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:** 8/02/2024

OBJETIVO DEL CRONOGRAMA Apoyar la consolidacion, seguimiento y retroalimentacion de la actividad de donacion y trasplante de tejido oseo de donante vivo y membrana amniotica, asi como brindar soporte de los procesos de la Red de Donacion y Trasplantes de forma interrumpida INS-CPS-691-2023

ACTIVIDAD A DESARROLLAR	RESPONSABLE	2023	2024	2024	2024	2024	2024	2024	2024	AÑO	AÑO	AÑO	AÑO
		DICIEMBRE	ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO	*Seleccione*	*Seleccione*	*Seleccione*	*Seleccione*
		Semanas											
		Sel (5)	Sel (5)	Sel (5)	Sel (5)	Sel (5)	Sel (5)	Sel (5)	Sel (5)	Sel (5)	Sel (5)	Sel (5)	Sel (5)
1. Realizar cronograma de actividades en conjunto con el supervisor del contrato	LUZ MARINA BELTRAN												
2. Prestar apoyo de forma oportuna a los actores de la Red de Donacion y Trasplante para la modulacion de procesos de la red desde que se genera una consulta al registro nacional de donante hasta la asignacion de acuerdo a criterios tecnico- cientificos de los componentes anatomicos.	LUZ MARINA BELTRAN												
3.Realizar la consolidacion y validacion de la infromacion de tejido hueso proveniente de donante cadaverico y donante vivo, membrana amniotica a nivel nacional mes a mes	LUZ MARINA BELTRAN												
4. Desarrollar documentos , lineamientos , asistencias u otras acciones encaminadas a fortalecer el CRT	LUZ MARINA BELTRAN												
5. Apoyar el desarrollo de informes mensuales , trazabilidad de asignacion de los procesos de donacion de la red.	LUZ MARINA BELTRAN												
6. Asistir de forma presencial a las reuniones de entrega de productos definidas por el supervisor del contrato.	LUZ MARINA BELTRAN												
7.Realizar las actividades de manera interrumpida del Centro Regulador de Trasplantes a 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 conformidd a la necesidad de atencion del centro regulador de trasplantes para la Red de Donacion y Trasplantes	LUZ MARINA BELTRAN												
8 . Responder cuando haya lugar a ellos, por los elementos que le sean asignados para el desarrollo de sus actividades y hacer entrega de los mismos al momento de la terminaciondel contrato por supervisor, en coordinacion con la dependencia encargada en la entidad	LUZ MARINA BELTRAN												
9. las demas que emanen de la naturaleza del contrato y que sean necesarias para el desarrolloeficiente del mismo	LUZ MARINA BELTRAN												

LUZ MARINA BELTRAN RODRIGUEZ

CLARA PATRICIA SANCHEZ RUIZ

8/02/2024
FECHA APROBACIÓN

MENSUAL

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 51661437		BELTRAN RODRIGUEZ LUZ MARINA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	Calle 19B N 81B 45	BOGOTA-BOGOTA D.E.	5555555	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2024-03	2024-03	1000000015	9465971484	I	2024/04/09	2024/04/22	BANCO DE BOGOTA	13	$287,100

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO			PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES		
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$0	$0			$1,900,000	$237,500			$0	$0			$1,900,000	$46,300		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$0	$0			$1,900,000	$237,500			$0	$0			$1,900,000	$46,300		$0	$0
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)					$0	$0			$1,900,000	$237,500			$0	$0			$1,900,000	$46,300		$0	$0
1	CC	51661437	BELTRAN LUZ		0	$0	$0	EPS001	30	$1,900,000	$237,500		0	$0	$0	14-4	30	$1,900,000	$46,300	0	$0	$0
Total		**Afiliados(1)**				$0	$0			$1,900,000	$237,500			$0	$0			$1,900,000	$46,300		$0	$0

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 51661437		BELTRAN RODRIGUEZ LUZ MARINA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	Calle 19B N 81B 45	BOGOTA-BOGOTA D.E.	5555555	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2024-03	2024-03	1000000015	9465971484	I	2024/04/09	2024/04/22	BANCO DE BOGOTA	13	$287,100

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$46,300	$600	$0	$46,900
COLPATRIA ARP	14-4	860,002,183	9	1	$46,300	$600	$0	$46,900
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$237,500	$2,700	$0	$240,200
ALIANSALUD EPS (ANTES COLMEDICA)	EPS001	830,113,831	0	1	$237,500	$2,700	$0	$240,200
TOTAL				**1**	**$283,800**	**$3,300**	**$0**	**$287,100**

INSTITUTO NACIONAL DE SALUD	PROCESO GESTION FINANCIERA	CERTIFICACION DE CUMPLIMIENTO PARA PAGO DE CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS	Versión: 11
		FOR-A09.2026-002	2024-09-06

TIPO DE CERTIFICACION:	FINAL	CESION:	SI	FEI:	NO	SGR:	NO

1-INFORMACIÓN GENERAL DEL CONTRATO

NIT o CÉDULA:	51661437	CONTRATISTA:	LUZ MARINA BELTRAN RODRIGUEZ				
CONTRATO No.:	INS-CPS-691-2023	FECHA INICIO:	8/02/2024	FECHA FINAL:	10/03/2024		
REGISTRO PRESUPUESTAL:	40524	VALOR HONORARIOS:	$ 4.400.000	PAGO NUMERO:	2	DE	2

2- RESUMEN VALORES GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

TIPO CONTRATO:	DECLARA RENTA:	PENSIONADO:	ANEXO CERTIFICADO DE INGRESOS	RESPONSABLE DE IVA
PROFESIONAL	NO	SI	NO	NO

INGRESOS HONORARIOS :	$ 1.466.667
IVA 19%	
INGRESOS POR DESPLAZAMIENTO:	
TOTAL INGRESOS BASE IMPUESTO:	$ 1.466.667

POR DIAS	CANTIDAD DE DIAS	HONORARIOS
SI	10	$ 1.466.666,67

FACTURA: FECHA:

3-LIQUIDACION DE PAGO A SEGURIDAD SOCIAL

TOTAL (IBC):	$ 1.760.000	
PENSION 16% (valor aporte):	$ -	
SALUD 12,5% (valor aporte):	$ 73.400	Aliansalud EPS
ARL RIESGO III 2,436% (valor aporte):	$ 14.300	Positiva Compañía de Seguros
TOTAL PAGO AL SISTEMA G.S.S.I.:	$ 87.700	

PAGO PLANILLA: VENCIDO

PLANILLA DE PAGO No.: 9465971484 FECHA: 22/04/2024

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	$ 1.466.667	0,766%	$ 11.235
RETEFUENTE	$ 1.100.000	23,37	$ -
RETEIVA			0
TOTAL IMPUESTO			$ 11.234,67
TOTAL A PAGAR			$ 1.455.432,00

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

Nombre supervisor	CLARA PATRICIA SANCHEZ RUIZ	Nombre supervisor	
Cargo	COORDINADORA	Cargo	
Dependencia	CENTRO REGULADOR DE TRASP	Dependencia	

6- INFORMACION RADICACION Y OBLIGACION

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

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

NUMERO DE CONTRATO	INS-CPS-691-2023	**NOMBRE DEL CONTRATISTA**	LUZ MARINA BELTRAN RODRIGUEZ	
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 Donacion y Trasplantes de forma ininterrumpida.			
PERIODO DEL INFORME	**DESDE:**	01/03/2024	**HASTA:**	10/03/2024

DESCRIPCIÓN DEL AVANCE

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

- El día 8 Febrero, se concertó con la supervisora de contrato el cronograma de actividades para desarrollar durante el periodo de 2023-2024. Correspondientes al contrato INS-CPS-691-2023-2024

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 10 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

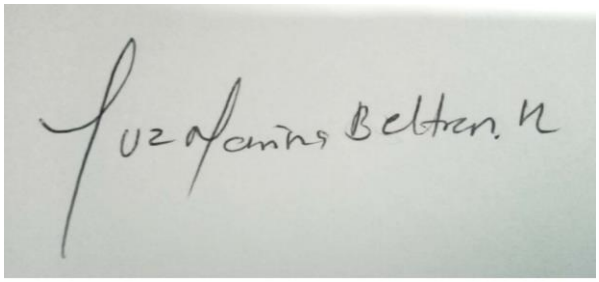
3 Realizar las actividades de manera ininterrumpida del Centro Regulador de Trasplantes de conformidad a los cronogramas 24/7 que le sean asignados y en las instalaciones del Instituto Nacional de Salud y/o donde su supervisor lo disponga de conformidad a la necesidad de atención del centro regulador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

- Con corte al 10 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

4 OTRAS ACTIVIDADES

- Con corte al 10 de Marzo, se apoyó en las siguientes actividades.: Recepción de la información de las 6 regionales Actividad de la donación en Muerte Encefálica FOR-R01-5110-027. se apoya activades del CRT designadas por supervisor de Contrato

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



cc. 51661437

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA

(1) Contrato No.	INS-CPS-691-2023		
(2) Nombre del Contratista:	LUZ MARINA BELTRAN RODRIGUEZ		
(3) Cargo del supervisor:	PATRICIA SANCHEZ		
(4) Interventoría si ☐ no X☐ Nombre:	Tomas Gilberto Prazca Cepeda		
(5) Correo del supervisor y/o del Interventor (si aplica)			
(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 Donacion y Trasplantes de forma ininterrumpida.		
(7) Fecha de inicio:	08/02/2024	**(8) Fecha terminación:**	10/03/2024
(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: .	El día 8 Febrero, se concertó con la supervisora de contrato el cronograma de actividades para desarrollar durante el periodo de 2023-2024. Correspondientes al contrato INS-CPS-691-2023-2024	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 10 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%2023.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 las actividades de manera ininterrumpida del Centro Regulador de Trasplantes de conformidad a los cronogramas 24/7 que le	Con corte al 10 de Marzo, se realizó registro de las actividades diarias del Centro Regulador de Trasplantes. Se consolido y se actualizaron en las bases de	https://inssalud-my.sharepoint.com/:x:/r/personal/crtrasplantes_ins_gov_co/_layouts/15/Doc.aspx?sourcedoc=%7BA5826123-708C-4F5A-8996-	

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.	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	451C089117D9%7D&file=FOR-R01.5110-060%20(2).xlsx&action=default&mobileredirect=true	OK
Otras actividades:	Con corte al 10 de Marzo, se apoyó en las siguientes actividades.: Recepción de la información de las 6 regionales Actividad de la donación en Muerte Encefálica FOR-R01-5110-027.	https://inssalud-my.sharepoint.com/personal/crtrasplantes_ins_gov_co/_layouts/15/onedrive.aspx?id=%2Fpersonal%2Fcrtrasplantes%5Fins%5Fgov%5Fco%2FDocuments%2F2023%20NUEVO%2FFORMATO%20027%20ME&view=0	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 ejecución + 4 meses mas	Revisando la información suministrada	Antes de usar la información	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	50%

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

1. El/La Contratista **LUZ MARINA BELTRAN RODRIGUEZ** 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 **LUZ MARINA RODRIGUEZ BELTRAN** 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:



CLARA PATRICIAS SANCHEZ RUIZ

Supervisor (es)/Interventor (es)

Bogotá, D. C MARZO 10 Bogotá, D. C.,
(14)

(1) Contrato No.	INS-CPS-691-2023
(2) Nombre del Contratista	LUZ MARINA BELTRAN RODRIGUEZ
(3) Cargo del supervisor:	CLARA PATRICIA SANCHEZ
(4) Interventoría si ☐ no ☐ x Nombre:	NA
(5) Correo del supervisor y/o del Interventor (si aplica)	Tomas Gilberto Prazca Cepeda
(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 Donacion y Trasplantes de forma ininterrumpida
(7) Fecha de inicio: 08/02/2024	**(8) Fecha terminación:** 10/03/2024

(9) INFORME FINAL DE EJECUCIÓN

1. INFORME DE EJECUCIÓN TÉCNICA: (9)

1.1. Supervisor designado, cambios en la designación y períodos.

Posición	Nombre	Fecha de seguimiento
Supervisor	clara patricia sanchez ruiz	30/11/2023 11:15:14 AM ((UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)
Ordenador del Gasto	Cris Encarnación Reyes Gómez	30/11/2023 11:15:14 AM ((UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)

1.2. Ejecución del contrato:

1, Cronograma de actividades aprobado por el supervisor del contrato:

- El día 8 Febrero, se concertó con la supervisora de contrato el cronograma de actividades para desarrollar durante el periodo de 2023-2024. Correspondientes al contrato INS-CPS-691-2023-2024

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 10 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 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 10 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

4. ***Otras actividades:***

- Con corte al 10 de Marzo, se apoyó en las siguientes actividades.: Recepción de la información de las 6 regionales Actividad de la donación en Muerte Encefálica FOR-R01-5110-027.

5. INFORME DE EJECUCIÓN ECONÓMICA Y FINANCIERA (9)

La siguiente información debe corresponder con los datos contenidos en la relación de pagos

Valor inicial contratado	4.400.000$
Valor adiciones	0$
VALOR TOTAL (INCLUIDAS LAS ADICIONES)	4.400.000$
Valor total ejecutado	6.200.000$
Valor pagado o desembolsado al contratista.	6.200.000$
Saldo a favor del contratista	0$
VALOR A LIBERAR	0$
VALOR LIBERADO (Cuando aplique)	0$
Se adjunta la Relación de pagos expedida por Gestión Financiera	

3.1 GARANTÍAS EXIGIDAS.

Información sobre la vigencia extensión de la vigencia, para los casos de liquidación del contrato. (Se debe adjuntar la garantía, extendida)	101040668

3.2 Cumplimiento de las normas y requerimientos de seguridad y salud en el trabajo

Cumplió con lo establecido en el POE-A01.2014-001 “Gestión de Seguridad y Salud en el trabajo”, ***especialme***nte lo dispuesto en el Anexo 1 sobre Normas y Requerimientos de Seguridad y Salud en el Trabajo para Contratistas:

- Se Afilió a la ARL
- Se practicó los exámenes médicos ocupacionales de ingreso (si es contratista por primera vez) y periódicos cuando el contratante se lo requiera.
- Participó en las actividades de promoción y prevención que realizó Talento Humano - Seguridad y Salud en el Trabajo
- Garantizó la gestión adecuada de residuos peligrosos y no peligrosos, que se generen a partir del Desarrollo del objeto contractual, apoyándose del Instructivo de Gestión Integral de Residuos (INTA05.0000-002) del INS.

3.3 Cumplimiento de criterios de sostenibilidad ambiental

- Se cumplieron con las disposiciones relacionadas con Gestión Ambiental, de conformidad con la normatividad vigente, comprometiéndose al uso racional de los recursos relacionados que el Instituto Nacional de Salud para el desarrollo de sus actividades contractuales en procura de sus productos:
- Digitalizó y distribuyó documentos en formato electrónico.
- Evitó la impresión de mensajes de correo electrónico y borradores.
- Imprimió estrictamente lo necesario y solamente los soportes que la Entidad le solicite en medio Físico.
- Los documentos que se requirieron presentar físicamente, se imprimieron a doble cara, para asegurar el ahorro de papel.

- Los documentos que no requirieron mayor formalidad y que no fueron entregas definitivas, fueron impresos en hojas borrador.
- Se imprimieron preferiblemente en modo borrador, para utilizar menos tinta y reducir el número de cartuchos a reciclar.
- Garantizó la gestión adecuada de residuos peligrosos y no peligrosos, que se generaron a partir del desarrollo del objeto contractual.

3.4 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	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	actividad de supervisión, controles periódicos, informes mensuales
2	General	Externo	Ejecución	Operacionales	Defectos en los resultados del producto por circunstancias ajenas a la voluntad del contratista.	Defectos en los resultados del producto por circunstancias ajenas a la voluntad del contratista	Supervisor	Inicio de ejecución	Fin de ejecución + 4 meses mas	Informe de supervisión mensual	Mensual	actividad de supervisión, controles periódicos, informes mensuales

6. DOCUMENTOS ADJUNTOS (9)

https://inssalud-my.sharepoint.com/personal/crtrasplantes_ins_gov_co/_layouts/15/onedrive.aspx?login_hint=crtrasplantes%40ins%2Egov%2Eco&id=%2Fpersonal%2Fcrtrasplantes%5Fins%5Fgov%5Fco%2FDocuments%2FDICIEMBRE%202022%2FBD%20REGISTRO%20NACIONAL%20DE%20DONANTES%20FOR%2001%2E5110%2E011

https://inssalud-my.sharepoint.com/personal/crtrasplantes_ins_gov_co/_layouts/15/onedrive.aspx?login_hint=crtrasplantes%40ins%2Egov%2Eco&id=%2Fpersonal%2Fcrtrasplantes%5Fins%5Fgov%5Fco%2FDocuments%2FDICIEMBRE%202022%2FBD%20REGISTRO%20NACIONAL%20DE%20DONANTES%20FOR%2001%2E5110%2E011

https://www.google.com/search?q=reddata&rlz=1C1CHBF_esCO912CO912&oq=&aqs=chrome.2.35i39i362l6j46i39i362j35i39i362.3964j0j7&sourceid=chrome&ie=UTF-8

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

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=tru

NOTA: Cuando se adjunte el Informe final en medio magnético, cerciorarse que contenga los ítems descritos anteriormente y en el mismo orden.

7. OBSERVACIONES (10)

En este ítem se debe incluir, entre otros aspectos, los siguientes:

- El saldo liberado corresponde al valor no ejecutado dentro del tiempo comprendido entre la suscripción del contrato hasta la aprobación del a garantía.

De conformidad con lo anterior, EL SUPERVISOR (ES) CERTIFICA QUE: (11)

1. El/La Contratista **LUZ MARINA BELTRAN RODRIGUEZ** durante el periodo de ejecución del contrato, desarrolló y cumplió con el (%) por ciento del objeto contractual y las actividades, presentó y entregó los informes, productos y demás obligaciones pactadas en el Contrato en mención.

2. Verificó, durante el término de ejecución del contrato, el pago a los aportes al sistema de seguridad social integral en salud y pensiones y/o aportes parafiscales, de conformidad con lo establecido en las disposiciones legales vigentes.

3. Aprueba los informes, productos y demás documentos presentados y entregados por el/la Contratista durante todo el periodo de ejecución del Contrato en mención.

4. Recibió de manera definitiva y a satisfacción los servicios y/o bienes prestados por El/La Contratista **LUZ MARINA BELTRAN RODRIGUEZ** durante todo el periodo de ejecución del Contrato en mención.

5. Durante el término de ejecución el/la Contratista **LUZ MARINA BELTRAN RODRIGUEZ** 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 desarrolló.

6. Durante el término de ejecución del contrato se hizo seguimiento a los riesgos estimados en la matriz correspondiente (de acuerdo con la periodicidad establecida) y a la fecha no se materializó ninguno.

7. Que según el desarrollo del contrato, el contratista se evalúa así: MALO: El proveedor/contratista incumplió las obligaciones (Requiere acto administrativo en firme). REGULAR: El proveedor/contratista cumple en forma general lo indicado en el contrato, hubo reparos en la ejecución, fue necesario tomar medidas correctivas y conciliatorias (Adjuntar soportes que evidencien las medidas tomadas). BUENO: El proveedor/contratista cumple con sus obligaciones con oportunidad, calidad y atención requerida.

Bueno	***Regular***	***Malo***
X		

En constancia, firmo: (12)



Patricia Sánchez
Supervisor (es)/Interventor (es)

(13) Lugar y Fecha: Bogotá, D. C., 10/03/2024

INSTITUTO NACIONAL DE SALUD	PROCESO RECURSOS FISICOS	PAZ Y SALVO CONTRATISTAS PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES O APOYO A LA GESTIÓN (PERSONA NATURAL)	Version: 00
		FOR-A10.0000-038	2023-11-03

Información del Contrato			
Nombre del contratista:	Luz Marina Beltran Rodriguez	**Número del contrato:**	2023-691
Número de documento:	51 661 437	**Dependencia:**	Centro Regulador Trasplantes
Fecha de inicio:	8 Febrero 2024	**Fecha de finalización:**	10-03-2024

Informacion general

1. Debe ser diligenciado y firmado por todos los responsables, siempre que el contratista de prestación de servicios o apoyo a la gestión haya dado cumplimiento estricto con la entrega, cierre y/o devolución de los elementos.

2. El supervisor del contrato, deberá asegurarse que el presente formato se encuentre totalmente diligenciado y con todas las firmas correspondientes.

3. El contratista debe cargar el presente documento al SECOP II junto a su última cuenta, para poder recibir el pago correspondiente. Sólo se reciben formatos que contengan todas las firmas de los procesos enunciados.

Firmas

1. LEGALIZACIÓN ENTREGA DE BIENES- RESPONSABLE DEL ALMACÉN	2. ENTREGA DE CARNÉ INSTITUCIONAL AL GRUPO DE GESTIÓN ADMINISTRATIVA
Firma:	Firma:
Nombre: Heriberto Castillon Sanchez	Nombre: JOHN ALEXANDER ARIZA GUTIÉRREZ
Fecha: Febrero 18 de 2025	Fecha: 31-12-24

3. SUPERVISOR DEL CONTRATO

Nombre y firma: Patricia Sánchez Patricia Sánchez	Fecha: **31 de diciembre 2024**

Powered by CamScanner

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

DECLARACION JURAMENTADA

Yo, **LUZ MARINA BELTRAN** , identificado con **Cédula de Ciudadanía** No. **51.661.437** 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 691-2023

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.	**NO SOY DECLARANTE DE RENTA**

INFORMACION PARA DEPURAR LA BASE DE LA RETENCIÓN CERTIFICO QUE:

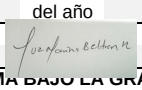
De las siguientes deducciones, seleccione los conceptos para tener en cuenta en la depuración de la Base del cálculo de la Retención en la Fuente:

* 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)*	**NO**
° Tengo hijos entre 0 y 18 años de edad. *(Adjunto registro civil de nacimiento).*	
° 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 10 del mes 2 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.