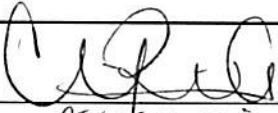
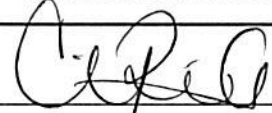
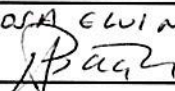


|                                                                                                                                                                                                                                   |                                     |                                                                                                                          |                         |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------|
|  <b>INSTITUTO<br/>NACIONAL DE<br/>SALUD</b>                                                                                                      | <b>PROCESO<br/>RECURSOS FISICOS</b> | <b>PAZ Y SALVO CONTRATISTAS<br/>PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES O APOYO A LA<br/>GESTIÓN<br/>(PERSONA NATURAL)</b> | <b>Version: 00</b>      |
|                                                                                                                                                                                                                                   |                                     | <b>FOR-A10.0000-038</b>                                                                                                  | <b>2023-11-03</b>       |
| <b>Información del Contrato</b>                                                                                                                                                                                                   |                                     |                                                                                                                          |                         |
| <b>Nombre del contratista:</b>                                                                                                                                                                                                    | <b>LINA MARCELA QUEVEDO</b>         | <b>Número del contrato:</b>                                                                                              | <b>INS-CPS-345-2024</b> |
| <b>Número de documento:</b>                                                                                                                                                                                                       | <b>1121841928</b>                   | <b>Dependencia:</b>                                                                                                      | <b>DRSP</b>             |
| <b>Fecha de inicio:</b>                                                                                                                                                                                                           | <b>1/10/2024</b>                    | <b>Fecha de finalización:</b>                                                                                            | <b>23/12/2024</b>       |
| <b>Información general</b>                                                                                                                                                                                                        |                                     |                                                                                                                          |                         |
| 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.          |                                     |                                                                                                                          |                         |
| <b>Firmas</b>                                                                                                                                                                                                                     |                                     |                                                                                                                          |                         |
| <b>1. LEGALIZACIÓN ENTREGA DE BIENES-<br/>RESPONSABLE DEL ALMACÉN</b>                                                                                                                                                             |                                     | <b>2. ENTREGA DE CARNÉ INSTITUCIONAL AL<br/>GRUPO DE GESTIÓN ADMINISTRATIVA</b>                                          |                         |
| Firma:                                                                                                                                         |                                     | Firma:                               |                         |
| Nombre: <b>DRS REYES GOMEZ</b>                                                                                                                                                                                                    |                                     | Nombre:                                                                                                                  |                         |
| Fecha: <b>10/01/25</b>                                                                                                                                                                                                            |                                     | Fecha:                                                                                                                   |                         |
| <b>3. SUPERVISOR DEL CONTRATO</b>                                                                                                                                                                                                 |                                     |                                                                                                                          |                         |
| Nombre y firma: <b>ROSA ELVINA RODRIGUEZ</b><br>                                                                                               |                                     | Fecha: <b>10/01/2025</b>                                                                                                 |                         |