INSTITUTO NACIONAL DE SALUD	PROCESO GESTION FINANCIERA	CERTIFICACION DE CUMPLIMIENTO PARA PAGO DE CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS	Versión: 11
		FOR-A09.2026-002	2024-08-16

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

1-INFORMACIÓN GENERAL DEL CONTRATO

NIT o CÉDULA:	1022360152	CONTRATISTA:	MARTHA CRISTINA SANTANA LEON		
CONTRATO No.:	INS-CPS-266-2024	FECHA INICIO:	12/08/2024	FECHA FINAL:	15/12/2024
REGISTRO PRESUPUESTAL:	113324	VALOR HONORARIOS:	$ 6,800,000	PAGO NUMERO: 2	DE 5

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	NO	NO

INGRESOS HONORARIOS :	$ 6,800,000
IVA 19%	
INGRESOS POR DESPLAZAMIENTO:	
TOTAL INGRESOS BASE IMPUESTO:	$ 6,800,000

POR DIAS	CANTIDAD DE DIAS	HONORARIOS
NO		$ 6,800,000,00

FACTURA: FECHA:

3-LIQUIDACION DE PAGO A SEGURIDAD SOCIAL

TOTAL (IBC):	$ 2,720,000	
PENSION 16% (valor aporte):	$ 435,200	Administradora Colombiana de Pensiones Colpensiones
SALUD 12,5% (valor aporte):	$ 340,000	EPS Sura
ARL RIESGO III 2,436% (valor aporte):	$ 66,300	Positiva Compañía de Seguros
TOTAL PAGO AL SISTEMA G.S.S.I.:	$ 841,500	

PAGO PLANILLA: ANTICIPADO

PLANILLA DE PAGO No.: 1066343371 FECHA: 1/10/2024

Realice Aportes Voluntarios al Fondo de Pensiones Obligatorias de acuerdo al Articulo 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, Articulo 9 y 11)	NO

DERECHOS DE DEDUCCIÓN	VALOR	MES	VALOR A DEDUCIR
a. % INTERESES POR PRESTAMOS DE VIVIENDA: limte max. Mensual 100 uvt 4.706.500, correspondiente al año inmediatamente anterior.		1	-
b. PREPAGADA o SEGURO SALUD O PLAN COMPLEMENTARIO: limte max. Mensual 16 uvt 753.040, correspondiente al año inmediatamente anterior.		1	-
c. DEPENDIENTE: limte max. Mensual 32 uvt 1.506.000 correspondiente al mes pagado	NO		-
d. APORTES: (Volunt. Pensiones) voluntarias No superior al 30% de los ingresos correspondiente al mes pagado 3800/178.847.000			-
e. APORTES: (AFC) No superior al 30% de los ingresos correspondiente al mes pagado 178.847.000			
DERECHOS DE DEDUCCIÓN	VALOR	$	-

CONCEPTO	BASE	TARIFA	%
RETEICA	$ 6,024,800	0,766%	$ 46,150
RETEFUENTE	$ 4,468,875	94,95	$ -
RETEIVA			0
TOTAL IMPUESTO		$	46,149,97
TOTAL A PAGAR		$	6,753,850,03

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	Greace Alejandra Avila Mellizo	Nombre supervisor	
Cargo	ra Grupo Enfermedades No Tr	Cargo	
Dependencia	gilancia y Análisis del Riesgo e	Dependencia	

6- INFORMACION RADICACION Y OBLIGACION

Radicado No: _____ **Obligación No:** _____

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

PAGOSIMPLE I

AUTOLIQUIDACION CONSOLIDADA

Fecha creación reporte: 2024-10-02, 02:03:59 PM **Tipo Planilla:** I: PLANILLA INDEPENDIENTES **Numéro Planilla:** 1066343371

Periodo Cotización: septiembre de 2024 **Periodo Servicio:** septiembre de 2024

PAGADO 01/10/2024

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	MARTHA CRISTINA SANTANA LEON		
Documento	CC1022360152	**Dirección**	CL 48BIS SUR #3 B - 23
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	**Teléfono**	7720852
Tipo Persona	NATURAL	**Forma Presentación**	ÚNICO
Ciudad	BOGOTA D.C.	**Departamento**	BOGOTA D.C.
Representante Legal		**Identificación**	
Total Afiliados	1	**ARP**	POSITIVA DE SEGUROS

II. DETALLE DEL APORTANTE

Datos del Afiliado				Novedades																				Pensiones			Salud			Riesgos			Cajas			Parafiscales					Total
Identificación	Apellidos y Nombres	Tipo Cotizante	Subtipo Cotizante	ING	RET	RET P	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	COR	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	Días AFP	Días EPS	Días ARP	Días CCF	Administradora	IBC Pensión	Aporte Pensión	Administradora	IBC Salud	Aporte Salud	Tarifa	IBC Riesgos	Aporte Riesgos	Administradora	IBC Caja	Aporte Caja	Aporte SENA	Aporte ICBF	ESAP	Aporte Ministerio	Total
CC 1022360152	MARTHA CRISTINA SANTANA LEON	59	00																	0	30	30	30	0	(25-14) COLPENSIONES	$ 2.720.000	$ 435.200	(EPS010) EPS SURA	$ 2.720.000	$ 340.000	2,436	$ 2.720.000	$ 66.300	(NIN-CC) NINGUNA CCF	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 841.500

III.TOTALES

IBC Pensión	IBC Salud	IBC Riesgos	IBC Cajas	Aportes Pensión	Aportes Salud	Aportes Riesgos	Aportes Cajas	Aportes Sena	Aportes ICBF	Aportes ESAP	Aportes Min Educación	(Incapacidades, Licencias, Saldos a Favor) EPS	Incapacidades ARP	SUBTOTAL SIN INTERESES DE MORA	TOTAL INTERESES DE MORA	TOTAL FINAL
$ 2.720.000	$ 2.720.000	$ 2.720.000	$ 0	$ 435.200	$ 340.000	$ 66.300	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 841.500	$ 0	$ 841.500

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!

¡El Poder de lo SIMPLE!

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

INSTITUTO NACIONAL DE SALUD	PROCESO GESTIÓN FINANCIERA	CERTIFICADO DE INGRESOS	Versión: 19
		FOR-A09.0000-013	2024-08-16

DECLARACION JURAMENTADA

Yo, **Martha Cristina Santana León** , identificado con **Cédula de Ciudadanía** No. **1,022,360,152** de **Bogotá D.C** , me permito declarar que mi vinculo actual con el Instituto Nacional de Salud es mediante: **Contrato de Prestación de Servicios** , con contrato número INS-CPS-266-2024

CERTIFICO QUE:

Declara costos y deducciones asociados al ingreso en la declaración de renta (Decreto 2231 del 22 de diciembre de 2023, Articulo 9 y 11)	**NO**
Cumplo 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)*	**NO**
* 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 Articulo 55 E.T *(adjunto la certificación correspondiente al fondo de pensiones obligatorias con aporte voluntario)*	**NO**
* Cumplo con uno o varios requisitos del Parágrafo 2 del Articulo 387 E.T., correspondientes a dependientes económicos de los relacionados a continuación: *(marque con una x según corresponda)*	
° Tengo hijos entre 0 y 18 años de edad. *(Adjunto registro civil de nacimiento).*	**NO**
° 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 ciudadania 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 ciudadania 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 ciudadania, 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

La anterior se firma el 2 del mes 10 del año 2024

SE FIRMA BAJO LA GRAVEDAD DE JURAMENTO

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.

NUMERO DE CONTRATO	INS-CPS-266-2024		**NOMBRE DEL CONTRATISTA**	MARTHA CRISTINA SANTANA LEÓN	
OBJETO DEL CONTRATO	Apoyar el proceso de vigilancia en salud pública a nivel nacional relacionado con los eventos no transmisibles.				
PERIODO DEL INFORME	**DESDE:**	01/09/2024		**HASTA:**	30/09/2024

DESCRIPCIÓN DEL AVANCE

Obligación contractual	Actividad desarrollada en el periodo de informe	Productos / evidencias
1. Presentar dentro de los cinco (5) días siguientes al inicio del contrato, el cronograma de actividades.	Se realiza cronograma de actividades	Archivo en excel
2. Depurar, ajustar y entregar para almacenamiento las bases de datos del evento asignado, por semana epidemiológica según cronograma establecido por la DVARSP.	Se realiza depuración de la base de datos del evento 356-Intento de suicidio de las semanas epidemiológicas 35, 36 y 38.	Archivos en excel
3. Realizar los informes o documentos del evento asignado de acuerdo con la necesidad y metodología establecidos por la DVARSP.	Elaboración del BES correspondiente al COVE de intento de suicidio del 03/09/2024. Elaboración del evento 356- indicadores de intento de suicidio para la Superintendencia Nacional de Salud con corte al PE IX de 2024. Elaboración de infografía del evento 356 con corte al PE IX de 2024.	Archivos Word, Excel y power point
4. Realizar el seguimiento al monitoreo de los comportamientos inusuales y hacer seguimiento a las acciones desarrolladas en las entidades territoriales con alertas o aumento inusual según cronograma y metodología establecidos por la DVARSP.	Se realiza seguimiento a comportamientos inusuales del evento 356-Intento de suicidio en departamentos y municipios en las semanas epidemiológicas 35, 36 y 38 y se diligencian en drive.	Archivos excel
5. Realizar el monitoreo, análisis y retroalimentación a las entidades territoriales del comportamiento en poblaciones especiales del evento asignado de acuerdo con la periodicidad y estructura establecida por la DVARSP.	Se diligencia drive de poblaciones especiales del evento 356-Intento de suicidio de las semanas epidemiológicas 35, 36 y 38.	Archivo excel
6. Realizar la programación y desarrollo de las asistencias técnicas requeridas (virtual o presencial), presentar los informes correspondientes y realizar seguimiento oportuno a los compromisos durante la ejecución del contrato, conforme a lo establecido por la DVARSP.	Se realiza asistencia técnica virtual del evento 356-Intento de suicidio al departamento de Caldas, se explica análisis de comportamientos inusuales.	Archivos excel

7. Revisar y actualizar los lineamientos nacionales de vigilancia, los protocolos, fichas de notificación, control de cambios al sistema de información Sivigila o los documentos complementarios de los eventos bajo su responsabilidad, y apoyar la realización de pruebas al Sivigila si se requiere.	Se realiza ajustes de la actualización del protocolo del evento 356-Intento de suicidio con el respectivo formato de control de cambios.	Documentos Word y excel
8. Participar en las reuniones técnicas y otras actividades necesarias para la gestión del evento asignado; consolidar la información de reuniones en el mecanismo establecido y garantizar la generación de los soportes correspondientes.	No se requirió esta obligación durante este periodo.	No se requirió esta obligación durante este periodo.
9. Realizar los informes ejecutivos requeridos que incluyan el comportamiento epidemiológico del evento, análisis de sus cambios, análisis de comportamientos inusuales, indicadores, recomendaciones en términos de toma de decisiones, y otra información que se considere relevante para el evento asignado, de acuerdo con la periodicidad establecida por la DVARSP.	Se realiza informe ejecutivo del evento 356-Intento de suicidio del departamento de Víchada y Bolívar.	Documentos Word
10. Realizar presentaciones con el análisis completo e integral del evento asignado de acuerdo con la periodicidad y metodología establecida por la DVARSP.	Se realiza presentación del comportamiento del evento 356-Intento de suicidio del departamento de Bolívar con corte a SE 38.	Documento power point
11. Realizar la priorización y programación de las capacitaciones para el evento asignado, así como garantizar el cargue de todos los soportes requeridos de acuerdo con la periodicidad y metodología establecida por la DVARSP.	No se requirió esta obligación durante este periodo.	No se requirió esta obligación durante este periodo.
12. Asistir a los Comités Operativos de Vigilancia Epidemiológica – COVE semanales de la DVARSP e informar las situaciones sobre el evento asignado durante dicha reunión cuando se requiera.	Asistencia a COVE el 03, 10, 17 y 24 de septiembre de 2024.	NA
13. Responder en los plazos establecidos a las situaciones relacionadas en la matriz del sistema de alerta temprana (monitoreo de medios, comportamientos inusuales, requerimientos CNE, monitoreo de poblaciones especiales, situaciones de emergencia) y consolidar la matriz de seguimiento, conforme a lo establecido por la DVARSP, cuando estos se presenten.	No se requirió esta obligación durante este periodo.	No se requirió esta obligación durante este periodo.
14. Apoyar en la atención a brotes, epidemias, emergencias y desastres que se presenten en salud publica en el territorio nacional y liderar los reportes de situación - SITREP y de brote de los eventos asignados.	No se requirió esta obligación durante este periodo.	No se requirió esta obligación durante este periodo.

15. Asumir la disponibilidad que se requiera, ante la activación del Centro de Operaciones de Emergencias en Salud Pública COE-ESP o de una de sus secciones, y realizar las actividades asignadas en el Plan de Acción del Incidente.	No se requirió esta obligación durante este periodo.	No se requirió esta obligación durante este periodo.
16. Colaborar a petición del supervisor en la elaboración y presentación oportuna de los informes solicitados por la DVARSP u otras áreas. Así como atender oportunamente las solicitudes de información requerida.	Se realiza informes del comportamiento del evento 356-Intento de suicidio de los departamentos de Víchada, Chocó, Cauca y Huila.	Documentos Word y excel
17. Registrar en el aplicativo dispuesto por el grupo de formación de talento humano todas las socializaciones, divulgaciones, seminarios y capacitaciones, elaborando y entregando al mismo grupo los formatos respectivos para su legalización	No se requirió esta obligación durante este periodo	No se requirió esta obligación durante este periodo
18. Las demás que emanen de la naturaleza del contrato y que sean necesarias para el desarrollo eficiente del mismo	No se requirió esta obligación durante este periodo	No se requirió esta obligación durante este periodo

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

(1) Contrato No.	INS-CPS-266-2024		
(2) Nombre del Contratista:	MARTHA CRISTINA SANTANA LEÓN		
(3) Cargo del supervisor:	Coordinadora Grupo Enfermedades No Transmisibles		
(4) Interventoría si ☐ **no** X **Nombre:**			
(5) Correo del supervisor y/o del Interventor (si aplica)	gavilam@ins.gov.co		
(6) Objeto del contrato:	Apoyar el proceso de vigilancia en salud pública a nivel nacional relacionado con los eventos no transmisibles.		
(7) Fecha de inicio:	12/08/2024	**(8) Fecha terminación:**	15/12/2024
(9) Período objeto del informe:	01/09/2024 al 30/09/2024		

(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. Presentar dentro de los cinco (5) días siguientes al inicio del contrato, el cronograma de actividades.	Se realiza cronograma de actividades	Archivo en excel	Recibido
2. Depurar, ajustar y entregar para almacenamiento las bases de datos del evento asignado, por semana epidemiológica según cronograma establecido por la DVARSP.	Se realiza depuración de la base de datos del evento 356-Intento de suicidio de las semanas epidemiológicas 35, 36 y 38.	Archivos en excel	Recibido
3. Realizar los informes o documentos del evento asignado de acuerdo con la necesidad y metodología establecidos por la DVARSP.	No se requirió esta obligación durante este periodo.	No se requirió esta obligación durante este periodo.	No aplica
4. Realizar el seguimiento al monitoreo de los comportamientos inusuales y hacer seguimiento a las acciones desarrolladas en las entidades territoriales con alertas o aumento inusual según cronograma y metodología establecidos por la DVARSP.	Elaboración del BES correspondiente al COVE de intento de suicidio del 03/09/2024. Elaboración del evento 356- indicadores de intento de suicidio para la Superintendencia Nacional de Salud con corte al PE IX de 2024. Elaboración de infografía del evento 356 con corte al PE IX de 2024.	Archivos Word, Excel y power point	Recibido
5. Realizar el monitoreo, análisis y retroalimentación a las entidades territoriales del comportamiento en poblaciones especiales del evento asignado de acuerdo	Se diligencia drive de poblaciones especiales del evento 356-Intento de suicidio de las semanas	Archivo excel	Recibido

con la periodicidad y estructura establecida por la DVARSP.	epidemiológicas 35, 36 y 38.		
6. Realizar la programación y desarrollo de las asistencias técnicas requeridas (virtual o presencial), presentar los informes correspondientes y realizar seguimiento oportuno a los compromisos durante la ejecución del contrato, conforme a lo establecido por la DVARSP.	Se realiza asistencia técnica virtual del evento 356-Intento de suicidio al departamento de Caldas, se explica análisis de comportamientos inusuales.	Archivos excel	Recibido
7. Revisar y actualizar los lineamientos nacionales de vigilancia, los protocolos, fichas de notificación, control de cambios al sistema de información Sivigila o los documentos complementarios de los eventos bajo su responsabilidad, y apoyar la realización de pruebas al Sivigila si se requiere.	Se realiza ajustes de la actualización del protocolo del evento 356-Intento de suicidio con el respectivo formato de control de cambios.	Documentos Word y excel	Recibido
8. Participar en las reuniones técnicas y otras actividades necesarias para la gestión del evento asignado; consolidar la información de reuniones en el mecanismo establecido y garantizar la generación de los soportes correspondientes.	No se requirió esta obligación durante este periodo.	No se requirió esta obligación durante este periodo.	No aplica
9. Realizar los informes ejecutivos requeridos que incluyan el comportamiento epidemiológico del evento, análisis de sus cambios, análisis de comportamientos inusuales, indicadores, recomendaciones en términos de toma de decisiones, y otra información que se considere relevante para el evento asignado, de acuerdo con la periodicidad establecida por la DVARSP.	Se realiza informe ejecutivo del evento 356-Intento de suicidio del departamento de Víchada y Bolívar.	Documentos Word	No aplica
10. Realizar presentaciones con el análisis completo e integral del evento asignado de acuerdo con la periodicidad y metodología establecida por la DVARSP.	Se realiza presentación del comportamiento del evento 356-Intento de suicidio del departamento de Bolívar con corte a SE 38.	Documento power point	Recibido
11. Realizar la priorización y programación de las capacitaciones para el evento asignado, así como garantizar el cargue de todos los soportes requeridos de acuerdo con la periodicidad y metodología establecida por la DVARSP.	No se requirió esta obligación durante este periodo.	No se requirió esta obligación durante este periodo.	No aplica
12. Asistir a los Comités Operativos de Vigilancia Epidemiológica – COVE semanales de la DVARSP e informar las situaciones sobre el evento asignado durante dicha reunión cuando se requiera.	Asistencia a COVE el 03, 10, 17 y 24 de septiembre de 2024.	NA	No aplica
13. Responder en los plazos establecidos a las situaciones relacionadas en la matriz del sistema de alerta temprana (monitoreo de medios, comportamientos inusuales,	No se requirió esta obligación durante este periodo.	No se requirió esta obligación durante este periodo.	Recibido

requerimientos CNE, monitoreo de poblaciones especiales, situaciones de emergencia) y consolidar la matriz de seguimiento, conforme a lo establecido por la DVARSP, cuando estos se presenten.			
14. Apoyar en la atención a brotes, epidemias, emergencias y desastres que se presenten en salud publica en el territorio nacional y liderar los reportes de situación - SITREP y de brote de los eventos asignados.	No se requirió esta obligación durante este periodo.	No se requirió esta obligación durante este periodo.	No aplica
15. Asumir la disponibilidad que se requiera, ante la activación del Centro de Operaciones de Emergencias en Salud Pública COE-ESP o de una de sus secciones, y realizar las actividades asignadas en el Plan de Acción del Incidente.	No se requirió esta obligación durante este periodo.	No se requirió esta obligación durante este periodo.	No aplica
16. Colaborar a petición del supervisor en la elaboración y presentación oportuna de los informes solicitados por la DVARSP u otras áreas. Así como atender oportunamente las solicitudes de información requerida.	Se realiza informes del comportamiento del evento 356-Intento de suicidio de los departamentos de Víchada, Chocó, Cauca y Huila.	Documentos Word y excel	Recibido
17. Registrar en el aplicativo dispuesto por el grupo de formación de talento humano todas las socializaciones, divulgaciones, seminarios y capacitaciones, elaborando y entregando al mismo grupo los formatos respectivos para su legalización	No se requirió esta obligación durante este periodo	No se requirió esta obligación durante este periodo	No aplica
18. Las demás que emanen de la naturaleza del contrato y que sean necesarias para el desarrollo eficiente del mismo	No se requirió esta obligación durante este periodo	No se requirió esta obligación durante este periodo	No aplica

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	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											39,8 %	

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

1. El/La Contratista durante el periodo señalado, desarrolló y cumplió las actividades, presentó y entregó los informes, productos y demás obligaciones pactadas en el Contrato en mención.

2. De conformidad con las disposiciones legales efectuó el pago a los aportes respectivos al sistema de seguridad social integral en salud y pensiones y/o aportes parafiscales. (Se anexan comprobantes de pago de los aportes).

3. Durante el periodo el/la Contratista cumplió con lo dispuesto en el POE-A01.2014-001 “Gestión de Seguridad y Salud en el trabajo”, especialmente lo establecido en el Anexo 1 sobre Normas y Requerimientos de Seguridad y Salud en el Trabajo para Contratistas y los criterios de sostenibilidad ambiental, de acuerdo al tipo de actividad que desarrolla.

4. Aprueba los informes, productos y demás documentos presentados y entregados por El/La Contratista durante el periodo mencionado en desarrollo de las obligaciones pactadas en el Contrato en mención.

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:

Greace Alejandra Ávila Mellizo

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

(14) Lugar y Fecha: Bogotá, D. C., 02 de octubre de 2024

Instructivo diligenciamiento (borrar, no imprimir):	
1	Indicar número del contrato tal cual como aparece en la minuta
2	Indicar el nombre del contratista
3	Indicar el cargo del supervisor
4	Indicar si o no aplica interventoría, en caso de que aplique relacionar el nombre del interventor, de lo contrario relacionar N.A
5	Indicar correo del supervisor y del interventor, en caso de que aplique este último.
6	Indicar objeto del contrato.
7	Indicar fecha de inicio de ejecución del contrato según aplique, aprobación de póliza o suscripción acta de inicio.
8	Indicar fecha de terminación del contrato.
9	Indicar el período objeto de informe p. Ej.: del 8 de septiembre de 2010 a 8 de octubre de 2010 o el mes de marzo de 2015 (dependiendo de la naturaleza o tipo de contrato o convenio).
10	Incluir las obligaciones contractuales, actividades desarrolladas, informes, productos, etc. para el cumplimiento de las mismas, así como el concepto del supervisor correspondiente al mes o periodo ejecutado
11	Incluir la certificación de cumplimiento del supervisor y/o interventor de acuerdo al avance del contrato.
12	Indicar observaciones, si aplica.
13	Indicar nombre del supervisor (es) y/o interventor (es) y firmar.
14	Indicar ciudad y fecha en que se elabora el formato.