

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                               |                                                                                |                                                     |                       |                                     |                   |           |            |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------|-----------------------|-------------------------------------|-------------------|-----------|------------|
|  <div>INSTITUTO NACIONAL DE SALUD</div>                                                                                                                                                                                     | PROCESO<br>GESTION FINANCIERA | CERTIFICACION DE CUMPLIMIENTO PARA PAGO DE CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS | Versión: 12                                         |                       |                                     |                   |           |            |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                               | FOR-A09.2026-002                                                               | 2025-01-31                                          |                       |                                     |                   |           |            |
| TIPO DE CERTIFICACION:                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                               | PARCIAL                                                                        | CESION:                                             | NO                    | FEI:                                | NO                | SGR:      | NO         |
| 1-INFORMACIÓN GENERAL DEL CONTRATO                                                                                                                                                                                                                                                                          |                               |                                                                                |                                                     |                       |                                     |                   |           |            |
| No. NIT o CÉDULA:                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                               | 1.121.841.928                                                                  | CONTRATISTA:                                        |                       | LINA MARCELA QUEVEDO GUTIÉRREZ      |                   |           |            |
| CELULAR                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                               | 3125753362                                                                     | FECHA INICIO:                                       |                       | 24/01/2025                          | FECHA FINAL:      |           | 30/10/2025 |
| CONTRATO No.:                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                               | INS-CPS-042-2025                                                               | VALOR HONORARIOS:                                   |                       | \$ 6.000.000                        | PAGO NUMERO:      | 2         | DE 10      |
| REGISTRO PRESUPUESTAL:                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                               | 5525                                                                           |                                                     |                       |                                     |                   |           |            |
| 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                                                                             | SI                                                  |                       | NO                                  |                   |           |            |
| INGRESOS HONORARIOS :                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                               | \$ 6.000.000                                                                   | POR DIAS                                            |                       | CANTIDAD DE DIAS                    | HONORARIOS        |           |            |
| IVA 19%                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                               |                                                                                | NO                                                  |                       |                                     | \$ 6.000.000,00   |           |            |
| INGRESOS POR DESPLAZAMIENTO:                                                                                                                                                                                                                                                                                |                               | \$ -                                                                           |                                                     |                       |                                     |                   |           |            |
| TOTAL INGRESOS BASE IMPUESTO:                                                                                                                                                                                                                                                                               |                               | \$ 6.000.000                                                                   | FACTURA:                                            |                       |                                     | FECHA:            |           |            |
| 3-LIQUIDACION DE PAGO A SEGURIDAD SOCIAL                                                                                                                                                                                                                                                                    |                               |                                                                                |                                                     |                       |                                     |                   |           |            |
| TOTAL (IBC):                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                               | \$ 2.400.000                                                                   | ENTIDAD PROMOTORA                                   |                       | PAGO PLANILLA                       |                   |           |            |
| PENSION 16% (valor aporte):                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                               | \$ 384.000                                                                     | Administradora Colombiana de Pensiones Colpensiones |                       | ANTICIPADO                          |                   |           |            |
| SALUD 12,5% (valor aporte):                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                               | \$ 300.000                                                                     | E.P.S Sanitas                                       |                       | PLANILLA DE PAGO No.                |                   | 84207416  | FECHA      |
| ARL RIESGO III 2,436% (valor aporte):                                                                                                                                                                                                                                                                       |                               | \$ 58.500                                                                      | Positiva Compañía de Seguros                        |                       | PLANILLA DE PAGO AJUSTE (Si aplica) |                   |           | 28/02/2025 |
| TOTAL PAGO AL SISTEMA G.S.S.I.:                                                                                                                                                                                                                                                                             |                               | \$ 742.500                                                                     |                                                     |                       |                                     |                   |           |            |
| 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                                                                                                                                                                                                                                                                         |                               |                                                                                |                                                     |                       |                                     |                   |           |            |
| 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                                     | CONCEPTO              | BASE                                | TARIFA            | %         |            |
| a. % INTERESES POR PRESTAMOS DE VIVIENDA: limte max. Mensual 100 uvt 4.979.900, correspondiente al año inmediatamente anterior.                                                                                                                                                                             |                               | 1                                                                              | -                                                   | RETEICA               | \$ 5.316.000                        | 0,766%            | \$ 40.721 |            |
| b. PREPAGADA o SEGURO SALUD O PLAN COMPLEMENTARIO: limte max. Mensual 16 uvt 796.784, correspondiente al año inmediatamente anterior.                                                                                                                                                                       | 96.400                        | 1                                                                              | 96.400                                              | RETEFUENTE            | \$ 3.420.825                        | 68,69             | \$ -      |            |
| c. DEPENDIENTE: limte max. Mensual 32 uvt 1.593.568 correspondiente al mes pagado                                                                                                                                                                                                                           | SI                            |                                                                                | 600.000                                             | RETEIVA               |                                     |                   | 0         |            |
| d. APORTES: (Volunt. Pensiones ) voluntarias No superior al 30% de los ingresos correspondiente al mes pagado 3800/189.236.200                                                                                                                                                                              |                               |                                                                                | -                                                   | TOTAL IMPUESTO        |                                     | \$ 40.720,56      |           |            |
| e. APORTES: (AFC) No superior al 30% de los ingresos correspondiente al mes pagado 189.236.200                                                                                                                                                                                                              |                               |                                                                                | -                                                   | TOTAL A PAGAR         |                                     | \$ 5.959.279,44   |           |            |
| DERECHOS DE DEDUCCIÓN                                                                                                                                                                                                                                                                                       | VALOR                         | \$                                                                             | 696.400                                             | RETEFUENTE VOLUNTARIA |                                     | NO                |           |            |
| 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                                                                                                                            |                               |                                                                                |                                                     |                       |                                     |                   |           |            |
| <div>Lina Quevedo</div> FIRMA CONTRATISTA                                                                                                                                                                                                                                                                   |                               |                                                                                |                                                     |                       |                                     |                   |           |            |
| El supervisor del contrato certifica que el contratista cumplio a cabalidad las obligaciones contractuales pactadas dentro del periodo objeto de cobro y que verificó el pago de los aportes al sistema de seguridad social (SALUD 12,5%, PENSION 16% Y ARL 2,436%) de conformidad con las normas vigentes. |                               |                                                                                |                                                     |                       |                                     |                   |           |            |
| Nombre supervisor                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                               |                                                                                | OMAYDA CARDENAS BUSTAMANTE                          |                       |                                     | Nombre supervisor |           |            |
| Cargo                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                               |                                                                                | SUBDIRECTORA TÉCNICA                                |                       |                                     | Cargo             |           |            |
| Dependencia                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                               |                                                                                | SLNR                                                |                       |                                     | Dependencia       |           |            |
| 6- INFORMACION RADICACION Y OBLIGACION                                                                                                                                                                                                                                                                      |                               |                                                                                |                                                     |                       |                                     |                   |           |            |
| Radicado No:                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                               |                                                                                | Obligación No:                                      |                       |                                     |                   |           |            |
| Fecha radicado No:                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                               |                                                                                | Fecha Radicación (SIIF):                            |                       |                                     |                   |           |            |

Compensar operador de información certifica que procesó el pago realizado por:

**Señor(a):** LINA MARCELA QUEVEDO GUTIERREZ  
**No. Identificación:** CC1121841928  
**Dirección:** CARRERA 17 B # 175 -91 TORRE 3 APTO 403  
**Telefono:** 3125753362  
**Correo:** lmquevedo24@gmail.com  
**Ciudad:** BOGOTÁ, D.C.  
**Número de Planilla:** 84207416

CITE EL NÚMERO DE PLANILLA PARA CUALQUIER CONSULTA DE PAGO

|                                 |                                |
|---------------------------------|--------------------------------|
| Nombre Aportante                | LINA MARCELA QUEVEDO GUTIERREZ |
| Tipo y número de identificación | CC1121841928                   |
| Número de planilla              | 84207416                       |
| Fecha pago                      | 2025-02-28                     |
| Número de autorización pago     | 1907272                        |
| Banco                           | 1083                           |

|                               |                 |
|-------------------------------|-----------------|
| Número de Empleados           | 1               |
| Periodo de Cotización Salud   | febrero de 2025 |
| Periodo de Cotización Pensión | febrero de 2025 |
| Número de Administradoras     | 4               |
| Total Pagado                  | 790500          |
| Total Intereses de Mora       | 0               |

| CÓDIGO ADMINISTRADORA | NOMBRE                                                | TOTAL PAGADO | NÚMERO DE AFILIADOS |
|-----------------------|-------------------------------------------------------|--------------|---------------------|
| 14-23                 | POSITIVA COMPANIA DE SEGUROS                          | 58500        | 1                   |
| 25-14                 | Administradora Colombiana de Pensiones - Colpensiones | 384000       | 1                   |
| CCF21                 | Cafam Caja de Compensacion Fliar                      | 48000        | 1                   |
| EPS005                | Sanitas EPS                                           | 300000       | 1                   |

TIPO DOC.: CC  
NO. DOCUMENTO: 1121841928  
APELLIDOS Y NOMBRES: LINA MARCELA QUEVEDO GUTIERREZ

| Cód. EPS | Cód. AFP | IBC SALUD | IBC PENSIÓN | IBC RIESGOS | IBC CAJAS | COTIZACIÓN SALUD | VALOR UPC | COTIZACIÓN PENSIÓN | FONDO SOLIDARIDAD Y SUBSISTENCIA | COTIZACIÓN RIESGOS | APORTE CAJAS |
|----------|----------|-----------|-------------|-------------|-----------|------------------|-----------|--------------------|----------------------------------|--------------------|--------------|
| EPS005   | 25-14    | 2400000   | 2400000     | 2400000     | 2400000   | 300000           | 0         | 384000             | 0                                | 58500              | 48000        |

|                                                                                                                             |                                                          |                                                                                                                 |                      |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------|
|  <b>INSTITUTO<br/>NACIONAL DE<br/>SALUD</b> | <b>PROCESO<br/>ADQUISICION DE<br/>BIENES Y SERVICIOS</b> | <b>INFORME DE AVANCE<br/>CONTRATISTAS DE PRESTACIÓN<br/>DE SERVICIOS PROFESIONALES O<br/>APOYO A LA GESTIÓN</b> | <b>Versión: 03</b>   |
|                                                                                                                             |                                                          | <b>FOR-A02.0000-029</b>                                                                                         | <b>2022-08-19</b>    |
|                                                                                                                             |                                                          |                                                                                                                 | <b>Página 1 de 2</b> |

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                       |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------|
| <b>NUMERO DE CONTRATO</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | <b>INS-CPS-042-2025</b>                                                                                                                                                                                                                                     | <b>NOMBRE DEL CONTRATISTA</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | <b>LINA MARCELA QUEVEDO GUTIÉRREZ</b> |
| <b>OBJETO DEL CONTRATO</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | Prestar servicios profesionales a la Subdirección de Laboratorio Nacional de Referencia de la dirección Redes en Salud Pública con el fin de apoyar actividades misionales y fortalecer la operación, seguimiento y acompañamiento a los grupos de la SLNR. |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                       |
| <b>PERIODO DEL INFORME</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | <b>DESDE:</b>                                                                                                                                                                                                                                               | <b>01/02/2025</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | <b>HASTA:</b><br><b>28/02/2025</b>    |
| <b>DESCRIPCIÓN DEL AVANCE</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                       |
| Obligación 1. Apoyar en la elaboración de documentos técnicos, lineamientos, informes, infografías, guías y documentos técnicos pertinentes para el cumplimiento y desarrollo de las actividades técnico-científicas Subdirección Laboratorio Nacional de Referencia (SLNR) y de la Dirección de Redes en Salud Pública (DRSP). |                                                                                                                                                                                                                                                             | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Revisión de Boletín de Vigilancia de la Calidad del agua para el consumo humano.</li> <li>• Revisión de Guía Para La Implementación Del Ensayo Metanol En Sangre Por Método Espectrofotométrico.</li> <li>• Revisión de Influenza Activity In Colombia 2024.</li> <li>• Revisión de Informe final de seguimiento a la acción SISCONPES: Reportar de forma oportuna al Subsistema de Información de la Vigilancia de la Calidad del Agua Potable – SIVICAP, los resultados de la vigilancia de la calidad del agua del CONPES 3810.</li> <li>• Realización de presentación de sustancias infecciosas.</li> </ul>                                                                                                                      |                                       |
| Obligación 2. Participar en las actividades orientadas a fortalecer la operación, hacer seguimiento y acompañamiento a los grupos de la SLNR en las actividades de situaciones de desviación y mejora continua a los LNR de conformidad con la normatividad vigente.                                                            |                                                                                                                                                                                                                                                             | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Realización de Acta de Reunión Fortalecimiento de Redes 19022025.</li> <li>• Realización de Informe de la Encuesta de Trabajo en equipo a los 8 coordinadores de SLNR.</li> <li>• Realización de Informe de la Encuesta Cultural, Organizacional y Hábitos Laborales al grupo de SLNR.</li> <li>• Realización de identificación y evaluación de la normatividad por los grupos de SLNR.</li> <li>• Realización del OIM por los grupos de SLNR.</li> <li>• Reunión virtual capacidad técnica para el cumplimiento de la Resolución 1646:2018 y necesidades de transferencia tecnológica del LNR a los LSP de Caldas, Huila, Cesar, Nariño, Arauca, Amazonas, Antioquia, Caquetá, Bogotá, Chocó, Córdoba, Atlántico, Cauca.</li> </ul> |                                       |
| Obligación 4. Apoyar en la realización tableros de control en Power BI de eventos de interés en salud pública de acuerdo con la priorización definida por la DRSP.                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                                                                                                                             | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Apoyo en el desarrollo de tableros de control de Virología.</li> <li>• Apoyo en el desarrollo de tableros de control de Genética.</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                       |
| Obligación 5: Participar la estructuración de respuestas organizadas desde los grupos del LNR y la Dirección de Redes en Salud Pública a brotes y emergencias, asistir, gestionar y hacer seguimiento de las tareas resultantes de la participación en el COE y COVE.                                                           |                                                                                                                                                                                                                                                             | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Asistencia COVE, Febrero 04 de 2025.</li> <li>• Asistencia COVE, Febrero 11 de 2025.</li> <li>• Asistencia COVE, Febrero 18 de 2025.</li> <li>• Asistencia COVE, Febrero 25 de 2025.</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                       |
| Obligación 6. Apoyar a la supervisión de los contratos asignados a los grupos de la Subdirección Laboratorio Nacional de Referencia (SLNR).                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                             | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Apoyo en la revisión de la cuenta 1 (Enero) de profesionales y auxiliares de central de muestras.</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                       |

|                                                                                                                             |                                                          |                                                                                                                 |                      |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------|
|  <b>INSTITUTO<br/>NACIONAL DE<br/>SALUD</b> | <b>PROCESO<br/>ADQUISICION DE<br/>BIENES Y SERVICIOS</b> | <b>INFORME DE AVANCE<br/>CONTRATISTAS DE PRESTACIÓN<br/>DE SERVICIOS PROFESIONALES O<br/>APOYO A LA GESTIÓN</b> | <b>Versión: 03</b>   |
|                                                                                                                             |                                                          | <b>FOR-A02.0000-029</b>                                                                                         | <b>2022-08-19</b>    |
|                                                                                                                             |                                                          |                                                                                                                 | <b>Página 2 de 2</b> |

Obligación 7. Las demás que determine el supervisor y todas aquellas que emanen de la naturaleza del contrato y que sean necesarios para el desarrollo eficiente del mismo.

- Realización de la programación de turnos para descanso de semana santa 2025.

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

*Lina Quevedo*

**LINA MARCELA QUEVEDO GUTIÉRREZ  
CC: 1121841928**

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

|                                                                                          |  |                                                                                                                                                                                                                                                             |                                          |
|------------------------------------------------------------------------------------------|--|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------|
| <b>(1) Contrato No.</b>                                                                  |  | INS-CPS-042-2025                                                                                                                                                                                                                                            |                                          |
| <b>(2) Nombre del Contratista:</b>                                                       |  | LINA MARCELA QUEVEDO GUTIÉRREZ                                                                                                                                                                                                                              |                                          |
| <b>(3) Cargo del supervisor:</b>                                                         |  | OMAYDA CARDENAS BUSTAMANTE- SUBDIRECTORA TÉCNICA                                                                                                                                                                                                            |                                          |
| <b>(4) Interventoría si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> Nombre:</b> |  | No aplica                                                                                                                                                                                                                                                   |                                          |
| <b>(5) Correo del supervisor y/o del Interventor (si aplica)</b>                         |  | ocardenas@ins.gov.co                                                                                                                                                                                                                                        |                                          |
| <b>(6) Objeto del contrato:</b>                                                          |  | Prestar servicios profesionales a la Subdirección de Laboratorio Nacional de Referencia de la dirección Redes en Salud Pública con el fin de apoyar actividades misionales y fortalecer la operación, seguimiento y acompañamiento a los grupos de la SLNR. |                                          |
| <b>(7) Fecha de inicio:</b>                                                              |  | 24/01/2025                                                                                                                                                                                                                                                  | <b>(8) Fecha terminación:</b> 30/10/2025 |
| <b>(9) Período objeto del informe:</b>                                                   |  | 01/02/2025 al 28/02/2025                                                                                                                                                                                                                                    |                                          |

**(10) ANALISIS Y SEGUIMIENTO DE LAS ACTIVIDADES REALIZADAS Y/O PRODUCTOS ENTREGADOS EN EL MES O PERIODO EJECUTADO**

| Obligación contractual                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | Actividad desarrollada                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | Producto recibido                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | Obs.     |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------|
| <b>Obligación 1.</b> Apoyar en la elaboración de documentos técnicos, lineamientos, informes, infografías, guías y documentos técnicos pertinentes para el cumplimiento y desarrollo de las actividades técnico-científicas Subdirección Laboratorio Nacional de Referencia (SLNR) y de la Dirección de Redes en Salud Pública (DRSP). | <ul style="list-style-type: none"> <li>Revisión de Boletín de Vigilancia de la Calidad del agua para el consumo humano.</li> <li>Revisión de Guía Para La Implementación Del Ensayo Metanol En Sangre Por Método Espectrofotométrico.</li> <li>Revisión de Influenza Activity In Colombia 2024.</li> <li>Revisión de Informe final de seguimiento a la acción SISCONPES: Reportar de forma oportuna al Subsistema de Información de la Vigilancia de la Calidad del Agua Potable – SIVICAP, los resultados de la vigilancia de la calidad del agua del CONPES 3810.</li> <li>Realización de presentación de sustancias infecciosas.</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>Boletín de Vigilancia de la Calidad del agua para el consumo humano.</li> <li>Guía Para la implementación del ensayo metanol en sangre por método espectrofotométrico.</li> <li>Influenza Activity In Colombia 2024.</li> <li>Informe final de seguimiento a la acción SISCONPES: Reportar de forma oportuna al Subsistema de Información de la Vigilancia de la Calidad del Agua Potable – SIVICAP, los resultados de la vigilancia de la calidad del agua del CONPES 3810.</li> <li>Presentación de sustancias infecciosas.</li> </ul> | Recibido |
| <b>Obligación 2.</b> Participar en las actividades orientadas a fortalecer la operación, hacer seguimiento y acompañamiento a los grupos de la SLNR en las actividades de situaciones de desviación y mejora continua a los LNR de conformidad con la normatividad vigente.                                                            | <ul style="list-style-type: none"> <li>Realización de Acta de Reunión Fortalecimiento de Redes 19022025.</li> <li>Realización de Informe de la Encuesta de Trabajo en equipo a los 8 coordinadores de SLNR.</li> <li>Realización de Informe de la Encuesta Cultural, Organizacional y Hábitos Laborales al grupo de SLNR.</li> <li>Realización de identificación y evaluación de la normatividad por los grupos de SLNR.</li> <li>Realización del OIM por los grupos de SLNR.</li> </ul>                                                                                                                                                       | <ul style="list-style-type: none"> <li>Acta de Reunión Fortalecimiento de Redes 19022025.</li> <li>Informe de la Encuesta de Trabajo en equipo a los 8 coordinadores de SLNR.</li> <li>Informe de la Encuesta Cultural, Organizacional y Hábitos Laborales al grupo de SLNR.</li> <li>Identificación y evaluación de la normatividad por los grupos de SLNR.</li> <li>OIM por los grupos de SLNR.</li> </ul>                                                                                                                                                                    | Recibido |

|                                                                                                                             |                                                          |                                       |                    |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------|---------------------------------------|--------------------|
|  <b>INSTITUTO<br/>NACIONAL DE<br/>SALUD</b> | <b>PROCESO<br/>ADQUISICIÓN DE BIENES Y<br/>SERVICIOS</b> | <b>INFORME PARCIAL DE SUPERVISIÓN</b> | <b>Versión: 03</b> |
|                                                                                                                             |                                                          |                                       | 2023-11-17         |
|                                                                                                                             |                                                          | <b>FOR-A02.0000-037</b>               | Página 2 de 3      |

|                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                 |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------|
|                                                                                                                                                                                                                                                                              | <ul style="list-style-type: none"> <li>Reunión virtual capacidad técnica para el cumplimiento de la Resolución 1646:2018 y necesidades de transferencia tecnológica del LNR a los LSP de Caldas, Huila, Cesar, Nariño, Arauca, Amazonas, Antioquia, Caquetá, Bogotá, Chocó, Córdoba, Atlántico, Cauca.</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>Acta Reunión virtual capacidad técnica para el cumplimiento de la Resolución 1646:2018 y necesidades de transferencia tecnológica del LNR a los LSP de Caldas, Huila, Cesar, Nariño, Arauca, Amazonas, Antioquia, Caquetá, Bogotá, Chocó, Córdoba, Atlántico, Cauca.</li> </ul> |                 |
| <b>Obligación 4.</b> Apoyar en la realización de tableros de control en Power BI de eventos de interés en salud pública de acuerdo con la priorización definida por la DRSP.                                                                                                 | <ul style="list-style-type: none"> <li>Apoyo en el desarrollo de tableros de control de Virología.</li> <li>Apoyo en el desarrollo de tableros de control de Genética.</li> </ul>                                                                                                                                 | Acta de asistencia                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | <b>Recibido</b> |
| <b>Obligación 5:</b> Participar la estructuración de respuestas organizadas desde los grupos del LNR y la Dirección de Redes en Salud Pública a brotes y emergencias, asistir, gestionar y hacer seguimiento de las tareas resultantes de la participación en el COE y COVE. | <ul style="list-style-type: none"> <li>Asistencia COVE, Febrero 04 de 2025.</li> <li>Asistencia COVE, Febrero 11 de 2025.</li> <li>Asistencia COVE, Febrero 18 de 2025.</li> <li>Asistencia COVE, Febrero 25 de 2025.</li> </ul>                                                                                  | Acta de asistencia                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | <b>Recibido</b> |
| <b>Obligación 6.</b> Apoyar a la supervisión de los contratos asignados a los grupos de la Subdirección Laboratorio Nacional de Referencia (SLNR).                                                                                                                           | Apoyo en la revisión de la cuenta 1 (Enero) de profesionales y auxiliares de central de muestras.                                                                                                                                                                                                                 | Cuenta 1 de (Enero) de profesionales y auxiliares de central de muestras                                                                                                                                                                                                                                               | <b>Recibido</b> |
| <b>Obligación 7.</b> Las demás que determine el supervisor y todas aquellas que emanen de la naturaleza del contrato y que sean necesarios para el desarrollo eficiente del mismo.                                                                                           | Realización de la programación de turnos para descanso de semana santa 2025.                                                                                                                                                                                                                                      | programación de turnos para descanso de semana santa 2025.                                                                                                                                                                                                                                                             | <b>Recibido</b> |

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 | Clas e   | Fue nte  | Etap a      | 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  | Gen eral | Exte rno | Ejec ució n | Ries gos Oper acio nales | 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 se desarrollaron las obligaciones sin contratiempos por cuanto no se ha materializado el riesgo    |
| 2  | Gen eral | Exte rno | Ejec ució n | Ries gos Oper acio nales | 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               | Las obligaciones durante el periodo se han realizado conforme a lo requerido por cuanto no se han presentado defectos |

|                                                                                                                             |                                                          |                                       |                    |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------|---------------------------------------|--------------------|
|  <b>INSTITUTO<br/>NACIONAL DE<br/>SALUD</b> | <b>PROCESO<br/>ADQUISICIÓN DE BIENES Y<br/>SERVICIOS</b> | <b>INFORME PARCIAL DE SUPERVISIÓN</b> | <b>Versión: 03</b> |
|                                                                                                                             |                                                          |                                       | 2023-11-17         |
|                                                                                                                             |                                                          | <b>FOR-A02.0000-037</b>               | Página 3 de 3      |

|   |         |         |           |                              |                                                                                                                  |                                                                                                           |            |                                          |                                                                                         |                                                                    |         |                                                                                              |
|---|---------|---------|-----------|------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------|---------|----------------------------------------------------------------------------------------------|
| 2 | General | Externo | Ejecución | Riesgos Regulatorios         | Cambios regulatorios en materia administrativa, tributaria y/o normativa, relacionados con el objeto contractual | Retraso en el cumplimiento de las obligaciones y/o en el plazo establecido para la ejecución del contrato | Supervisor | inmediato, una vez se presente el evento | Una vez se realicen los ajustes requeridos para hacer posible la ejecución del contrato | Seguimiento a las nuevas actividades establecidas para el contrato | Mensual | No se han presentado cambios regulatorios, tributarios ni administrativos durante el periodo |
| 4 | General | Externo | Ejecución | Riesgos Sociales o Políticos | Problemas de orden público que afecten los desplazamientos                                                       | Demora o retrasos en la ejecución del objeto contractual                                                  | Supervisor | Inmediato, una vez se presente el evento | Una vez se realicen los ajustes requeridos para hacer posible la ejecución del contrato | Seguimiento a las nuevas actividades establecidas para el contrato | Mensual | No se han realizado desplazamientos por lo tanto no se ha materializado el riesgo            |

|                       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |  |  |
|-----------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|-----|--|--|
| % DE AVANCE ACUMULADO |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 20% |  |  |
|-----------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|-----|--|--|

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

1. El/La Contratista durante el periodo señalado, desarrolló y cumplió las actividades, presentó y entregó los informes, productos y demás obligaciones pactadas en el Contrato en mención.
2. De conformidad con las disposiciones legales efectuó el pago a los aportes respectivos al sistema de seguridad social integral en salud y pensiones y/o aportes parafiscales. (Se anexan comprobantes de pago de los aportes).
3. Durante el periodo el/La Contratista cumplió con lo dispuesto en el POE-A01.2014-001 "Gestión de Seguridad y Salud en el trabajo", especialmente lo establecido en el Anexo 1 sobre Normas y Requerimientos de Seguridad y Salud en el Trabajo para Contratistas y los criterios de sostenibilidad ambiental, de acuerdo al tipo de actividad que desarrolla.
4. Aprueba los informes, productos y demás documentos presentados y entregados por El/La Contratista durante el periodo mencionado en desarrollo de las obligaciones pactadas en el Contrato en mención.
5. **Durante el periodo ejecutado se hizo seguimiento a los riesgos establecidos en la matriz correspondiente (de acuerdo con la periodicidad establecida) y a la fecha no se ha materializado ninguno.**
6. A la fecha no existen causales de incumplimiento de las obligaciones contractuales que demanden actuaciones conminatorias o sancionatorias por parte de la Administración.

|                            |                |
|----------------------------|----------------|
| <b>(12) OBSERVACIONES:</b> | <b>NINGUNA</b> |
|----------------------------|----------------|

**(13) En constancia, firmo:**

  
**OMAYDA CARDENAS BUSTAMANTE**  
Supervisor

**(14) Bogotá, D. C., 04 de Marzo de 2025**