Bogotá,26 de marzo del 2026

Señores
**Fondo de Bienestar Social de la CGR**
Ciudad.

Por medio de la presente relaciono los soportes documentales que se requieren para formalizar las actividades desarrolladas en el cumplimiento del contrato de prestación de servicios, así:

**Número de contrato:** CTO -004 2026

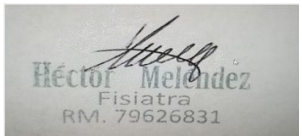
**Objeto del contrato:**

Prestación de servicios profesionales especializados en medicina física y rehabilitación, par beneficiarios del Programa de Salud del Centro Médico, del Fondo de Bienestar Social Contraloría General de la República.

Nombre: HECTOR MELENDEZ
Cédula: 79.626.831
Nombre del supervisor: ROSARIO ARAUJO GUZMAN
Número de pago: 2
Valor del pago: $3.360.000
Fecha de inicio: 12/02/2026
Fecha de finalización: 11/12/2026

Relación de documentos adjuntados:
- Cuenta de cobro
- Certificación para retención en la fuente de trabajador independiente
- Informe de Actividades
- Soporte de pago (Planilla PILA)

Cordialmente,




HECTOR MELENDEZ
CC 79626831

Bogotá,26 de marzo del 2026

**FACTURA No 2**

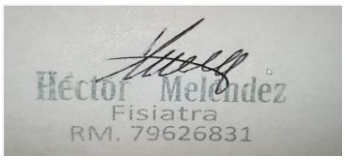
**EL FONDO DE BIENESTAR SOCIAL**
**DE LA CONTRALORÍA GENERAL DE LA REPÚBLICA**
**NIT. 800.252.683-3**

**DEBE A**:

HECTOR MAURICIO MELÉNDEZ, identificado con la cédula de ciudadanía 79626831 de BOGOTÁ, la suma de TRES MILLONES TRESCIENTOS SESENTA MIL. PESOS ($3.360.000) por concepto de la prestación de servicios profesionales especializados por **16 horas** (valor hora de $210.000) de acuerdo con el Contrato No. No 004 del 2026 así, cuyo objeto es:

“PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES ESPECIALIZADOS EN MEDICINA FÍSICA Y REHABILITACIÓN, PARA LOS BENEFICIARIOS DEL PROGRAMA DE SALUD DEL CENTRO MÉDICO, DEL FONDO DE BIENESTAR SOCIAL DE LA CONTRALORÍA GENERAL DE LA REPÚBLICA."

La presente cuenta se expide por los días 03, 10, 17, 24 de marzo 2026.




HECTOR MELENDEZ
CC 79626831

**Certificación para Retención en la Fuente de Trabajador Independiente**

Bogotá,26 de marzo del 2026

Señores
**FONDO DE BIENESTAR SOCIAL DE LA CGR**
**Ciudad**

**Referencia:** Certificación para efectos de retención en la fuente.

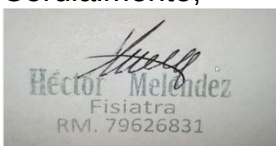
## CERTIFICACIÓN BAJO LA GRAVEDAD DE JURAMENTO

Yo, Héctor Mauricio Melendez Alviar, identificado con cédula de ciudadanía 79626831 con el fin de dar cumplimiento al numeral 6 del artículo 1.2.4.1.6 del Decreto único tributario 1625 de 2016 (modificado por el artículo 9 del Decreto 2250 de 2017), manifiesto bajo gravedad de juramento que:

Para efectos de la depuración de la base del cálculo de la retención en la fuente establecida en el artículo 1.2.4.1.6 del Decreto único tributario 1625 de 2016, el cual aplica sobre los pagos o abonos en cuenta por concepto de ingresos provenientes de honorarios y compensaciones por servicios personales bajo ciertas circunstancias, declaro que **no he contratado o vinculado dos (2) o más trabajadores o contratistas asociados a mi actividad económica por un término superior a 90 días continuos o discontinuos**, de conformidad con lo establecido en el numeral 6 del artículo 1.2.4.1.6 del DUT 1625 de 2016.

De igual manera, en el momento en que contrate o vincule más de un trabajador asociado a mi actividad económica, por el plazo ya indicado, me comprometo a informar la novedad.

Cordialmente,




HECTOR MAURICIO MELENDEZ
CC 79626831

Bogotá,26 de marzo del 2026

Doctora;

**ROSARIO ARAUJO GUZMAN**
Profesional Especializada Grado 21
Grupo Centro médico y Atención Integral en Salud
Fondo de Bienestar Social de la Contraloría General de la República
Ciudad.

A continuación, relaciono las actividades desarrolladas en el cumplimiento del contrato de prestación de servicios profesionales No CTO -004 2026 así;

1. Realizar la valoración especializada en Medicina Física y Rehabilitación a los funcionarios y beneficiarios del Programa de Salud del Centro Médico del Fondo de Bienestar Social de la Contraloría General de la República, de colombia conformidad con la programación acordada con el supervisor del contrato, conservando plena autonomía técnica y administrativa en la toma de decisiones clínicas.

   En cumplimiento de la actividad asignada, se realizaron las valoraciones especializadas en Medicina Física y Rehabilitación a los funcionarios y beneficiarios del Programa de Salud del Centro Médico del Fondo de Bienestar Social de la Contraloría General de la República, de acuerdo con la programación previamente concertada con el supervisor del contrato.
   Durante la atención, se efectuó una valoración integral que incluyó examen físico enfocado en el sistema osteomuscular y neurológico, análisis de ayudas diagnósticas disponibles y establecimiento de diagnósticos clínicos. Con base en lo anterior, se formularon planes de manejo individualizados orientados a la rehabilitación funcional, control del dolor y mejoramiento de la calidad de vida de los pacientes.
   Las decisiones clínicas fueron adoptadas con plena autonomía técnica y administrativa, conforme a los lineamientos científicos y éticos vigentes en la práctica de la especialidad, garantizando una atención segura, oportuna y centrada en el paciente.
   Asimismo, se brindaron recomendaciones terapéuticas que incluyeron manejo farmacológico cuando fue indicado, prescripción de terapias físicas según lo establece el protocolo, educación al paciente y orientación en medidas de prevención y autocuidado.

2. Definir, formular y ejecutar los planes de rehabilitación integral requeridos para la recuperación funcional, manejo de la discapacidad y mejora de la calidad de vida de los usuarios, de acuerdo con los diagnósticos establecidos conforme a la Clasificación Internacional de Enfermedades – CIE-10.)

| periodo | FECHA | NOMBRE | | IDENTIFICACION | DETALLE |
|---|---|---|---|---|---|
| 2 | 3/03/2026 | ARIANITA BUITRAGO | | 39788691 | CANCELO |
| | 3/03/2026 | ELIZABETH CRUZ | | 40760483 | CONSULTA |
| | 3/03/2026 | SANDRA GAVILAN | | 51900941 | CONSULTA |
| | 3/03/2026 | FLORINDA GOMEZ | | 20722447 | CANCELO |
| | 3/03/2026 | OMAR CAMELO | | 80725181 | CONSULTA |
| | 3/03/2026 | ZOILA QUITIAN | | 28479296 | CONSULTA |
| | 3/03/2026 | HIALMAR PUERTO | | 79327599 | CONSULTA |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| | 3/03/2026 | GLORIA RIVERA | | 65749640 | CANCELO |
| | 10/03/2026 | DANIEL RODRIGUEZ | | 80072057 | NO ASISTIO |
| | 10/03/2026 | LIDIA BARCELO | | 32742491 | CONSULTA |
| | 10/03/2026 | DAGOBETO GODOY | | 79289511 | CONSULTA |
| | 10/03/2026 | AURORA ROJAS | | 51761762 | CANCELO |
| | 10/03/2026 | ANA LOPEZ | | 39640734 | NO ASISTIO |
| | 10/03/2026 | MARTA JIMENEZ | | 30343822 | CONSULTA |
| | 17/03/2026 | MONICA OROZCO | | 40179248 | CONSULTA |
| | 17/03/2026 | ROBERTO DAGUER | | 91422382 | NO ASISTIO |
| | 17/03/2026 | SANDRA RODRIGUEZ | | 52066140 | CONSULTA |
| | 17/03/2026 | PAULA VILLAR | | 52560567 | CONSULTA |
| | 17/03/2026 | TATIANA RODRIGUEZ | | 1010214563 | NO ASISTIO |
| | 24/03/2026 | ANA LOPEZ | | 41580948 | CONSULTA |
| | 24/03/2026 | CLAUDIA PEREZ | | 52159163 | CONSULTA |
| | 24/03/2026 | MARIA GOMEZ | | 1000733132 | NO ASISTIO |
| | 24/03/2026 | MARISOL RIVERA | | 52106074 | CONSULTA |
| | 24/03/2026 | DAVID ROCHA | | 1001314985 | CONSULTA |
| | 24/03/2026 | JOSE CARRANZA | | 1095829725 | CONSULTA |
| | 24/03/2026 | WILLIAN CASTAÑEDA | | 79307046 | CONSULTA |
| | 24/03/2026 | CARLOS GONZALEZ | | 79576231 | CONSULTA |

3. Consolidar y entregar mensualmente un informe de gestión asistencial, acompañado de un reporte estadístico que identifiqué las cinco (5) patologías de mayor frecuencia atendidas en la consulta de rehabilitación, debidamente clasificadas conforme al CIE-10.

   Se envía soporte mensual de registro de estadística diaria de atención de pacientes donde se registra nombre y apellido, documento, si es funcionario o beneficiario, si es control o 1 vez, edad, diagnostico CIE 10 a la Dra. Rosario Araujo el día 25/03/2026 en los formatos establecidos por el FBSCGR

| PATOLOGIAS CIE10 FRECUENTES | CIE 10 | No. CASOS |
|---|---|---|
| OSTEOARTROSIS | M150 | 5 |
| DOLOR MANDIBULAR | M255 | 3 |
| DOLOR MANDIBULAR | M545 | 2 |
| MANGUITO ROTADOR | M751 | 2 |
| TENDINITIS | M659 | 1 |

   Se deja registrado en historia clínica el manejo que se envía de acuerdo a la patología de la paciente

Total, Pacientes Atendidos en el periodo:01/03/2026 AL 25/03/2026 asistí los días 03, 10, 17, 24 de marzo 2026.
**Programados**:27
**Inasistencia: 9**
**Asistentes:** 18
**pacientes discriminados así**:

**Funcionarios: 12**
**Beneficiarios: 6**

4. Registrar de manera completa, clara y oportuna las valoraciones, evoluciones, planes terapéuticos y resultados en la Historia Clínica, en cumplimiento de la normatividad vigente y de lo dispuesto en la Resolución 1995 de 1999 y las normas que la modifiquen o complementen.

   En cumplimiento de la actividad asignada, se realizó el registro de manera completa, clara y oportuna de las valoraciones, evoluciones clínicas, planes terapéuticos y resultados de los pacientes atendidos en el aplicativo institucional de salud, garantizando la calidad, trazabilidad y disponibilidad de la información.
   Asimismo, se llevó a cabo la adecuada diligenciarían de la historia clínica conforme a los lineamientos establecidos, asegurando la inclusión de todos los componentes requeridos en cada atención. De igual forma, se socializaron y aplicaron los formatos de consentimiento informado y las órdenes de servicio, verificando la comprensión por parte de los pacientes y el cumplimiento de los requisitos legales y éticos.

5. Desarrollar la atención especializada conforme a los protocolos clínicos y guías de práctica adoptados por la Entidad, así como a los estándares de los procesos prioritarios establecidos en la Resolución No. 3100 de 2019 y sus disposiciones reglamentarias.
   Se da cumplimiento a la reglamentación descrita en la Resolución No. 3100 de 2019 entre el periodo 01/03/2026 al 25/03/2026.

6. Aplicar las medidas de bioseguridad correspondientes a la atención en servicios de rehabilitación, observando las Normas Universales de Bioseguridad y lo dispuesto en la Resolución 692 de 2022, “Por medio de la cual se adopta el protocolo general de bioseguridad”, y demás normas concordantes.
   Se realiza cumplimiento de las normas de bioseguridad según lo establecido por el ministerio de salud y protección social durante la atención de pacientes durante la consulta de Fisiatría entre el periodo 01/03/2026 al 26/02/2026.

7. Ejecutar las demás actividades propias y complementarias de la especialidad de Medicina Física y Rehabilitación que se encuentren directamente TERCERA - OBLIGACIONES DE LAS PARTES:
   Se da cumplimiento a la reglamentación descrita en la Resolución No. 3100 de 2019 entre el periodo 01/03/2026 al 26/02/2026

Cordialmente,




HECTOR MAURICIO MELENDEZ
CC 79626831

compensar | miplanilla.com

# PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES



| DATOS DEL APORTANTE | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| TIPO | NÚMERO | NOMBRE APORTANTE | DIRECCIÓN | TELÉFONO | CORREO | EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD |
| CC | 79626831 | HECTOR MAURICIO MELENDEZ ALVIAR | Cr 51 No.183 - 17 casa 93 Tejares5 | 5108812 | hecmel@gmail.com | |
| FORMA PRESENTACIÓN | CLASE APORTANTE | NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO | DEPARTAMENTO | CIUDAD / MUNICIPIO | | |
| ÚNICA | I – Independiente | | BOGOTÁ D. C. | BOGOTÁ, D.C. | | NO |

| DATOS DE LA PLANILLA | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| PLANILLA ASOCIADA | FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO) | NÚMERO PLANILLA | FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO) | CANTIDAD EMPLEADOS | CANTIDAD UPC |
| | | 60668618 | 18/03/2026 | 1 | 0 |
| PERIODO SALUD | PERIODO PENSIÓN | TIPO PLANILLA | TOTAL NÓMINA | TOTAL A PAGAR | |
| 2026-03 | 2026-03 | I | $0 | $1.918.100 | |

## TOTALES POR SUBSISTEMAS

**TOTALES SALUD**

| Código EPS | Nombre | NIT | Cotización Obligatoria | UPC Adicional | Incapacidades | | Licencia Maternidad | | Días Mora | Valor Mora Cotización | Valor Mora UPC | Total a Pagar | No. Afiliados |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | No. Autorización | Valor | No. Autorización | Valor | | | | | |
| EPS005 | Sanitas EPS | 800251440-6 | 775.000 | 0 | | 0 | | 0 | 0 | 0 | 0 | 775.000 | 1 |

**TOTALES PENSIÓN**

| Código AFP | Nombre | NIT | Cotización Obligatoria | Aporte Voluntario Afiliado | Aporte Voluntario Aportante | Aporte FSP - Solidaridad | Aporte FSP - Subsistencia | Días Mora | Valor Mora Cotización | Valor Mora FSP | Total a Pagar | No. Afiliados |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 25-14 | Colpensiones | 900336004-7 | 992.000 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | | 992.000 | 1 |

**TOTALES RIESGOS LABORALES**

| Código ARL | Nombre | NIT | Cotización Obligatoria | Incapacidades | | Aportes Otros Sistemas | Valor Neto Cotización | Días Mora | Valor Mora Cotización | Subtotal Cotización | No. Radicado Saldo a Favor | Valor Saldo a Favor | Fondo Solidaridad | Total a Pagar | No. Afiliados |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | No. Autorización | Valor | | | | | | | | | | |
| 14-11 | ARL SURA | 890903790-5 | 151.100 | | | | 151.100 | 0 | 0 | 151.100 | | | 1.511 | 151.100 | 1 |

**TOTALES CAJAS**

| Código CCF | Nombre | NIT | Valor Aporte | Días Mora | Valor Mora Aporte | Total a Pagar | No. Afiliados |
|---|---|---|---|---|---|---|---|

**TOTALES PARAFISCALES**

| Valor Aporte | Días Mora | Valor Mora Aporte | Total a Pagar | No. Afiliados |
|---|---|---|---|---|
| SENA | | | | |
| 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| ICBF | | | | |
| 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| ESAP | | | | |
| | | | | |
| MEN | | | | |
| | | | | |

**TOTALES POR SUBSISTEMA**

| Tipo Administradora | No. Administradoras Reportadas | Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora | Total a Pagar |
|---|---|---|---|
| Salud | 1 | 775.000 | 775.000 |
| Pensión | 1 | 992.000 | 992.000 |
| Riesgos Laborales | 1 | 151.100 | 151.100 |
| CCF | 0 | 0 | 0 |
| ESAP | 0 | 0 | 0 |
| ICBF | 0 | 0 | 0 |
| MEN | 0 | 0 | 0 |
| SENA | 0 | 0 | 0 |
| **TOTALES** | 3 | 1.918.100 | 1.918.100 |

PAGADA

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

compensar | miplanilla.com

# PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES



| DATOS DEL APORTANTE | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| TIPO | NÚMERO | NOMBRE APORTANTE | DIRECCIÓN | TELÉFONO | CORREO | EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD |
| CC | 79626831 | HECTOR MAURICIO MELENDEZ ALVIAR | Cr 51 No.183 - 17 casa 93 Tejares5 | 5108812 | hecmel@gmail.com | |
| FORMA PRESENTACIÓN | CLASE APORTANTE | NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO | DEPARTAMENTO | CIUDAD / MUNICIPIO | | |
| ÚNICA | I – Independiente | | BOGOTÁ D. C. | BOGOTÁ, D.C. | | NO |

| DATOS DE LA PLANILLA | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| PLANILLA ASOCIADA | FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO) | NÚMERO PLANILLA | FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO) | CANTIDAD EMPLEADOS | CANTIDAD UPC |
| | | 60668618 | 18/03/2026 | 1 | 0 |
| PERIODO SALUD | PERIODO PENSIÓN | TIPO PLANILLA | TOTAL NÓMINA | TOTAL A PAGAR | |
| 2026-03 | 2026-03 | I | $0 | $1.918.100 | |

## DETALLE POR COTIZANTE

| INFORMACIÓN COTIZANTE | | | | | | | | INFORMACIÓN NOVEDADES | | | | | | | | | | | | | | | | | | PENSIÓN | | | | | | | | SALUD | | | | | RIESGOS LABORALES | | | | | CCF | | | | PARAFISCALES | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| No. | Tipo y Número de Identificación | Apellidos y Nombres | Cotizante | Subtipo | Extranjero | Colom. exterior | Exonerado | ING | RET | TDE | TAE | TDP | TAP | VSP | VST | SLN | IGE | LMA | VAC | AVP | VCT | IRL | CORRECCIÓN | Cód. AFP | IBC AFP | Días | Cotización | Voluntario Afiliado | Voluntario Aportante | Fondo pensional de solidaridad | Fondo pensional de subsistencia | Cód. EPS | IBC EPS | Días | Cotización / Valor UPC | Cód. ARL | IBC ARL | Días | Clase de Riesgo | Cotización | Código CCF | IBC CCF | Días | Aporte CCF | IBC otros parafiscales | Aporte SENA | Aporte ICBF | Aporte ESAP | Aporte MEN |
| 1 | CC 79626831 | MELENDEZ ALVIAR HECTOR MAURICIO | 57 | 0 | | | N | | | | | | | | | | | | | | | | | 25-14 | 6.200.000 | 30 | 992.000 | 0 | 0 | 0 | 0 | EPS005 | 6.200.000 | 30 | 775.000 | 14-11 | 6.200.000 | 30 | 3 | 151.100 | | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |

PAGADA

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

Espacio para
Logo Corporativo

**HECTOR MAURICIO MELENDEZ ALVIAR**
NIT 79.626.831-9
CRA 51 N 183 17 CA 93
Tel: (601) 3203701187
Bogotá - Colombia
yuliethpulido@yahoo.com

Factura electrónica de venta
**No. FE 85**

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Señores** | FONDO DE BIENESTAR SOCIAL DE LA CONTRALORIA GENERAL DE LA REPUBLICA | | |
| **NIT** | 800.252.683-3 | **Teléfono** | (601) 0000000 |
| **Dirección** | CRA 69 N 44-35 PISO 4 | **Ciudad** | Bogotá - Colombia |

| **Fecha y hora Factura** | |
|---|---|
| **Generación** | 26/03/2026, 12:05 |
| **Expedición** | 26/03/2026, 12:05 |
| **Vencimiento** | 26/03/2026 |

| Ítem | Descripción | Cantidad | Vr. Total | Vr. Unitario |
|---|---|---|---|---|
| 1 | HONORARIOS CONSULTA FISIATRIA | 1.00 | 3,360,000.00 | 3,360,000.00 |

**Total items:** 1

**Valor en Letras:**
Tres millones trescientos sesenta mil pesos m/cte

**Forma de pago:**
Contado

**Medio de pago:**
Desembolso Crédito plus (CCD+) - Transferencia $ 3,360,000.00

**Observaciones:**

| | |
|---|---|
| **Total Bruto** | 3,360,000.00 |
| IVA 0% | 0.00 |
| **Total a Pagar** | **3,360,000.00** |

A esta factura de venta aplican las normas relativas a la letra de cambio (artículo 5 Ley 1231 de 2008). Con esta el Comprador declara haber recibido real y materialmente las mercancías o prestación de servicios descritos en este título - Valor. **Número Autorización Electrónica 18764099454672 aprobado en 20250929 prefijo FE desde el número 63 al 5000 Vigencia: 6 Meses**
- Actividad Económica 8621 Actividades de la práctica médica, sin internación Tarifa 9.66
**CUFE:** 587f08974c463a97ae84157263ff7f6b0a7360fba40775a8620a6e54a8f6bba786c75287a40cad05b147469e66a225c3

Fabricante Software y Proveedor tecnológico: Siigo SAS - Nit 830.048.145-8. Nombre Software: Siigo Nube. Firma electrónica: ver en el XML.