Instituto Nacional de Salud	PROCESO PLANEACIÓN INSTITUCIONAL	CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES	Versión: 05
		FOR-D01.0000-001	2022-10-28

PROCESO O DEPENDECIA Direccion Redes en Salud Publica - Grupo red donación y Trasplantes **Fecha de elaboración:** 4/1/2023

OBJETIVO DEL CRONOGRAMA Apoyar la realización de análisis de indicadores de la red nacional de donación y trasplantes así como contribuir a la prestación del servicio de forma ininterrumpida en el centro regulador de trasplantes INS-CPS-691-2023

ACTIVIDAD A DESARROLLAR	RESPONSABLE	2023 DICIEMBRE	2024 ENERO	2024 FEBRERO	2024 MARZO	2024 ABRIL	2024 MAYO	2024 JUNIO	2024 JULIO	AÑO *Seleccione*	AÑO *Seleccione*	AÑO *Seleccione*	AÑO *Seleccione*
		Semanas											
1. Realizar cronograma de actividades en conjunto con el supervisor del contrato	PATRICIA AREVALO												
2. Prestar apoyo permanente de forma ininterrumpida para atender las consultas realizadas por los canales de comunicación del Centro Regulador de Trasplantes, bajo los procedimientos institucionales.	PATRICIA AREVALO												
3. Realizar la recepción, revisión, verificación de documentos para la generación de oficios de respuesta para la prestación de servicios de trasplante de tejidos a extranjeros.	PATRICIA AREVALO												
4. Apoyar las actividades de recolección, análisis e informe de indicadores de la red.	PATRICIA AREVALO												
5. Realizar la actualización de las bases de datos de operación del centro regulador de trasplantes, bitácora, formato de registro nacional de donantes, urgencia cero, y las relacionadas con la operación de la red.	PATRICIA AREVALO												
6. Asistir de forma presencial a las reuniones de entrega de productos definidas por el supervisor del contrato.	PATRICIA AREVALO												
7. Realizar las actividades de manera ininterrumpida del Centro Regulador de Trasplantes de conformidad a los cronogramas 24/7 que le sean asignados y en las instalaciones del Instituto Nacional de Salud y/o donde su supervisor lo disponga de conformidad a la necesidad de atención del centro regulador de trasplantes para la Red de Donación y Trasplantes.	PATRICIA AREVALO												
8. Responder, cuando haya lugar a ello, por los elementos que le sean asignados para el desarrollo de sus actividades y hacer entrega de los mismos al momento de la terminación del contrato al supervisor, en coordinación con la dependencia encargada en la entidad.	PATRICIA AREVALO												
9. Las demás que emanen de la naturaleza del contrato y que sean necesarias para el desarrollo eficiente del mismo	PATRICIA AREVALO												

VoBo DE QUIEN ELABORA

CLARA PATRICIA SANCHEZ RUIZ

4/1/2023
FECHA APROBACIÓN

MENSUAL

Instituto Nacional de Salud	PROCESO PLANEACIÓN INSTITUCIONAL	CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES	Versión: 05
		FOR-D01.0000-001	2022-10-28

PROCESO O DEPENDECIA **AÑO:** aaaa-mm-dd

OBJETIVO DEL CRONOGRAMA **Fecha de elaboración:** aaaa-mm-dd

	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	SÁBADO	DOMINGO
Dia:	*Seleccione*	*Seleccione*	*Seleccione*	*Seleccione*	*Seleccione*	*Seleccione*	*Seleccione*
Responsable:	*Responsable*						
Actividad:	*Actividad*						
Dia:	*Seleccione*	*Seleccione*	*Seleccione*	*Seleccione*	*Seleccione*	*Seleccione*	*Seleccione*
Responsable:							
Actividad:							
Dia:	*Seleccione*	*Seleccione*	*Seleccione*	*Seleccione*	*Seleccione*	*Seleccione*	*Seleccione*
Responsable:							
Actividad:							
Dia:	*Seleccione*	*Seleccione*	*Seleccione*	*Seleccione*	*Seleccione*	*Seleccione*	*Seleccione*
Responsable:							
Actividad:							
Dia:	*Seleccione*	*Seleccione*	*Seleccione*	*Seleccione*	*Seleccione*	*Seleccione*	*Seleccione*
Responsable:							
Actividad:							
Dia:	*Seleccione*	*Seleccione*	*Seleccione*	*Seleccione*	*Seleccione*	*Seleccione*	*Seleccione*
Responsable:							
Actividad:							

VoBo DE QUIEN ELABORA

VoBo DE QUIEN APRUEBA

FECHA APROBACIÓN

aaaa-mm-dd

Instituto Nacional de Salud	PROCESO PLANEACIÓN INSTITUCIONAL	CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES	Versión: 05
		FOR-D01.0000-001	2022-10-28

PROCESO O DEPENDECIA

OBJETIVO DEL CRONOGRAMA

AÑO/MES: aaaa-mm-dd

Fecha de elaboración: aaaa-mm-dd

HORA	ACTIVIDAD/Responsable	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	SABADO	DOMINGO
6:00 AM		*Actividad/Responsable*						
7:00 AM								
8:00 AM								
9:00 AM								
10:00 AM								
11:00 AM								
12:00 PM								
1:00 PM								
2:00 PM								
3:00 PM								
4:00 PM								
5:00 PM								
6:00 PM								
7:00 PM								
8:00 PM								
9:00 PM								
10:00 PM								
11:00 PM								
12:00 AM								

VoBo DE QUIEN ELABORA

VoBo DE QUIEN APRUEBA

FECHA APROBACIÓN

Información de la Planilla Pagada

Nit de comercio Operador de Información	900097333-9
Razón Social del Operador de Información	SIMPLE S.A.
Descripción	Pago de SuAporte
Fecha	2024-03-27, 10:49:27 AM
Periodo de Cotización Otros Riesgos	marzo de 2024
Periodo de Cotización Para Salud	marzo de 2024
Empresa	PATRICIA AREVALO CORTES
CEDULA CIUDADANIA	CC 52066936
Código Sucursal (Nombre)	( )
Referencia de Pago/ Número Planilla	1062523687
Tipo de Planilla	I
Número Transacción Bancaria/ CUS	538162765
Banco	(1007) - BANCOLOMBIA
Valor	$ 555.100
Estado de la Transacción	Aprobada
Dirección IP de Origen	10.0.19.58

Nit	Código	Administradora	Número Afiliados	Valor sin Mora	Total Intéreses Mora
N900336004	25-14	COLPENSIONES	1	$ 281.600	$ 0
N800251440	EPS005	SANITAS EPS	1	$ 220.000	$ 0
N860011153	14-23	ARP - POSITIVA COMPAÑIA DE SEG	1	$ 42.900	$ 0
N860066942	CCF24	CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR COMPENSAR	1	$ 10.600	$ 0
		SubTotales:		$ 555.100	$ 0
		Total a Pagar:			$ 555.100

Líneas de Servicio FonoSIMPLE: Bogotá 601 4446634 - Cali: 602 5540577 - Medellín: 604 5146669 - Bucaramanga: 607 6438000 - Cartagena: 605 6945444 - Pereira: 608 3402582 - Barranquilla: 605 3618850 - Resto del País: 018000 971 971 - ¡Más que Fácil, SIMPLE!

SIMPLE S.A. no se hace responsable de las planillas y pagos realizados a través de otros operadores de información dado que no tiene medios para corroborar la veracidad de la misma, su alcance se limita a replicar la información suministrada directamente por el cliente.

Antes de imprimir, asegúrese que sea realmente necesario. Proteger el medio ambiente está en nuestras manos.

¡El Poder de lo SIMPLE!

PAGOSIMPLE | Pago a las Administradoras

Fecha Creación Reporte: 2024-04-01, 11:26:17 AM **Tipo Planilla:** I: Planilla independientes **Número Planilla:** 1062523687

Periodo Cotización: marzo de 2024

Periodo Servicio: marzo de 2024

PAGADO 27/03/2024

Filtro Seleccionado

Ubicación Laboral BOGOTA D.C.

Datos del Aportante

Razón Social	PATRICIA AREVALO CORTES		
Documento	CC52066936	**Dirección**	CL 11A #78 D - 11
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	**Teléfono**	4118765
Tipo Persona	NATURAL	**Forma Presentación**	ÚNICO
Ciudad	BOGOTA D.C.	**Departamento**	BOGOTA D.C.
Representante Legal		**Identificación**	

Detalle de los Pagos por Administradora

Nit	Código	Nombre Administradora	Afiliados	Valor Sin Mora	Valor Mora	Total Pagado
N900336004	25-14	COLPENSIONES	1	$ 281.600	$ 3.900	$ 285.500
N800251440	EPS005	EPS SANITAS	1	$ 220.000	$ 3.100	$ 223.100
N860011153	14-23	POSITIVA DE SEGUROS	1	$ 42.900	$ 600	$ 43.500
N860066942	CCF24	COMPENSAR CCF	1	$ 10.600	$ 200	$ 10.800
N899999034	PASENA	SENA	1	$ 0	$ 0	$ 0
N899999239	PAICBF	ICBF	1	$ 0	$ 0	$ 0
Total Pagado				$ 555.100	$ 7.800	$ 562.900

Señor empleador, este reporte contiene el valor total de su planilla para el filtro por ubicacion laboral BOGOTA D.C.. No incluye el descuento de Incapacidades ni saldos a favor, estos se descuentan en el informe sin filtros.

Líneas de Servicio FonoSIMPLE: Bogotá 601 4446634 - Cali: 602 5540577 - Medellín: 604 5146669 - Bucaramanga: 607 6438000 - Cartagena: 605 6945444 - Pereira: 606 3402582 - Barranquilla: 605 3618850 - Resto del País: 018000 971 971 - ¡Más que Fácil, SIMPLE!

Antes de imprimir, asegúrese que sea realmente necesario. Proteger el medio ambiente está en nuestras manos.

¡El Poder de lo SIMPLE!

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

CERTIFICACION: PARCIAL [x] FINAL [ ] CESION [ ] FEI [ ] SGR [ ]

1-INFORMACIÓN GENERAL DEL CONTRATO

NIT o CÉDULA:	52,066,936	CONTRATISTA:	PATRICIA AREVALO CORTES				
CONTRATO No.:	INS-CPS-691-2023	FECHA INICIO:	12/4/2023	FECHA TERMINACION:	7/30/2024		
REGISTRO PRESUPUESTAL:	54624	VALOR HONORARIOS	4,400,000	PAGO NUMERO:	4	DE	8

2- RESUMEN VALORES GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

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

INGRESOS HONORARIOS :	3,080,000
INGRESOS POR DESPLAZAMIENTO:	
TOTAL INGRESOS BASE IMPUESTO:	3,080,000

POR DIAS	CANTIDAD DIAS	HONORARIOS
SI	21	4,400,000

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.: 1062523687 Fecha Pago: 3/27/2024

Total (IBC):	1,300,000		
PENSION 16% (valor aporte):	208,000	NOMBRE PENSION :	COLPENSIONES (público)
SALUD 12,5%(valor aporte):	162,500	NOMBRE SALUD:	E.P.S. SANITAS S.A.
ARL RIESGO III 2,436% (valor aporte):	31,700	NOMBRE ARL:	POSITIVA
TOTAL PAGO AL SISTEMA G.S.S.I.:	402,200		

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	2,709,500	0.766%	20,755
RTEFUENTE	$ 2,008,350	42.67	-

TOTAL IMPUESTOS $: 20,755

TOTAL A PAGAR $: 3,059,245

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.

Patricia Sánchez

Firma

Nombre Supervisor: CLARA PATRICIA SANCHEZ RUIZ
Cargo: COORDINADORA
Dependencia: GRUPO CENTRO REGULADOR DE TRASPLANTES

Firma

Nombre Supervisor:
Cargo:
Dependencia:

6- INFORMACION RADICACION Y OBLIGACION

Radicado No: _____ Obligación No: _____

Fecha radicado No: _____ Fecha Radicación (SIIF): _____

NO RESPONSABLE DE IVA

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

CERTIFICACION: PARCIAL [ ] FINAL [ ] CESION [ ] FEI [ ] SGR [ ]

1-INFORMACIÓN GENERAL DEL CONTRATO

NIT o CÉDULA:		CONTRATISTA:			
CONTRATO No.:		FECHA INICIO:		FECHA TERMINACION:	
REGISTRO PRESUPUESTAL:		VALOR HONORARIOS	-	PAGO NUMERO:	DE

2- RESUMEN VALORES GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

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

		IVA	POR DIAS	CANTIDAD DIAS	HONORARIOS
INGRESOS: HONORARIOS:	-				
SUBTOTAL:	-	-	NO	0	-
INGRESOS POR DESPLAZAMIENTO :					
TOTAL INGRESOS BASE IMPUESTO:	-		FACTURA No:		FECHA:

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.: Fecha Pago:

Total (IBC):	1,300,000		
PENSION 16% (valor aporte):	208,000	NOMBRE PENSION :	COLPENSIONES (público)
SALUD 12,5%(valor aporte):	162,500	NOMBRE SALUD:	OTRAS
ARL RIESGO III 2,436% (valor aporte):	31,700	NOMBRE ARL:	COLMENA
TOTAL PAGO AL SISTEMA G.S.S.I.:	402,200		

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. Pensi.) 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	0,00	0.766%	-
RTEFUENTE	-$ 241,320	-5.13	-
RETEIVA	$ -	15%	-
TOTAL IMPUESTOS $:			-
TOTAL A PAGAR $:			-

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.

Firma

Nombre Supervisor:
Cargo:
Dependencia:

Firma

Nombre Supervisor:
Cargo:
Dependencia:

6- INFORMACION RADICACION Y OBLIGACION

Radicado No: Obligación No:

Fecha radicado No: Fecha Radicación (SIIF):

RESPONSABLE DE IVA

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

CERTIFICACION: PARCIAL ____ FINAL ____ CESION ____ FEI ____ SGR ____

1-INFORMACIÓN GENERAL DEL CONTRATO

NIT o CÉDULA:		CONTRATISTA:			
CONTRATO No.:		FECHA INICIO:		FECHA TERMINACION:	
REGISTRO PRESUPUESTAL:		VALOR HONORARIOS	-	PAGO NUMERO:	DE

2- RESUMEN VALORES GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

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

		POR DIAS	CANTIDAD DIAS	HONORARIOS
INGRESOS HONORARIOS:	-	NO	0	-
INGRESOS POR DESPLAZAMIENTO:				
TOTAL INGRESOS BASE IMPUESTO:	-			

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.: ____ Fecha Pago: ____

Total (IBC):	1,300,000		
PENSION 16% (valor aporte):		NOMBRE PENSION :	COLPENSIONES (público)
SALUD 12,5%(valor aporte):	162,500	NOMBRE SALUD:	OTRAS
ARL RIESGO III 2,436% (valor aporte):	31,700	NOMBRE ARL:	COLMENA
TOTAL PAGO AL SISTEMA G.S.S.I.:	194,200		

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	0,00	0.766%	-
RTEFUENTE	-$ 116,520	-2.48	-

TOTAL IMPUESTOS $: -

TOTAL A PAGAR $: -

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.

Firma

Nombre Supervisor: ____
Cargo: ____
Dependencia: ____

Firma

Nombre Supervisor: ____
Cargo: ____
Dependencia: ____

6- INFORMACION RADICACION Y OBLIGACION

Radicado No: ____ Obligación No: ____

Fecha radicado No: ____ Fecha Radicación (SIIF): ____

PENSIONADO NO RESPONSABLE DE IVA

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

CERTIFICACION: PARCIAL ____ FINAL ____ CESION ____ FEI ____ SGR ____

1-INFORMACIÓN GENERAL DEL CONTRATO

NIT o CÉDULA:		CONTRATISTA:			
CONTRATO No.:		FECHA INICIO:		FECHA TERMINACION:	
REGISTRO PRESUPUESTAL:		VALOR HONORARIOS	-	PAGO NUMERO:	DE

2- RESUMEN VALORES GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

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

INGRESOS HONORARIOS:	-	IVA	POR DIAS	CANTIDAD DIAS	HONORARIOS	
SUBTOTAL:	-	-	NO	0	-	
INGRESOS POR DESPLAZAMIENTO:						
TOTAL INGRESOS BASE IMPUESTO:	-	FACTURA No:		FECHA:		

3-LIQUIDACION DE PAGO A SEGURIDAD SOCIAL

MES PLANILLA : VENCIDA

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

Planilla de Pago No.: ____ Fecha Pago: ____

Total (IBC):	1,300,000		
PENSION 16% (valor aporte):		NOMBRE PENSION :	COLPENSIONES (público)
SALUD 12,5%(valor aporte):	162,500	NOMBRE SALUD:	OTRAS
ARL RIESGO III 2,436% (valor aporte):	31,700	NOMBRE ARL:	COLMENA
TOTAL PAGO AL SISTEMA G.S.S.I.:	194,200		

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. Pensi.) 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	0,00	0.766%	-
RTEFUENTE	$ -	0	-
RETEIVA	$ -	15%	-
TOTAL IMPUESTOS $:			-
TOTAL A PAGAR $:			-

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.

Firma

Nombre Supervisor: ____
Cargo: ____
Dependencia: ____

Firma

Nombre Supervisor: ____
Cargo: ____
Dependencia: ____

6- INFORMACION RADICACION Y OBLIGACION

Radicado No: ____ Obligación No: ____

Fecha radicado No: ____ Fecha Radicación (SIIF): ____

PENSIONADO RESPONSABLE DE IVA

NUMERO DE CONTRATO	INS-CPS-691-2023	**NOMBRE DEL CONTRATISTA**	PATRICIA AREVALO CORTÉS	
OBJETO DEL CONTRATO	Apoyar la consolidación, seguimiento y retroalimentación de la actividad de donación y trasplante de tejido óseo de donante vivo y membrana amniótica, así como brindar soporte de los procesos de la Red de Donación y Trasplantes de forma ininterrumpida			
PERIODO DEL INFORME	**DESDE:**	11-03-2024	**HASTA:**	31-03-2024

DESCRIPCIÓN DEL AVANCE

1. Realizar cronograma de actividades en conjunto con el supervisor del contrato

   El día 1 de diciembre, se concertó con la supervisora de contrato el cronograma de actividades para desarrollar durante el periodo de 2023-2024. Correspondientes al contrato INS-CPS-691-2023

2. Prestar apoyo de forma oportuna a los actores de la Red de Donación y Trasplante para la modulación de procesos de la red desde que se genera una consulta al registro nacional de donantes, hasta la asignación de acuerdo a criterios técnico-científicos de los componentes anatómicos.

   Con corte al 31 de marzo, se Prestó servicios para el funcionamiento del CRT en turnos de 12 horas según la necesidad del servicio en la gestión de procesos operativos del CRT FOR-R01-5110-011-BASE DE DATOS DEL REGISTRO NACIONAL DE DONANTES y a el correo electrónico del CRT, atención de línea Teléfono único móvil y del WhatsApp del CRT. También e deja registro en bitácora dispuesta para este fin.

3. Realizar la consolidación y validación de la información de tejidos hueso proveniente de donante cadavérico y donante vivo, membrana amniótica a nivel nacional, mes a mes

   Pendiente la consolidación y validación de la información de tejidos hueso proveniente de donante cadavérico y donante vivo, membrana amniótica a nivel nacional, mes a mes

4. Desarrollar documentos, lineamientos, asistencias u otras acciones encaminadas a fortalecer el CRT

   Con corte al 31 de marzo se realizó charla magistral de Duelo Patológico, asistí a visita activa a IPS generadora Clínica Colombia

5. Apoyar el desarrollo de informes mensuales, trazabilidad de asignación de los procesos de donación de la red.

   Pendiente desarrollo de informes mensuales, trazabilidad de asignación de los procesos de donación de la red.

6. Asistir de forma presencial a las reuniones de entrega de productos definidas por el supervisor del contrato.

   Con corte al 31 de marzo, se asistió de forma presencial a las reuniones de entrega de productos, entregas de turno y revista con el Subdirector de la red de donación y trasplantes Dr. Rubén Camargo.

7. Realizar las actividades de manera ininterrumpida del Centro Regulador de Trasplantes de conformidad a los cronogramas 24/7 que le sean asignados y en las instalaciones del Instituto Nacional de Salud y/o donde su supervisor lo disponga de conformidad a la necesidad de atención del centro regulador de trasplantes para la Red de Donación y Trasplantes

   Con corte al 31 de marzo, se realizó registro de las actividades diarias del Centro Regulador de Trasplantes. Se consolido y se actualizaron en las bases de datos en su totalidad de acuerdo a lo recibido FOR-R01-xcedente de tejido 5110-051- FOR-R01-5110-041-Base De Datos De Solicitudes Para Prestación De Servicio A Extranjeros FOR-R01-5110-025 Base De Datos Urgencia Cero De Hígado FOR-R01-5110-022- Base De Datos Urgencia Cero De Corazón FOR-R01-5110-006 - Base De Datos Urgencia Cero De Cornea FOR-R01-5110-016- Base De Datos Conceptos De Necesidad FOR-R01-5110-011- Base De Datos Del Registro Nacional De Donantes

8. Responder, cuando haya lugar a ello, por los elementos que le sean asignados para el desarrollo de sus actividades y hacer entrega de los mismos al momento de la terminación del contrato al supervisor, en coordinación con la dependencia encargada en la entidad.

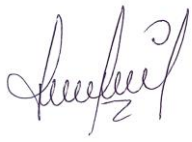
   Con corte al 31 de marzo se responde por los elementos que se encuentran dentro de la oficina de trasplantes como: Escritorio, computador y 2 celulares dispuestos para cubrir las actividades de CRT

9. Las demás que emanen de la naturaleza del contrato y que sean necesarias para el desarrollo eficiente del mismo

   Nota: Las demás obligaciones generales se encuentran en los estudios previos con corte al 31 de marzo, se presentó a la supervisora del contrato los informes correspondientes al mes laborado

10. Otras actividades

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



PATRICIA AREVALO CORTES

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA

(1) Contrato No.	INS-CPS-691-2023		
(2) Nombre del Contratista:	PATRICIA AREVALO CORTES		
(3) Cargo del supervisor:	CLARA PATRICIA SANCHEZ RUIZ		
(4) Interventoría si ☐ no ■ X Nombre:			
(5) Correo del supervisor y/o del Interventor (NO aplica)	**csanchezr@ins.gov.co**		
(6) Objeto del contrato:	Apoyar la consolidación, seguimiento y retroalimentación de la actividad de donación y trasplante de tejido óseo de donante vivo y membrana amniótica, así como brindar soporte de los procesos de la Red de Donación y Trasplantes de forma ininterrumpida		
(7) Fecha de inicio:	04-12-2023	**(8) Fecha terminación:**	30-07-2024
(9) Período objeto del informe:	**MARZO 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.Realizar cronograma de actividades en conjunto con el supervisor del contrato	Con corte al 31 de marzo se concertó con la supervisora de contrato el cronograma de actividades para desarrollar durante el periodo de -2024. INS-CPS-691-2023	Cronograma De Actividades FOR-D01.0000-0011	OK
2. Prestar apoyo de forma oportuna a los actores de la Red de Donación y Trasplante para la modulación de procesos de la red desde que se genera una consulta al registro nacional de donantes, hasta la asignación de acuerdo a criterios técnico-científicos de los componentes anatómicos.	Con corte al 31 de marzo, se Prestó servicios para el funcionamiento del CRT en turnos de 12 horas según la necesidad del servicio en la gestión de procesos operativos del CRT FOR-R01-5110-011-BASE DE DATOS DEL REGISTRO NACIONAL DE DONANTES y a el correo electrónico del CRT, atención de línea Teléfono único móvil y del WhatsApp del CRT. También e deja registro en bitácora dispuesta para este fin.	https://inssalud-my.sharepoint.com/:x:/r/personal/crtrasplantes_ins_gov_co/_layouts/15/Doc.aspx?sourcedoc=%7B47F7B25B-1AD6-440E-9FE1-8D8299E2E227%7D&file=FOR-R01.5110-011%20NUEVO%20OCTUBRE%202023.xlsx&action=default&mobileredirect=true https://inssalud-my.sharepoint.com/:x:/r/personal/crtrasplantes_ins_gov_co/_layouts/15/Doc.aspx?sourcedoc=%7B7C31760A-2310-435E-8ABC-109D9FC91E8F%7D&file=BITACORA.xlsx&action=default&mobileredirect=true	OK
3.Realizar la consolidación y validación de la información de tejidos hueso proveniente de donante cadavérico y donante vivo, membrana amniótica a nivel nacional, mes a mes	Pendiente la consolidación y validación de la información de tejidos hueso proveniente de donante cadavérico y donante vivo, membrana amniótica a nivel nacional, mes a mes		OK

4.Desarrollar documentos, lineamientos, asistencias u otras acciones encaminadas a fortalecer el CRT .	Con corte al 31 de marzo se realizó charla magistral de Duelo Patológico, asistí a visita activa a IPS generadora Clínica Colombia	Se envió por correo electrónico presentación de Power Paint a la Líder Patricia Sánchez	Ok
5. Apoyar el desarrollo de informes mensuales, trazabilidad de asignación de los procesos de donación de la red.	Pendiente desarrollo de informes mensuales, trazabilidad de asignación de los procesos de donación de la red. .		Ok
6. Asistir de forma presencial a las reuniones de entrega de productos definidas por el supervisor del contrato.	Con corte al 31 de marzo, se realizó registro de las actividades diarias del Centro Regulador de Trasplantes. Se consolido y se actualizaron en las bases de datos en su totalidad de acuerdo a lo recibido FOR-R01-xcedente de tejido 5110-051- FOR-R01-5110-041-Base De Datos De Solicitudes Para Prestación De Servicio A Extranjeros FOR-R01-5110-025 Base De Datos Urgencia Cero De Hígado FOR-R01-5110-022- Base De Datos Urgencia Cero De Corazón FOR-R01-5110-006 - Base De Datos Urgencia Cero De Cornea FOR-R01-5110-016- Base De Datos Conceptos De Necesidad FOR-R01-5110-011- Base De Datos Del Registro Nacional De Donantes	https://inssalud-my.sharepoint.com/:x:/r/personal/crtrasplantes_ins_gov_co/_layouts/15/Doc.aspx?sourcedoc=%7BA5826123-708C-4F5A-8996-451C089117D9%7D&file=FOR-R01.5110-060%20(2).xlsx&action=default&mobileredirect=true	OK
7. Realizar las actividades de manera ininterrumpida del Centro Regulador de Trasplantes de conformidad a los cronogramas 24/7 que le sean asignados y en las instalaciones del Instituto Nacional de Salud y/o donde su supervisor lo disponga de conformidad a la necesidad de atención del centro regulador de trasplantes para la Red de Donación y Trasplantes	Con corte al 31 de marzo, se realizó registro de las actividades diarias del Centro Regulador de Trasplantes. Se consolido y se actualizaron en las bases de datos en su totalidad de acuerdo a lo recibido FOR-R01-xcedente de tejido 5110-051- FOR-R01-5110-041-Base De Datos De Solicitudes Para Prestación De Servicio A Extranjeros FOR-R01-5110-025 Base De Datos Urgencia Cero De Hígado FOR-R01-5110-022- Base De Datos Urgencia Cero De Corazón FOR-R01-5110-006 - Base De Datos Urgencia Cero De Cornea FOR-R01-5110-016- Base De Datos Conceptos De Necesidad FOR-R01-5110-011- Base De Datos Del Registro Nacional De Donantes	https://inssalud-my.sharepoint.com/:x:/r/personal/crtrasplantes_ins_gov_co/_layouts/15/Doc.aspx?sourcedoc=%7BA5826123-708C-4F5A-8996-451C089117D9%7D&file=FOR-R01.5110-060%20(2).xlsx&action=default&mobileredirect=true	OK
8. Responder, cuando haya lugar a ello, por los elementos que le sean asignados para el desarrollo de sus actividades y hacer entrega de los mismos al	Con corte al 31 de marzo se responde por los elementos que se encuentran dentro de la oficina de trasplantes como: Escritorio, computador y 2 celulares dispuestos para cubrir las actividades de CRT	Responde por los elementos asignados por el supervisor	OK

momento de la terminación del contrato al supervisor, en coordinación con la dependencia encargada en la entidad.			
Otras actividades:	Con corte al 31 de marzo no se solicitaron realizar otras actividades.		OK

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	Etapa	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	Riesgo por uso de información errada: se materializa cuando el contratista en cumplimiento de sus obligaciones debe recopilar información o usar la que se encuentra en su poder y esta no es la adecuada	El contratista ejecuta actividades propias del objeto contractual y de sus obligaciones con dicha información, la cual se vería reflejada en una inadecuada ejecución del contrato	Supervisor	inicio de ejecución	Fin de la ejecución	Revisando la información suministrada	Antes de usar la	Durante el periodo el contratista, cumplió con sus obligaciones por lo tanto no se materializo este riesgo.
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	Durante el periodo el contratista, cumplió con sus obligaciones en el resultado del producto.
% DE AVANCE ACUMULADO											22%	

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

1. El/La Contratista PATRICIA AREVALO CORTÉS 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 PATRICIA AREVALO CORTÉS 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 PATRICIA AREVALO CORTÉS 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:



CLARA PATRICIAS SANCHEZ RUIZ

Supervisor (es)/Interventor (es)

Abril 01 de 2024 Bogotá, D. C.,
(14)

INSTITUTO NACIONAL DE SALUD	PROCESO GESTIÓN FINANCIERA	CERTIFICADO DE INGRESOS	Versión: 18
			2024-01-25
		FOR-A09.0000-013	Página 1 de 1

DECLARACION JURAMENTADA

Nombres y Apellidos: PATRICIA AREVALO CORTES identificado con la C. C. No._52.066.936 de Bogotá
*Mi vinculación Actual con el **Instituto Nacional de Salud** es mediante:*

Contrato de Servicios ☒ *con contrato No._____* INS-CPS-691-2023_____ *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 Articulo 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 $_____

La anterior se firma el __01___del mes de ___04_____ 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.*