiento estricto con la entrega, cierre y/o devolución de los elementos.			
2. El supervisor del contrato, deberá asegurarse que el presente formato se encuentre totalmente diligenciado y con todas las firmas correspondientes.			
3. El contratista debe cargar el presente documento al SECOP II junto a su última cuanta, para poder recibir el pago correspondiente. Sólo se reciben formatos que contengan todas las firmas de los procesos enunciados.			
Firmas			
1. LEGALIZACIÓN ENTREGA DE BIENES- RESPONSABLE DEL ALMACÉN		2. ENTREGA DE CARNÉ INSTITUCIONAL AL GRUPO DE GESTIÓN ADMINISTRATIVA	
Firma: 		Firma: 	
Nombre: Heriberto Castañón S.		Nombre: JUAN CAMILO ROJAS HERNANDEZ	
Fecha: 8-2-2024		Fecha: 08-02-24	
3. SUPERVISOR DEL CONTRATO			
Nombre y firma: 		Fecha: 08/02/2024	