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:	FINAL	CESION:	NO	FEI:	NO	SGR:	NO

1-INFORMACIÓN GENERAL DEL CONTRATO

NIT o CÉDULA:	52.066.936	CONTRATISTA:	PATRICIA AREVALO CORTES		
CONTRATO No.:	INS-CPS-513-2024	FECHA INICIO:	2/12/2024	FECHA FINAL:	31/12/2024
REGISTRO PRESUPUESTAL:	186124	VALOR HONORARIOS:	$ 4.400.000	PAGO NUMERO: 1	DE 1

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

		POR DIAS	CANTIDAD DE DIAS	HONORARIOS
INGRESOS HONORARIOS :	$ 4.253.333	SI	29	$ 4.253.333,33
IVA 19%				
INGRESOS POR DESPLAZAMIENTO:				
TOTAL INGRESOS BASE IMPUESTO:	$ 4.253.333	FACTURA:		FECHA:

3-LIQUIDACION DE PAGO A SEGURIDAD SOCIAL

TOTAL (IBC):	$ 1.760.000	
PENSION 16% (valor aporte):	$ 272.300	Administradora Colombiana de Pensiones Colpensiones
SALUD 12,5% (valor aporte):	$ 212.700	E.P.S Sanitas
ARL RIESGO III 2,436% (valor aporte):	$ 41.500	Positiva Compañía de Seguros
TOTAL PAGO AL SISTEMA G.S.S.I.:	$ 526.500	

PAGO PLANILLA: ANTICIPADO

PLANILLA DE PAGO No.: 1068769087 FECHA: 10/12/2024

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	$ 3.768.333	0,766%	$ 28.865
RETEFUENTE	$ 2.795.125	59,39	$ -
RETEIVA			0
TOTAL IMPUESTO		$	28.865,43
TOTAL A PAGAR		$	4.224.467,90

5. FIRMAS

Bajo la gravedad de juramento, certifico que cumplí a cabalidad las actividades c[illegible] 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

Nombre supervisor	CLARA PATRICIA SANCHEZ	Nombre supervisor	
Cargo	COORDINADORA	Cargo	
Dependencia	ENTRO REGULADOR DE TRAS	Dependencia	

6- INFORMACION RADICACION Y OBLIGACION

Radicado No:		Obligación No:	
Fecha radicado No:		Fecha Radicación (SIIF):	

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	2024-12-10, 08:32:40 PM en horario extendido
Periodo de Cotización Otros Riesgos	diciembre de 2024
Periodo de Cotización Para Salud	diciembre de 2024
Empresa	PATRICIA AREVALO CORTES
CEDULA CIUDADANIA	CC 52066936
Código Sucursal (Nombre)	( )
Referencia de Pago/ Número Planilla	1068769087
Tipo de Planilla	I
Número Transacción Bancaria/ CUS	1117006088
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: 2024-12-11, 08:36:25 AM **Tipo Planilla:** I: Planilla independientes **Número Planilla:** 1068769087

Periodo Cotización: diciembre de 2024

Periodo Servicio: diciembre de 2024

PAGADO 10/12/2024 EN HORARIO EXTENDIDO

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	$ 0	$ 281.600
N860011153	14-23	POSITIVA DE SEGUROS	1	$ 42.900	$ 0	$ 42.900
N860066942	CCF24	COMPENSAR CCF	1	$ 10.600	$ 0	$ 10.600
N800251440	EPS005	EPS SANITAS	1	$ 220.000	$ 0	$ 220.000
Total Pagado				$ 555.100	$ 0	$ 555.100

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

DECLARACION JURAMENTADA

Yo, **PATRICIA AREVALO CORTES** , identificado con **Cédula de Ciudadanía** No. **52.066.936** de **BOGOTA** , 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-513-2024

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 1 del mes 1 del año 2025

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-513-2024	**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:**	2-12-2024	**HASTA:**	31-12-2024

DESCRIPCIÓN DEL AVANCE

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

   El día 2 de diciembre, se concertó con la supervisora de contrato el cronograma de actividades para desarrollar durante el periodo de 2024. Correspondientes al contrato INS-CPS-513-2024

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 Diciembre 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

   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

   Asistí a taller de curso estrategia donación de órganos y tejidos

5. Apoyar el desarrollo de informes mensuales, trazabilidad de asignación de los procesos de donación de la red.
   Apoyo en el informe donante receptor correspondiente al mes de noviembre

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

   Con corte al 31 de Diciembre 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 28 de noviembre, 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 Diciembre 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 octubre, 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-513-2024		
(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:	02-12-2024	**(8) Fecha terminación:**	31-12-2024
(9) Período objeto del informe:	**NOVIEMBRE 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
1.Realizar cronograma de actividades en conjunto con el supervisor del contrato	Con corte al 2 de diciembre se concertó con la supervisora de contrato el cronograma de actividades para desarrollar durante el periodo de -2024. INS-CPS-513-2024		Cronograma De Actividades FOR-D01.0000-0011
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 diciembre, 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_ 440E-9FE1-8D8299E2E227%7D&file=FOR-R01.5110-011%20NUEVO%20OCTUBRE%202023.xlsx&action=default&mobilere my.sharepoint.com/:x:/r/personal/crtrasplantes_ins_gov_co/_layouts/15/ 109D9FC91E8F%7D&file=BITACORA.xlsx&action=default&mobileredir

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 .	Asistí a taller de curso estrategia donación de órganos y tejidos		Listado de asistencia se encuentra en poder dla oficina del área administrativa	
5. Apoyar el desarrollo de informes mensuales, trazabilidad de asignación de los procesos de donación de la red.	Apoyo en el informe donante receptor correspondiente al mes de noviembre .		https://inssalud-my.sharepoint.com/:x:/r/personal/crtrasplantes_ins_gov_co/_layouts/ 4F5A-8996-451C089117D9%7D&file=	
6. Asistir de forma presencial a las reuniones de entrega de productos definidas por el supervisor del contrato.	Con corte al 31 de diciembre 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		https://inssalud-my.sharepoint.com/:x:/r/personal/crtrasplantes_ins_gov_co/_layouts/ 4F5A-8996-451C089117D9%7D&file=FOR-R01.5110-060%20(2).xlsx&action=defau	

	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			
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 diciembre 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/ 4F5A-8996-451C089117D9%7D&file=FOR-R01.5110-060%20(2).xlsx&action=defau	
8. Responder, cuando haya lugar a ello, por los elementos que le sean asignados para el desarrollo de sus	Con corte al 31 de diciembre 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	

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.				
Otras actividades:	Con corte al 31 de diciembre se solicitaron realizar otras actividades.			

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	Defectos en los resultados	No ejecución de los proyectos	Supervisor	inicio de ejecución	Fin de ejecución + 4	Informe de supervisi	Mensual	Durante el periodo el contratista, cumplió con sus obligaciones en el

					del producto				meses mas	ón mensual		resultado del producto.

% DE AVANCE ACUMULADO	100%

(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:

Patricia Sánchez

CLARA PATRICIAS SANCHEZ RUIZ

Supervisor (es)/Interventor (es)

Diciembre de 2024 Bogotá, D. C.,