

|                                                                                                                                                                                                                                                                             |                              |                                                  |         |              |            |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------|--------------------------------------------------|---------|--------------|------------|
| DATOS DEL CONTRATISTA                                                                                                                                                                                                                                                       |                              |                                                  |         |              |            |
| FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (31-01-2026)                                                                                                                                                                                                                                     |                              |                                                  |         |              |            |
| NOMBRES Y APELLIDOS:                                                                                                                                                                                                                                                        | ERIS JOSUE CASTRO SEPULVEDA  |                                                  |         | CC:          | 1033806383 |
| CORREO ELECTRÓNICO:                                                                                                                                                                                                                                                         | JJOSUECAS@GMAIL.COM          |                                                  |         | TELÉFONO:    | 3175201493 |
| DIRECCIÓN DOMICILIO:                                                                                                                                                                                                                                                        | KR 10 48F 80 SUR             |                                                  |         | CIUDAD:      | BOGOTA     |
| BANCO AL CUAL CONSIGNAR:                                                                                                                                                                                                                                                    | BANCO DE BOGOTA              | TIPO DE CUENTA:                                  | AHORROS | N° CUENTA:   | 057527392  |
| DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO                                                                                                                                                                                                                       |                              |                                                  |         |              |            |
| N° DEL CONTRATO:                                                                                                                                                                                                                                                            | PS 5908 2025                 | VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO |         | \$ 2.672.026 |            |
| FECHA DE INICIO CONTRATO                                                                                                                                                                                                                                                    | 2025/07/10                   | FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:                   |         | 2026/01/31   |            |
| PERIODO OBJETO DE COBRO:                                                                                                                                                                                                                                                    | DEL 2026/01/01 AL 2026/01/31 |                                                  |         |              |            |
| <div><div>ERIS JOSUE CASTRO SEPULVEDA<br/>PS_5908_2025_FABFBF</div></div> <div>NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:<br/>ERIS JOSUE CASTRO SEPULVEDA<br/>CC: 1033806383<br/>CEL: 3175201493</div> |                              |                                                  |         |              |            |

CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y

ERIS JOSUE CASTRO SEPULVEDA

CON C.C N°

1.033.806.383

|                      |                                                                                                                                                                                                              |
|----------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| OBJETO DEL CONTRATO: | PRESTAR SERVICIOS DE APOYO A LA GESTION COMO TECNICO PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCION DE GESTION INTEGRAL DEL RIESGO EN SALUD DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E. |
|----------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

|                                                       |              |                       |            |
|-------------------------------------------------------|--------------|-----------------------|------------|
| CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No. | PS 5908 2025 | FECHA INICIO CONTRATO | 2025/07/10 |
|-------------------------------------------------------|--------------|-----------------------|------------|

|                            |              |                      |   |
|----------------------------|--------------|----------------------|---|
| VALOR INICIAL DEL CONTRATO | \$ 4.631.512 | No. HORAS EJECUTADAS | 0 |
|----------------------------|--------------|----------------------|---|

|                                              |               |                                           |              |
|----------------------------------------------|---------------|-------------------------------------------|--------------|
| VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES: | \$ 20.663.668 | VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR: | \$ 2.672.026 |
|----------------------------------------------|---------------|-------------------------------------------|--------------|

|                                         |                 |
|-----------------------------------------|-----------------|
| PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS | SIETE (7) MESES |
|-----------------------------------------|-----------------|

|                                               |                                 |
|-----------------------------------------------|---------------------------------|
| UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES: | CENTRO DE SALUD PRIMERO DE MAYO |
|-----------------------------------------------|---------------------------------|

|                        |                          |
|------------------------|--------------------------|
| NOMBRE DEL SUPERVISOR: | ANA MARGARET RABA SIERRA |
|------------------------|--------------------------|

|      |                                                                                                                                                                                                                     |
|------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| ITEM | II. ACTIVIDADES REALIZADAS EN EL PERIODO, DE ACUERDO CON EL OBJETO Y LAS OBLIGACIONES ESTABLECIDAS EN EL CONTRATO<br>(Deben ser coherentes con las obligaciones específicas del contrato realizadas durante el mes) |
|------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

|   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
|---|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1 | Obligación 1: Realizar la revisión y depuración diaria de los correos electrónicos institucionales del área de estadísticas vitales (eevv).<br>1.1 Actividad desarrollada: Dar respuesta a los correos y solicitudes por este medio, adicional enviar informes diarios, semanales y mensuales<br>1.2 Productos evidencias: Soporte de correos enviados |
|---|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

|   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|---|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 2 | Obligación 2: Realizar La Descarga Diaria De Hechos Vitales (Nacidos Vivos Y Defunciones) En El Aplicativo Ruaf-Nd, Correspondientes A Las Unidades De La Subred Centro Oriente.<br>1.1 Actividad desarrollada: Ingresar al aplicativo ruaf y realizar descarga de archivos para ser enviados a los procesos correspondientes, y detectar errores<br>1.2 Productos evidencias: Soporte de archivos descargados y correos enviados |
|---|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

|   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
|---|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 3 | Obligación 3: Revisar Minuciosamente La Información Registrada Por Los Médicos, Realizando Los Ajustes Pertinentes En Variables Como Dirección, Barrio Y Localidad, Entre Otros.<br>1.1 Actividad desarrollada: Revisar la información registrada por los médicos y realizar los ajustes respectivos<br>1.2 Productos evidencias: Sorpote de ajuste realizados en ruaf, con evidencia de bases guardadas |
|---|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

|   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
|---|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 4 | Obligación 4: Informar Al Personal Médico, Líderes O Coordinadores De Servicio Sobre Inconsistencias Detectadas En La Información Ingresada Al Ruaf Para Su Corrección Oportuna, Y Brindar Apoyo En Procesos De Capacitación Sobre Certificados Y Uso De Ruaf.<br>1.1 Actividad desarrollada: Retroalimentar personal médico, sobre inconsistencias detectadas en la información ingresada al ruaf para su corrección oportuna, y brindar apoyo en procesos de capacitación sobre certificados y uso de ruaf<br>1.2 Productos evidencias: Actas firmadas por los médicos |
|---|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

|   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|---|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 5 | Obligación 5: Realizar La Revisión Diaria De Las Defunciones Reportadas En La Unidad Santa Clara, Verificando La Información Contra Los Reportes Entregados Por La Sala De Paz.<br>1.1 Actividad desarrollada: Generar y enviar reportes diarios de defunciones no fetales a sivigila (unidad de santa clara y oficina analítica), y nacidos vivos a cohorte de gestantes, vacunación (hospital la victoria), genética y oficina analítica<br>1.2 Productos evidencias: Soporte de correos envidos y archivos descargados de ruaf |
|---|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

|   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
|---|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 6 | Obligación 6: Generar Y Enviar Reportes Diarios De Defunciones No Fetales A Sivigila (Unidad De Santa Clara Y Oficina Analítica), Y Nacidos Vivos A Cohorte De Gestantes, Vacunación (Hospital La Victoria), Genética Y Oficina Analítica.<br>1.1 Actividad desarrollada: Se realiza descarga desde el aplicativo ruaf y se enviar a las respectiva áreas<br>1.2 Productos evidencias: Soporte de correos enviados |
|---|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

|   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
|---|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 7 | Obligación 7: Descargar Y Enviar Cada Jueves Las Defunciones Ocurredas Entre Lunes Y Miércoles Para Entrega Al Jefe De Proceso Y A La Nueva Eps.<br>1.1 Actividad desarrollada: Descargar archivos desde aplicativo ruaf y enviar cada lunes las funciones ocurridas entre jueves y domingo para entrega al jefe de proceso a la nueva eps<br>1.2 Productos evidencias: Soporte de correos enviados |
|---|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

|   |                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
|---|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 8 | Obligación 8: Descargar Y Notificar Defunciones En Lunes Festivos Según La Semana Epidemiológica Correspondiente.<br>1.1 Actividad desarrollada: Descargar archivos desde aplicativo ruaf y realizar su respetiva notificacion<br>1.2 Productos evidencias: Soporte de correos enviados |
|---|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

|  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
|--|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|  | Obligación 9: Reportar Semanalmente De Forma Epidemiológica A Las Unidades Para Notificación A Sivigila: Hospitales La Victoria, Santa Clara, San Blas, Y Centros De Salud (La Perseverancia, Samper Mendoza, Chircales, Diana Turbay Y Olaya).<br>1.1 Actividad desarrollada: Descargar y notificar funciones el lunes según la semana epidemiológica correspondiente, para las unidades, facturación y capital salud |
|--|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

|    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
|----|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 9  | 1.2 Productos evidencias: Soporte de correos enviados                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| 10 | Obligación 10: Reportar Semanalmente Las Defunciones (Lunes A Domingo) A Áreas De Facturación General Y Capital Salud.<br>1.1 Actividad desarrollada: Descargar archivos desde aplicativo ruaf según semana epidemiológica y enviar a su respetiva área<br>1.2 Productos evidencias: Soporte de correos enviados                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| 11 | Obligación 11: Enviar Reportes Bisemanales De Defunciones De Afiliados Nueva Eps Vía Correo Electrónico.<br>1.1 Actividad desarrollada: Descargar archivos desde aplicativo ruaf y enviar las defunciones ocurridas entre para entrega al jefe de proceso y a la nueva eps<br>1.2 Productos evidencias: Soporte de correos enviados                                                                                                                                                                                                                                                              |
| 12 | Obligación 12: Recibir, Revisar Y Ajustar Las Bases Preliminares Enviadas Semanalmente Por Gestión De La Información De La Subred.<br>1.1 Actividad desarrollada: Realizar descarga el primer día de cada mes y verificar datos de defunciones, solicitar base de defunciones de medicina legar, unificar bases y enviar al área correspondiente<br>1.2 Productos evidencias: Soporte de correos enviados                                                                                                                                                                                        |
| 13 | Obligación 13: efectuar la revisión de historias clínicas de todas las defunciones registradas mensualmente para la elaboración del informe de mortalidad mayor a 48 horas. este informe se entrega con mes vencido e incluye: fecha de ingreso, servicio de fallecimiento y motivo de consulta.<br>1.1 Actividad desarrollada: Realizar descarga desde applicativa ruaf, y verificar en el aplicativo DINAMICA, las fechas de ingreso y fechas de defuncion de los pacientes para completar el informe solicitado<br>1.2 Productos evidencias: Soporte de correos enviados, y bases descargadas |
| 14 | Obligación 14: Recibir Y Analizar Las Auditorías Mensuales De Nacimientos Y Defunciones (Santa Clara Y Materno Infantil).<br>1.1 Actividad desarrollada: Recibir y analizar auditorias mensuales de las unidades; la victoria, san blas la perseverancia, samper mendoza, chircales, diana turbay y olaya<br>1.2 Productos evidencias: Soporte de actas firmadas en auditorias                                                                                                                                                                                                                   |
| 15 | Obligación 15: Elaborar El Libro De Defunciones De Las Unidades Santa Clara Y Materno Infantil, Contrastando Con Ruaf.<br>1.1 Actividad desarrollada: Realizar desplazamiento a los servicios del hospital solicitar libros y realizar verificación con las descargas obtenidas en el aplicativo ruaf<br>1.2 Productos evidencias: Soporte de verificación de libro y archivos descargados de ruaf                                                                                                                                                                                               |
| 16 | Obligación 16: Descargar Los Nacimientos Reportados Por Materno Infantil Y Cruzar Con Ruaf Para Auditoría, Bajo Peso Y Cobertura.<br>1.1 Actividad desarrollada: Descargar archivos de aplicativo ruaf y realizar la respectiva validación<br>1.2 Productos evidencias: Soporte de bases descargadas de ruaf                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
| 17 | Obligación 17: Elaborar El Informe Mensual De Mortalidad Mayor A 48 Horas Durante Los Primeros 5 Días Hábiles Del Mes, Incluyendo: Revisión De Historias Clínicas, Consolidación De Defunciones Certificadas Por Medicina Legal, Y Solicitud Del Informe De Medicina Legal Del Hospital La Victoria.<br>1.1 Actividad desarrollada: Realizar descarga desde aplicativo ruaf, unificar bases y realizar informe conforme la información registrada en las historias clínicas<br>1.2 Productos evidencias: Soporte de bases descargadas y correos enviados                                         |
| 18 | Obligación 18: Consolidar Y Enviar Informes Mensuales De: Nacidos Vivos, Defunciones, Mortalidad Mayor A 48 Horas.<br>1.1 Actividad desarrollada: Realizar descarga desde aplicativo ruaf, unificar bases y verificar datos, nombres, fechas de nacimientos, dirección, entre otros y realizar informe conforme la información registrada en las historias clínicas<br>1.2 Productos evidencias: Soporte de correos enviados                                                                                                                                                                     |
| 19 | Obligación 19: Realizar La Anulación De Certificados De Defunción, Previa Revisión Del Caso Y Validación Con El Profesional Responsable.<br>1.1 Actividad desarrollada: comunicarse con medico el cual requiere de la anulación<br>1.2 Productos evidencias: realizar anulación en aplicativo ruaf                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
| 20 | Obligación 20: Notificar A Sivigila Cualquier Evento De Interés En Salud Pública Que Se Identifique.<br>1.1 Actividad desarrollada: Realizar descarga desde aplicativo ruaf y verificar cadena causal para saber cuál podría cumplir para un evento de notificación<br>1.2 Productos evidencias: Soporte de correos enviados y bases descargadas                                                                                                                                                                                                                                                 |
| 21 | Obligación 21: Crear Enlaces Digitales De Apoyo Y Participar En Procesos De Capacitación Al Personal Médico Sobre Certificados Y Uso De Ruaf (Integrado En Ítem 4 Para Evitar Repetición).<br>1.1 Actividad desarrollada: Organizar la reunión o capacitación vía teams y participar en la misma despejando dudad sobre el cargue de certificados<br>1.2 Productos evidencias: Soporte de acta firmada con lista de asistencia                                                                                                                                                                   |
| 22 | Obligación 22: Realizar Ajustes En Certificados De Defunción Y De Nacidos Vivos Cuando Se Identifiquen Errores O En Casos De Plena Identidad (Nn).<br>1.1 Actividad desarrollada: Verificar los datos ingresados en los certificados y realizar sus respectivos ajustes<br>1.2 Productos evidencias: Soporte de correos enviados y ajustes realizados en ruaf                                                                                                                                                                                                                                    |
| 23 | Obligación 23: Verificar El Registro De Hechos Vitales En Libros De Control Físicos (Hospital La Victoria), Garantizando Concordancia Con Ruaf.<br>1.1 Actividad desarrollada: Verificar los datos ingresados en los libros de los servicios conforme la información registrada en aplicativo ruaf<br>1.2 Productos evidencias: Soporte de registro en libro fisico                                                                                                                                                                                                                              |
| 24 | Obligación 24: Participar En Actividades De Asistencia Técnica En Hospital La Victoria Para Evaluación De Cobertura, Calidad Y Oportunidad De Datos.<br>1.1 Actividad desarrollada: Presentar y recibir asistencias de la unidad<br>1.2 Productos evidencias: soporte de actas firmadas y lista de asistencia                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| 25 | Obligación 25: Atender Solicitudes Ocasionales Relacionadas Con Estadísticas Vitales.<br>1.1 Actividad desarrollada: Dar respuesta a correos electrónicos y demás solicitudes recibidas<br>1.2 Productos evidencias: Soporte de correos enviados                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |

|    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
|----|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 26 | Obligación 26: Actuar Como Delegado Administrativo Para Gestión De Usuarios En Ruaf-Nd V2.0 (Activación, Des Habilitación, Enrolamiento)<br>1.1 Actividad desarrollada: Dar respuesta a las solicitudes que se recibían para activación des habilitación, enrolamiento de profesionales médicos<br>1.2 Productos evidencias: Soporte de correos enviados y evidencia de activación de habilitación y enrolamientos en aplicativos ADMINISTRADOR |
|----|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

III. VERIFICACION DE ACTIVIDADES DESARROLLADAS

**SE VERIFICA QUE QUE HA CUMPLIDO CON LAS ACTIVIDADES ASIGNADAS DURANTE EL MES O PERIODO LABORADO Y SE APRUEBA PARA EL PAGO RESPECTIVO.**

| ITEM | CUMPLIMIENTO DE REQUISITOS                                                                                                                                                                                                | SI | NO |
|------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|----|
| 1    | ¿El contrato se encuentra debidamente legalizado?                                                                                                                                                                         | X  |    |
| 2    | ¿El contratista autorizó que los impuestos que debe cancelar para la legalización del mencionado contrato le sean descontados del valor a cancelar como consta en la declaración del informe de ejecución de actividades? | X  |    |
| 3    | ¿Que el contratista presentó satisfactoriamente las obligaciones contractuales, los cuales pueden ser verificados en el informe anexo y en el SECOP?                                                                      | X  |    |
| 4    | ¿Que el contratista da cumplimiento a sus obligaciones frente a los aportes al sistema de seguridad social y de parafiscales, tal como exige el artículo 50 de la Ley 789 de 2002?                                        | X  |    |
| 5    | ¿Que adjunto evidencia del cargue en el aplicativo secop de la cuenta correspondiente al mes objeto de cobro?                                                                                                             | X  |    |

Teniendo en cuenta lo anterior y conforme a la **clausula "Forma de Pago, CERTIFICO** el cumplimiento de las obligaciones pactadas con el contratista, para el pago correspondiente al periodo del (2026-01-01) AL (2026-01-31)

| IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL |               |               |              |
|-----------------------------------------------|---------------|---------------|--------------|
| No. DE PLANILLA:                              | N° 1077886911 | OPERADOR:     | SIMPLE       |
| CONCEPTO DEL PAGO                             | ENTIDAD       | FECHA DE PAGO | VALOR PAGADO |
| SALUD:                                        | FAMISANAR     | 2025/12/30    | \$ 261.500   |
| PENSIÓN:                                      | PROTECCION    | 2025/12/30    | \$ 334.800   |
| RIESGOS LABORALES:                            | SURA          | 2025/12/30    | \$ 51.000    |
| OTRO                                          |               |               |              |
| TOTAL PAGADO                                  |               |               | \$ 647.300   |

V. DECLARACIONES DEL CONTRATISTA

1.- Que desarrollé las actividades descritas en el informe anexo, dentro del período de cobro.

2.- Que realicé el pago de la Seguridad Social donde el ibc se calculo sobre el 40% de los ingresos cancelados del mes anterior pago del cual anexo copia simple, sin que en ningún caso el IBC sea menor a 1 SMMLV ( de ser el primer pago adjunto certificaciones de afiliacion a eps, arl, pension, rut)

3- Que adjunto evidencia del cargue en el aplicativo secop de la cuenta correspondiente al mes objeto de cobro .

4.- Que autorizo los impuestos a que estoy obligado a pagar, por ocasión al señalado contrato.

VII. ANEXOS

(Cuando se requiera como una de las obligaciones del contrato)

Anexar evidencias fotográficas y/o documentales que soporten las actividades realizadas en el período correspondiente

|                                |                                                                                                                                                                                              |
|--------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA | <br>ERIS JOSUE CASTRO SEPULVEDA<br>PS_5908_2025_FABFBF<br>ERIS JOSUE CASTRO SEPULVEDA<br>CC: 1033806383   |
| FIRMA DE QUIEN VALIDA          | <br>ELKIN ALFREDO DAVILA MEJIA<br>PS_5908_2025_FABFBF<br>ELKIN ALFREDO DAVILA MEJIA<br>SUPERVISOR ALTERNO |

FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS  
OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO



ANA MARGARET RABA SIERRA

PS\_5908\_2025\_FABFBF

ANA MARGARET RABA SIERRA  
SUPERVISOR DEL CONTRATO



|                            |                             |                           |                        |
|----------------------------|-----------------------------|---------------------------|------------------------|
| <b>Razón Social</b>        | ERIS JOSUE CASTRO SEPULVEDA |                           |                        |
| <b>Documento</b>           | CC1033806383                | <b>Dirección</b>          | TV 9ABI #48 G - 80 SUR |
| <b>Tipo de Empresa</b>     | INDEPENDIENTE               | <b>Teléfono</b>           | 3175201493             |
| <b>Tipo Persona</b>        | NATURAL                     | <b>Forma Presentación</b> | ÚNICO                  |
| <b>Ciudad</b>              | BOGOTA D.C.                 | <b>Departamento</b>       | BOGOTA D.C.            |
| <b>Representante Legal</b> |                             | <b>Identificación</b>     |                        |
| <b>Total Afiliados</b>     | 1                           | <b>ARP</b>                | ARL SURA               |

| Datos del Afiliado |                             |                |                   | Novedades |     |       |     |     |     |     |     |     |     | Pensiones |     |     | Salud |     |     | Riesgos |     |          | Cajas    |          |          | Parafiscales        |              |                |                        | Total        |              |        |              |                |                       |              |             |             |             |      |                   |            |
|--------------------|-----------------------------|----------------|-------------------|-----------|-----|-------|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----------|-----|-----|-------|-----|-----|---------|-----|----------|----------|----------|----------|---------------------|--------------|----------------|------------------------|--------------|--------------|--------|--------------|----------------|-----------------------|--------------|-------------|-------------|-------------|------|-------------------|------------|
| Identificación     | Apellidos y Nombres         | Tipo Cotizante | Subtipo Cotizante | ING       | RET | RET P | TDE | TAE | TIP | TOP | TAP | VSP | VST | VOR       | IGL | ICN | LNA   | VAC | AVP | VCT     | IRP | Días AFP | Días EPS | Días ARP | Días CCF | Administradora      | IBC Pensión  | Aporte Pensión | Administradora         | IBC Salud    | Aporte Salud | Tarifa | IBC Riesgos  | Aporte Riesgos | Administradora        | IBC Caja     | Aporte Caja | Aporte SENA | Aporte ICBF | ESAP | Aporte Ministerio | Total      |
| CC 1033806383      | ERIS JOSUE CASTRO SEPULVEDA | 59             | 00                |           |     |       |     |     |     |     |     |     |     |           |     |     |       |     |     |         | 0   | 30       | 30       | 30       | 30       | (230201) PROTECCION | \$ 2.092.000 | \$ 334.800     | (EPS017) FAMILANAR EPS | \$ 2.092.000 | \$ 261.500   | 2,436  | \$ 2.092.000 | \$ 51.000      | (CCF24) COMPENSAR CCF | \$ 2.092.000 | \$ 41.900   | \$ 0        | \$ 0        | \$ 0 | \$ 0              | \$ 689.200 |

| IBC Pensión  | IBC Salud    | IBC Riesgos  | IBC Cajas    | Aportes Pensión | Aportes Salud | Aportes Riesgos | Aportes Cajas | Aportes Sena | Aportes ICBF | Aportes ESAP | Aportes Min Educación | (Incapacidades, Licencias, Saldos a Favor) EPS | Incapacidades ARP | SUBTOTAL SIN INTERESES DE MORA | TOTAL INTERESES DE MORA | TOTAL FINAL |
|--------------|--------------|--------------|--------------|-----------------|---------------|-----------------|---------------|--------------|--------------|--------------|-----------------------|------------------------------------------------|-------------------|--------------------------------|-------------------------|-------------|
| \$ 2.092.000 | \$ 2.092.000 | \$ 2.092.000 | \$ 2.092.000 | \$ 334.800      | \$ 261.500    | \$ 51.000       | \$ 41.900     | \$ 0         | \$ 0         | \$ 0         | \$ 0                  | \$ 0                                           | \$ 0              | \$ 689.200                     | \$ 0                    | \$ 689.200  |

 Pago exitoso

Número de autorización 857202

Martes, 30 de diciembre de 2025, 11:59:06 a. m.

Detalle

\$689.200

Valor Pagado

IVA incluido: \$0

Pago a: SIMPLE OI

Débito desde: Cuenta de Ahorros \*7392

Descripción: Pago de Seguridad Social

Fecha y hora inicio transacción 2025-12-30 11:57:48

NIT del comercio 9999000973339

Número de factura 1077886911

Código Único de Seguimiento 2046901437

Dirección IP: 190.71.195.234

Referencia 1: 172.29.10.57

Referencia 2: CC

Referencia 3: 1033806383



Búsqueda

Mis procesos

Menú

Ir a

Buscar...

[Escritorio](#) → [Menú](#) → [Administración de contratos](#) → **Ver contrato**

1 [Información general](#)

2 [Condiciones](#)

3 [Bienes y servicios](#)

4 [Documentos del Proveedor](#)

5 [Documentos del contrato](#)

6 [Información presupuestal](#)

7 **Ejecución del Contrato**

8 [Modificaciones del Contrato](#)

9 [Incumplimientos](#)

### Datos guardados

Cancelar

<

Evaluación de la E

#### VER CONTRATO

#### Ejecución del Contrato

☐ Porcentaje ☐ Recepción de artículos

#### Plan de Pagos

¿Se requieren emisiones de  
códigos de autorización? ☐ Si ☒ No

| Id de pago | Número de factura | Fecha de emisión | Fecha de recepción | Valor total de la factura | Estado |
|------------|-------------------|------------------|--------------------|---------------------------|--------|
|------------|-------------------|------------------|--------------------|---------------------------|--------|

No existen resultados que cumplan con los criterios de búsqueda especificados

#### Documentos de ejecución del contrato

### Datos guardados

|                          | Descripción                                        | Nombre del archivo                                 | Cargado por |                           |
|--------------------------|----------------------------------------------------|----------------------------------------------------|-------------|---------------------------|
| <input type="checkbox"/> | PS_5908_2025_CUENTA_JULIO.pdf                      | PS_5908_2025_CUENTA_JULIO.pdf                      | Proveedor   | <a href="#">Descargar</a> |
| <input type="checkbox"/> | PS_5908_2025_CUENTA_AGOSTO.pdf                     | PS_5908_2025_CUENTA_AGOSTO.pdf                     | Proveedor   | <a href="#">Descargar</a> |
| <input type="checkbox"/> | COMUNICACION SUPERVISOR PS 5908 2025 6-10-2025.pdf | COMUNICACION SUPERVISOR PS 5908 2025 6-10-2025.pdf | Comprador   | <a href="#">Descargar</a> |
| <input type="checkbox"/> | 1 PS 5908 2025 CRP-21309.pdf                       | 1 PS 5908 2025 CRP-21309.pdf                       | Comprador   | <a href="#">Descargar</a> |
| <input type="checkbox"/> | PS_5908_2025_SEPTIEMBRE_PLANILLASS.pdf             | PS_5908_2025_SEPTIEMBRE_PLANILLASS.pdf             | Proveedor   | <a href="#">Descargar</a> |
| <input type="checkbox"/> | PS_5908_2025_CUENTA_OCTUBRE.pdf                    | PS_5908_2025_CUENTA_OCTUBRE.pdf                    | Proveedor   | <a href="#">Descargar</a> |
| <input type="checkbox"/> | PS5908 2025 CUENTA DE COBRO NOVIMBRE 2025.pdf      | PS5908 2025 CUENTA DE COBRO NOVIMBRE 2025.pdf      | Proveedor   | <a href="#">Descargar</a> |
| <input type="checkbox"/> | PS 5908 2025 CUENTA DE COBRO DICIEMBRE 2025.pdf    | PS 5908 2025 CUENTA DE COBRO DICIEMBRE 2025.pdf    | Proveedor   | <a href="#">Descargar</a> |

Borrar

Cancelar

<

Evaluación de la E