

TIPO DE CERTIFICACION:FINAL

CESION:NO

FEL:NO

SGR:NO

1-INFORMACION GENERAL DEL CONTRATO

No. NIT o CÉDULA:1.000.686.486

CONTRATISTA:TATIANA BRIGITH CAICEDO MORENO

CELULAR3214181499

CONTRATO No.:INS-CPS-634-2025

FECHA INICIO:2025/12/18FECHA FINAL:31/07/2026

REGISTRO PRESUPUESTAL:11026

VALOR HONORARIOS:\$ 3.960.000PAGO NUMERO:8DE8

2- RESUMEN VALORES GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

TIPO CONTRATO:PROFESIONAL

PENSIONADO:NO

RESPONSABLE DE IVA:NO

INGRESOS HONORARIOS :\$ 3.960.000

IVA 19%:

INGRESOS POR DESPLAZAMIENTO:

TOTAL INGRESOS BASE IMPUESTO:\$ 3.960.000

POR DIAS

CANTIDAD DE DIAS

HONORARIOS

NO\$ 3.960.000,00

FACTURA:

FECHA:

3-LIQUIDACION DE PAGO A SEGURIDAD SOCIAL

TOTAL (IBC):\$ 1.750.905

PENSION 16% (valor aporte):\$ 280.100

SALUD 12,5% (valor aporte):\$ 218.900

ARL RIESGO III 2,436% (valor aporte):\$ 42.700

TOTAL PAGO AL SISTEMA G.S.S.I.:\$ 541.700

PAGO PLANILLA

ANTICIPADO

Realice Aportes Voluntarios al Fondo de Pensiones Obligatorias de acuerdo al Artículo 55 E.T (adjunto la certificación correspondiente al fondo de pensiones obligatorias con aporte voluntario)

NO

4-DATOS DE RETENCION Y NETO A PAGAR

Se encuentra inscrito en el Régimen Simple de Tributación - RST (Adjuntar RUT actualizado - NO MAYOR A 180 DÍAS)

NO

Declara costos y deducciones asociados al ingreso en la declaración de renta (Decreto 2231 del 22 de diciembre de 2023, Artículo 9 y 11)

NO

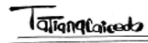
DERECHOS DE DEDUCCIÓN	VALOR	MES	VALOR A DEDUCIR
a. % INTERESES POR PRESTAMOS DE VIVIENDA: límite max. Mensual 100 uvt 5.237.400, correspondiente al año inmediatamente anterior.		1	-
b. PREPAGADA o SEGURO SALUD O PLAN COMPLEMENTARIO: límite max. Mensual 16 uvt 837.984, correspondiente al año inmediatamente anterior.		1	-
c. DEPENDIENTE: límite max. Mensual 32 uvt 1.675.968 correspondiente al mes pagado	NO		-
d. APORTES: (Volunt. Pensiones) voluntarias No superior al 30% de los ingresos correspondiente al mes pagado 3800/199.021.200	-		-
e. APORTES: (AFC) No superior al 30% de los ingresos correspondiente al mes pagado 199.021.200			-
DERECHOS DE DEDUCCIÓN	VALOR	\$	-

CONCEPTO	BASE	TARIFA	%
RETEICA	\$ 3.461.000	0,766%	\$ 26.511
RETEFUENTE	\$ 2.563.725	-	\$ -
RETEIVA	\$ -	0%	
TOTAL IMPUESTO		\$	26.511
TOTAL A PAGAR		\$	3.933.488,74

RETEFUENTE VOLUNTARIA	NO
-----------------------	----

5. FIRMAS

Bajo la gravedad de juramento, certifico que cumpli 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 cumplió 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

Cargo

Dependencia



YAZMIN ROCÍO ARIAS MURILLO

PROFESIONAL ESPECIALIZADO

CENTRO REGULADOR DE TRASPLANTES

Nombre supervisor

Cargo

Dependencia

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
		93318230	07/07/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-07	2026-07	I	\$0	\$541.800	

TOTALES SALUD													
Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS005	Sanitas EPS	800251440-6	218.900	0		0		0	0	0	0	218.900	1

TOTALES RIESGOS LABORALES															
Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-23	Positiva Seguros	860011153-6	42.700				42.700	0	0	42.700			427	42.700	1

TOTALES CAJAS							
Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados

TOTALES POR SUBSISTEMA			
Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	218.900	218.900
Pensión	1	280.200	280.200
Riesgos Laborales	1	42.700	42.700
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	541.800	541.800

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	1000686486	TATIANA BRIGITH CAICEDO MORENO		CALLE 8 A SUR 77 T 10	3214181499	TBCAICEDO@GMAIL.COM
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I – Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	
						EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
						NO

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
		93318230	07/07/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-07	2026-07	I	\$0	\$541.800	

DETALLE POR COTIZANTE																																																		
INFORMACIÓN COTIZANTE							INFORMACIÓN NOVEDADES							PENSIÓN							SALUD				RIESGOS LABORALES				CCF				PARAFISCALES																	
No.	Tipo y Número de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Colom. exterior	Económico	INS	RET	TDE	TAF	TAP	UPP	VST	SEN	ICE	LVA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCION	Cód. AFP	IBC AFP	Días	Cotización	Voluntario Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Días	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Días	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Días	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN		
1	CC 1000686486	CAICEDO MORENO TATIANA BRIGITH	59	0			N																230301	1.750.905	30	280.200	0	0	0	0	EPS005	1.750.905	30	218.900	14-23	1.750.905	30	3	42.700		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	1000686486	TATIANA BRIGITH CAICEDO MORENO		CALLE 8 A SUR 77 T 10	3214181499	TBCAICEDO@GMAIL.COM
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I – Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	
						EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
						NO

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DÍAS/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DÍAS/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
		93318344	07/07/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-06	2026-06	I	\$0	\$541.800	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD													
Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS005	Sanitas EPS	800251440-6	218.900	0		0		0	0	0	0	218.900	1

TOTALES PENSIÓN												
Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
230301	Porvenir	800224808-8	280.200	0	0	0	0	0	0		280.200	1

TOTALES RIESGOS LABORALES															
Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-23	Positiva Seguros	860011153-6	42.700				42.700	0	0	42.700			427	42.700	1

TOTALES CAJAS							
Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados

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

TOTALES POR SUBSISTEMA			
Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	218.900	218.900
Pensión	1	280.200	280.200
Riesgos Laborales	1	42.700	42.700
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	541.800	541.800

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	1000686486	TATIANA BRIGITH CAICEDO MORENO		CALLE 8 A SUR 77 T 10	3214181499	TBCAICEDO@GMAIL.COM
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I – Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	
						EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
						NO

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
		93318344	07/07/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-06	2026-06	I	\$0	\$541.800	

DETALLE POR COTIZANTE																																																					
INFORMACIÓN COTIZANTE							INFORMACIÓN NOVEDADES							PENSIÓN							SALUD				RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES																					
No.	Tipo y Número de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Salud	Extranjero	Colom. exterior	Exonemado	INS	RET	TDE	TAE	TAP	TAP	VSP	VST	SEN	AGE	LAA	ANC	ANC	ACT	IRL	CORRECCION	Cód. AFP	IBC AFP	Días	Cotización	Voluntario Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Días	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Días	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Días	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN				
1	CC 1000686486	CAICEDO MORENO TATIANA BRIGITH	59	0			N																	230301	1.750.905	30	280.200	0	0	0	0	EPS005	1.750.905	30	218.900	14-23	1.750.905	30	3	42.700		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

 INSTITUTO NACIONAL DE SALUD	PROCESO ADQUISICIÓN DE BIENES Y SERVICIOS	INFORME PARCIAL DE SUPERVISIÓN	Versión: 03
			2023-11-17
		FOR-A02.0000-037	Página 1 de 3

(1) Contrato No.	INS-CPS-834-2025		
(2) Nombre del Contratista:	TATIANA BRIGITH CAICEDO MORENO		
(3) Cargo del supervisor:	Profesional especializado del Centro Regulador de Trasplantes.		
(4) Interventoría si ☐ no ☒ Nombre:			
(5) Correo del supervisor y/o del Interventor (si aplica)	yarias@ins.gov.co		
(6) Objeto del contrato:	Prestar servicios profesionales para realizar la atención de procesos de donación y trasplantes del centro regulador de trasplantes y el apoyo a la formulación de informes e indicadores del centro regulador de trasplantes y de tejidos tanto mensual, trimestral semestral y anual de acuerdo con la periodicidad y necesidades del área.		
(7) Fecha de inicio:	18/12/2025	(8) Fecha terminación:	31/07/2026
(9) Período objeto del informe:	JULIO 2026		
(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. Elaborar cronograma de actividades en conjunto con el supervisor del contrato.	El día 19 de diciembre se concertó con la supervisora de contrato el cronograma de actividades para desarrollar durante el periodo del 2025 correspondiente al contrato INS-CPS-2025	Cronograma De Actividades FOR- D01.0000-0011	OK
2. Apoyar el seguimiento de la implementación de las comisiones de órganos en especial en lo que se refiere a oferta de procesos y registros.	Se apoya en el desarrollo de lineamientos y documentos para el CRT	Lineamientos	OK
3. Desarrollar las actividades operativas del grupo red donación y trasplantes de acuerdo con procedimientos institucionales de forma ininterrumpida en el CRT en turnos entre 6 a 24 horas según la necesidad del servicio	Con corte al 31 de julio, 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://inssaludmy.sharepoint.com/:x:/r/personal/crtrasplantes_ins_gov_co/_layouts/15/Doc.aspx?sourcedoc=%7B47F7B25B1AD6440E9FE18D8299E2E227%7D&file=FORR01.5110011%20NUEVO%20OCTUBRE%202023.xlsx&action=default&mobileredirect=true https://inssaludmy.sharepoint.com/:x:/r/personal/crtrasplantes_ins_gov_co/_layouts/15/Doc.aspx?sourcedoc=%7B7C31760A2310435E8ABC109D9FC91E8F%7D&file=BITACORA.xlsx&action=default&mobileredirect=true	Base de datos del FOR 011 en proceso de revisión calidad del dato.

 INSTITUTO NACIONAL DE SALUD		PROCESO ADQUISICIÓN DE BIENES Y SERVICIOS		INFORME PARCIAL DE SUPERVISIÓN		Versión: 03
						2023-11-17
				FOR-A02.0000-037		Página 2 de 3
4. Realizar consolidación de la información de obtención y distribución de bases de tejido piel y células progenitoras hematopoyéticas-CPH	Se entregan las bases originales, se realiza en el mes de julio la base de piel y progenitores hematopoyéticos del mes junio 2026.	TRD-CRT-2026-TEJIDOS PIEL Y PROGENITORES HEMATOPOYETICOS		Base de datos en TRD en proceso de revisión calidad del dato 2025.		
5. Asistir de forma presencial a las reuniones de entrega de productos definidas por el supervisor del contrato.	Con corte al 31 de julio, se asistió de forma presencial a las reuniones de entrega de productos y capacitación	Acta de reunión		OK		
6. Brindar apoyo en caso de presentarse una pandemia, emergencia sanitaria, o cualquier otro evento de salud pública que genere alteraciones en la prestación normal del servicio, el Contratista se obliga a ejecutar las actividades objeto del contrato en cualquier grupo, dependencia o área donde la Entidad lo requiera, conforme a las directrices y necesidades institucionales que se establezcan durante dicho periodo. El Contratista deberá ajustar la forma, modalidad, lugar y/o condiciones de ejecución, garantizando la continuidad del servicio y acatando las instrucciones emitidas por la Entidad, sin que ello implique modificación del objeto contractual ni genere reconocimientos económicos adicionales, salvo lo que expresamente determine la Entidad contratante.	Se verifica actividades y se ajusta según a solicitud para su respectiva ejecución	Acta de reunión		OK		
7. Las demás que emanen de la naturaleza del contrato y que sean necesarias para el desarrollo eficiente del mismo.	2 celulares y 1 computador Se realiza capacitación de seguridad y salud en el trabajo.			OK		

No	Clase	Fuente	Etapas	Tipo	Descripción (que puede pasar y, como puede ocurrir)	Consecuencia de la ocurrencia del evento	Persona responsable por implementar el tratamiento	Fecha estimada en que se inicia el tratamiento	Fecha estimada en que se completa el tratamiento	Monitoreo y revisión		
										¿Cómo se realiza el monitoreo?	Periodicidad ¿Cuándo?	Descripción del monitoreo realizado
1	General	Externo	Ejecución	Riesgos Operacionales	Retraso en la entrega de productos por circunstancias ajenas a la voluntad del contratista	Demora en la ejecución del objeto contractual	Supervisor	inicio de ejecución	Fin de ejecución + 4 meses mas	Informe de supervisión mensual	MENSUAL	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 por circunstancias ajenas a la voluntad del contratista	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										100%	
(11) DE CONFORMIDAD CON EL SEGUIMIENTO A LA EJECUCIÓN DEL CONTRATO, EL SUPERVISOR/INTERVENTOR (ES) CERTIFICA QUE:											
1. El/La Contratista TATIANA BRIGITH CAICEDO MORENO 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 TATIANA BRIGITH CAICEDO MORENO 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. <u>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.</u> 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:							N/A				
(13) En constancia, firmo:  YAZMIN ROCIO ARIAS MURILLO Supervisor (es)/Interventor (es)											
Bogotá D.C, agosto 2026											

 INSTITUTO NACIONAL DE SALUD	PROCESO ADQUISICION DE BIENES Y SERVICIOS	INFORME DE AVANCE CONTRATISTAS DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES O APOYO A LA GESTIÓN	Versión: 03
		FOR-A02.0000-029	2022-08-19
			Página 1 de 1

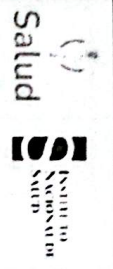
NUMERO DE CONTRATO	INS-CPS-834-2025	NOMBRE DEL CONTRATISTA	TATIANA BRIGITH CAICEDO MORENO	
OBJETO DEL CONTRATO	Prestar servicios profesionales para realizar la atención de procesos de donación y trasplantes del centro regulador de trasplantes y el apoyo a la formulación de informes e indicadores del centro regulador de trasplantes y de tejidos tanto mensual, trimestral semestral y anual de acuerdo con la periodicidad y necesidades del área.			
PERIODO DEL INFORME	DESDE:	1/07/2026	HASTA:	30/07/2026
DESCRIPCIÓN DEL AVANCE				
1. Elaborar cronograma de actividades en conjunto con el supervisor del contrato. 2. Apoyar el seguimiento de la implementación de las comisiones de órganos en especial en lo que se refiere a oferta de procesos y registros. 3. Desarrollar las actividades operativas del grupo red donación y trasplantes de acuerdo con procedimientos institucionales de forma ininterrumpida en el CRT en turnos entre 6 a 24 horas según la necesidad del servicio 4. Realizar consolidación de la información de obtención y distribución de bases de tejido piel y células progenitoras hematopoyéticas-CPH 5. Asistir de forma presencial a las reuniones de entrega de productos definidas por el supervisor del contrato. 6. Brindar apoyo en caso de presentarse una pandemia, emergencia sanitaria, o cualquier otro evento de salud pública que genere alteraciones en la prestación normal del servicio, el Contratista se obliga a ejecutar las actividades objeto del contrato en cualquier grupo, dependencia o área donde la Entidad lo requiera, conforme a las directrices y necesidades institucionales que se establezcan durante dicho periodo. El Contratista deberá ajustar la forma, modalidad, lugar y/o condiciones de ejecución, garantizando la continuidad del servicio y acatando las instrucciones emitidas por la Entidad, sin que ello implique modificación del objeto contractual ni genere reconocimientos económicos adicionales, salvo lo que expresamente determine la Entidad contratante. 7. Las demás que emanen de la naturaleza del contrato y que sean necesarias para el desarrollo eficiente del mismo.				

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



TATIANA BRIGITH CAICEDO MORENO

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA

		PROCESO RECURSOS FISICOS		PAZ Y SALVO CONTRATISTAS PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES O APOYO A LA GESTION (PERSONA NATURAL) FOR-A10.0000-038		Version: 01 2028-02-20	
INFORMACION DEL CONTRATO							
Nombre del contratista:	TATIANA BRIGITH CAICEDO MORENO			Número del contrato:	INS-CPS-834-2025		
Número de documento:	1000686486			Dependencia:	Red de Donación y trasplantes		
Fecha de inicio:	18/12/2025			Fecha de finalización:	31/07/2026		
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. LEGALIZACION ENTREGA DE BIENES- RESPONSABLE DEL ALMACÉN		2. ENTREGA DE CARNE INSTITUCIONAL AL GRUPO DE GESTION ADMINISTRATIVA		3. LEGALIZACION ESTADO AL DIA SISTEMA DE GESTION DE CORRESPONDENCIA Y ARCHIVOS ELECTRONICOS RESPONSABLE DE ATENCION AL CIUDADANO			
Firma: 		Firma: Nubia		Firma: Kevin Castillo			
Nombre: Tatiana Brighth Caicedo Moreno		Nombre: Nubia Esperanza Ariza		Nombre: Kevin Castillo Agudelo			
Fecha: Agosto 5 de 2026		Fecha: Agosto 05 de 2026		Fecha: Agosto 5 / 2026			
4. SUPERVISOR DEL CONTRATO							
Firma: 		Nombre: YAZMIN ROCIO ARIAS MURILLO		Fecha: 5/08/2026			