Salud	PROCESO	GESTIÓN DE CONTRATACIÓN	CÓDIGO	GCOF61
	FORMATO	INFORME DE CUMPLIMIENTO DE AVANCES DE OBLIGACIONES CONTRACTUALES Y PAGO	VERSIÓN	02

Contrato No.	333-2026		
Nombre del Contratista y/o Representante Legal	LAURA ARGOTE PARRA		
Nombre del Supervisor y/o Interventor	MARITZA ISAZA GOMEZ	Teléfono / Extensión	1101
Dependencia	OFICINA DE PROMOCIÓN SOCIAL		
Objeto del Contrato	Prestar servicios profesionales a la Oficina de Promoción Social para apoyar jurídicamente los procesos precontractuales y contractuales para el desarrollo del plan de asistencia técnica con enfoque en transversalización del enfoque diferencial en salud en sus distintas etapas		
Fecha de Inicio	14/01/2026	Fecha de Terminación	13/07/2026

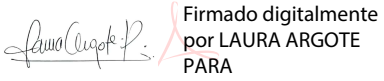
Periodo del Informe de Actividades (mes ejecutado objeto del informe)	**Desde**	01/04/2026	**Hasta**	30/04/2026
Valor honorarios (según lo pactado)	$ 7.500.000			
Adición (En valor $)	N/A			
Prórroga (En tiempo)	N/A			
Terminación anticipada	N/A			
Suspensión	N/A			
Cesión	N/A			

INFORME PARCIAL DE EJECUCIÓN DE OBLIGACIONES CONTRACTUALES [i]

	Obligación contractual	Actividad desarrollada	Producto y/o Entregables	Alertas, inconvenientes o situaciones especiales que afectan el cumplimiento de la obligación
1	Brindar acompañamiento jurídico en la planeación, estructuración, ejecución y cierre de los procesos de contratación requeridos por la Oficina de Promoción Social.	Se hizo acompañamiento en revisión de oferta llegada al proceso del convenio que se hará en cumplimiento de la sentencia T-045	Excel	
2	Hacer seguimiento a los trámites de planeación, estructuración, gestión y liquidación de la contratación de la Oficina de Promoción Social	Se apoyo recopilando y actualizando información del 2024 sobre las liquidaciones pendientes	Matriz liquidaciones.	
3	Actuar como enlace con el Grupo de Gestión Contractual para impulsar la gestión contractual de la Oficina de Promoción Social.	Se apoyo a la supervisión para la solución de controversias en torno a las cuentas de cobro de personas naturales.	Pantallazo SECOP II rechazando y marcando pago.	

4	Apoyar la supervisión contractual y revisar los informes parciales y finales durante la ejecución y liquidación de contratos o convenios de la Oficina de Promoción Social.	Durante este mes se realizó seguimiento a ps que faltaban por cargar informes para solicitar el cierre en plataforma.	Matriz de seguimiento 2025.	
5	Formular estrategias jurídicas para resolver controversias contractuales que surjan en el marco del apoyo a la supervisión de los contratos o convenios asignados.	Se realizó cargue de documentación pendiente de los convenios en liquidación para resolver controversias sobre la falta de estos en plataforma	Pantallazo SECOP.	
6	Recopilar y analizar la información necesaria para atender requerimientos de los órganos de control y de otras dependencias del Ministerio de Salud y Protección Social.	Durante este mes no se realizaron actividades para esta obligación.	N/A	
7	Elaborar requerimientos, actas, informes, conceptos jurídicos o administrativos, respuestas a requerimientos o derechos de petición y demás documentos vinculados	Se apoyo dando respuesta a Derecho de petición llegado desde el congreso.	Matriz de respuesta a DP MINISTERIOS Y DEPARTAMENTOS - CONTRATOS CONVENIOS Y NEGOCIOS JURIDICOS SUSCRITOS CON ASOCIACIONES Y RESGUARDOS INDIGENAS	
8	Participar y/o asistir a mesas de trabajo, reuniones, capacitaciones y comités relacionados con los asuntos que le sean asignados o los necesarios para el cumplimiento del objeto contractual.	Se participo en reuniones programadas por el líder contractual.	Acta	
9	Presentar los informes solicitados de las actuaciones adelantadas dentro de los procesos contractuales asignados	La obligación se realiza a través de este informe.	N/A	

Hago constar que durante el periodo reportado se adelantaron las anteriores obligaciones y/o actividades.



LAURA ARGOTE PARRA
Fecha: 4/05/2026

BALANCE ECONÓMICO

Valor Total Contrato (Inicial + Adición)	Valor Pagado	Valor a Pagar	Saldo Liberado	Saldo por pagar (vigencia)
VIGENCIA 2025				
$ 0,00	$ 0,00	$ 0,00	$ 0,00	$ 0,00
VIGENCIA 2026				
$ 45.000.000	$ 19.250.000	$ 7.500.000	$ -	$ 18.250.000
CESIÓN				
$ 0,00	$ 0,00	$ 0,00	$ 0,00	$ 0,00
TOTAL				
$ 45.000.000	$ 19.250.000	$ 7.500.000	$ -	$ 18.250.000

El Ministerio de Salud y Protección Social cancelará al CONTRATISTA, la suma de **SIETE MILLONES QUINIENTOS MIL PESOS M/CTE.** ($ 7.500.000).

PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL PERSONAS NATURALES					
CONCEPTO	PLANILLA No.	VALOR PAGADO	PERIODO		FECHA DE PAGO
			MES	AÑO	
Salud	6011194648	$ 400.000	marzo	2026	2026/04/10
Pensión	6011194648	$ 512.000	marzo	2026	2026/04/10
ARL	6011194648	$ 16.800	marzo	2026	2026/04/10
Certificaciones parafiscales de fecha: (Diligenciar únicamente para EMPRESAS)					

El Contratista tiene otros Contratos de Prestación de Servicios:

SI ☒ NO ☐

En la eventualidad que la Supervisión verifique que la información suministrada por el Contratista no es consistente o carece de validez, ésta deberá indicar las acciones tomadas: N/A

INFORME PARCIAL DE SUPERVISIÓN

De conformidad con el seguimiento a la ejecución del contrato, el (los) supervisor (es) certifica(n) que:

1. El (la) Contratista durante el periodo de ejecución del contrato, desarrolló y cumplió con objeto contractual, las obligaciones generales y específicas, presentó y entregó los productos y/o informes establecidos en el Contrato 333-2026.
2. Apruebo los informes, productos y demás documentos presentados y entregados por La Contratista durante el periodo mencionado en desarrollo de las obligaciones pactadas en el Contrato 333-2026.
3. A la fecha, no se han identificado causales de incumplimiento por parte del contratista que ameriten actuaciones conminatorias o la imposición de medidas sancionatorias por parte de la Administración, evidenciándose el cumplimiento de las obligaciones contractuales pactadas.
4. Se realizó la revisión de la matriz de riesgos asociada al contrato, estableciendo que, a la fecha, ninguno de los riesgos identificados se ha materializado
5. Se realizó la validación del examen médico ocupacional presentado por el contratista, evidenciando que dicho documento se encuentra vigente y cumple con los requisitos establecidos en la normativa aplicable para la ejecución del contrato. Esta

verificación garantiza el cumplimiento de las condiciones de ingreso y permanencia en la entidad, conforme a lo dispuesto en el Decreto Único Reglamentario 1072 de 2015.

6. Se verificó que el contratista no presenta legalizaciones pendientes por concepto de los desplazamientos autorizados, los cuales han sido gestionados oportunamente a través del módulo de viáticos dispuesto por la entidad.
7. Se constató que el contratista mantuvo las condiciones de seguridad de la información requeridas para la ejecución del objeto contractual, atendiendo los lineamientos de la Entidad y las buenas prácticas para la protección de los activos de información bajo su custodia o acceso.
8. Se verificó el cumplimiento de las obligaciones de seguridad asociadas a la relación con proveedores, con base en los reportes o evidencias de cumplimiento entregados por el contratista. Esto incluye, según la naturaleza del servicio, la observancia de requisitos de seguridad en la cadena de suministro de productos o servicios TIC y el reporte oportuno de incidentes, conforme a las obligaciones derivadas del contrato 333-2026.

OBSERVACIONES	N/A
ANEXOS	1. Comprobante del pago de los Aportes respectivos al Sistema de Seguridad Social Integral en Salud y Pensiones y/o Aportes Parafiscales por parte del Contratista. 2. Soportes relacionados en el formato "GFIF02 Declaración Juramentada" para efectos de la depuración de la base de retención en la fuente. **Únicamente en caso de que alguna de las circunstancias certificadas en dicho formato haya cambiado durante el mes objeto del informe**, se recuerda que es obligación exclusiva del contratista informar oportunamente cualquier modificación relacionada con el origen de los ingresos, su proporción o el cambio en la categoría tributaria. 3. Soportes contractuales cargados en la sección 7 del contrato electrónico (Formato comprimido). Cuenta de cobro o factura, según la responsabilidad tributaria del contratista (responsable o no responsable de IVA) 4. Si el contratista está obligado a facturar electrónicamente, deberá presentar la factura electrónica validada previamente por la DIAN y aprobada por el supervisor en el sistema de facturación electrónica dispuesto por el Ministerio de Hacienda y Crédito Público, como requisito **indispensable** para el pago de los bienes y/o servicios contratados, conforme con las disposiciones señaladas en la Resolución única en materia tributaria 227 de 23 de septiembre de 2025.

En mi calidad de supervisor/a autorizo el presente pago conforme a lo señalado en la cláusula de pago de los Estudios Previos y demás documentos correspondientes.

Firmado digitalmente por Maritza Isaza Gomez

MARITZA ISAZA GOMEZ
Supervisor (es)/Interventor (es

Lugar y Fecha: Bogotá, D. C., 4/05/2026

[i] Incluir las obligaciones específicas pactadas en el Contrato y/o Convenio.

	PROCESO	GESTIÓN FINANCIERA	Código	GFIF02
Salud	FORMATO	DECLARACIÓN JURAMENTADA DEPURACIÓN DE BASE DE CÁLCULO DE RETENCIÓN	Versión	08

Bogotá D.C.,

Señores
MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL
Ciudad

Yo LAURA ARGOTE PARRA identificado(a) con cedula de ciudadanía 1.144.043.236 de cali Contrato de Prestación de Servicios No: MSPS-333-2026 de 2026

De acuerdo a lo establecido en el Estatuto Tributario, Ley 2277 del 13 de diciembre de 2022 Reforma tributaria para la igualdad y justicia social, Decreto 1625 del 11 de octubre de 2016 y sus modificaciones, Decreto 2231 del 22 de diciembre de 2023, **bajo la gravedad de juramento certifico que**:

1.	Soy declarante del impuesto de renta en los términos definidos por la normatividad vigente	**SI**	X	**NO**	
2.	Soy responsable del impuesto a las ventas - IVA	**SI**		**NO**	X
3.	Que en el año anterior o en el año en curso he obtenido ingresos brutos totales provenientes de Contratos con el Estado igual o supérior a 4.000 UVT. ***(Si la suma de estos contratos es igual o superior a 4.000 UVT es responsable de IVA)***	**SI**		**NO**	X
4.	Pertenezco al régimen simple de tributación - RST según lo estipulado en el RUT ***(Marque "SI" solo si en el RUT tiene la responsabilidad 47)***	**SI**		**NO**	X
5.	Dando aplicación al art. 9 del Decreto 2231 de 2023, manifiesto que durante la vigencia aplicaré costos y deducciones correspondientes a los ingresos provenientes del contrato suscrito con el Ministerio de Salud y Protección Social. ***(Si marca "SI" se aplicará la tarifa de retención en la fuente establecida en el articulo 392 del E.T. según el caso, si marca "NO" se aplicará la tarifa de retención en la fuente establecida en el articulo 383 del E.T)***	**SI**		**NO**	X

6. De manera libre y espontanea manifiesto que las siguientes personas dependen económicamente de mí, así mismo manifiesto que ninguna otra persona podrá requerir beneficio en forma adicional en los términos establecidos en la normatividad vigente, para lo cual adjunto documentación que así lo certifica :

NOMBRE	EDAD	PARENTESCO	DOCUMENTO

(Adjuntar según el caso: registro civil, certificado contador público, certificado de antecedentes disciplinarios, certificados de pago de estudios por semestre, certificado médico etc). Nota: El certificado de antecedentes disciplinarios en ningún caso podrá ser mayor a 90 dias.

7.	Realicé el pago de intereses por préstamo de vivienda ***(Adjuntar certificado expedido por la entidad correspondiente del año inmediatamente anterior)***	**SI**		**NO**	X
8.	Realizo ahorros en cuentas AFC (Ahorro para el fomento de la construcción) ***(Adjuntar mensualmente a la cuenta el soporte de la consignación, en donde indique nombre del titular, número de la cuenta y tipo de cuenta (AFC, AVC, Pensión voluntaria).***	**SI**		**NO**	X
9.	Realizo aportes voluntarios a Fondos de Pensiones (Diferentes a los obligatorios) ***(Adjuntar mensualmente a la cuenta el soporte de la consignación, en donde indique nombre del titular, número de la cuenta y tipo de cuenta (AFC, AVC, Pensión voluntaria)***	**SI**		**NO**	X
10.	Realicé el pago de planes de medicina prepagada y/o pólizas de salud ***(Adjuntar certificado expedido por la entidad correspondiente del año inmediatamente anterior)***	**SI**		**NO**	X
11.	Soy Pensionado ***(Adjuntar Resolución o certificación de pensionado)***	**SI**		**NO**	X
12.	Solicité la devolución de aportes al fondo de pensiones ***(Adjuntar soporte de devolución)***	**SI**		**NO**	X
13.	**PAGO MES ACTUAL DE SEGURIDAD SOCIAL:** He realizado el pago de las contribuciones al Sistema General de Seguridad Social, en debida forma, correspondiente a los ingresos relacionados con la **presente** cuenta de cobro, de conformidad con lo establecido en el parágrafo 2 del artículo 108 del Estatuto Tributario y el artículo 1.2.4.1.16 del Decreto Único Reglamentario 1625 de 2016, según consta en el soporte adjunto.	**SI**		**NO**	x
14.	**PAGO MES VENCIDO DE SEGURIDAD SOCIAL:** He realizado el pago de las contribuciones al Sistema General de Seguridad Social en debida forma, en relación con los ingresos recibidos del mes anterior (Pago mes vencido de Seguridad Social, No aplica para deducción de la base de retención en la fuente de la presente cuenta).	**SI**	x	**NO**	

15. Declaro que los documentos soporte del pago de aportes obligatorios al Sistema General de Seguridad Social en Salud, corresponden a los ingresos provenientes del contrato materia del pago sujeto a retención.

16. Informaré oportunamente sobre cualquier cambio en el origen, proporción de mis ingresos o cambio respecto a categoría tributaria.

Para constancia se expide y se firma a los 4 días del mes de mayo de 2026

Firmado digitalmente por
LAURA ARGOTE PARA

Firma Electrónica

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
COMPROBANTE DE PAGO

Bancolombia

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CÉDULA DE CIUDADANÍA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	1144043236
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			LAURA ARGOTE PARRA
CIUDAD/MUNICIPIO:	CALI	DEPARTAMENTO:	VALLE
DIRECCIÓN:	CARRERA 37 12 A 12	TELÉFONO:	1000000
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Actividades reguladoras y
FORMA DE PRESENTACIÓN:	SUCURSAL	SUCURSAL / DEPENDENCIA:	01 - PLANILA2
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:	**6011194648**		TIPO DE PLANILLA:		I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN	MES:	marzo	PERIODO COTIZACIÓN	MES:	marzo
OTROS SUBSISTEMAS:	AÑO:	2026	SALUD:	AÑO:	2026
DÍAS DE MORA:		0			
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):		2026/04/10	NÚMERO AUTORIZACIÓN:		211706185

NOVEDADES

ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP

LIQUIDACIÓN GENERAL

			TOTALES	
			COTIZANTES	TOTAL PAGADO
PENSIÓN				
		ADMINISTRADORA		
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
8002248088	230301	230301-PORVENIR	1	$ 512.000
		SUBTOTAL:	1	**$ 512.000**
SALUD				
		ADMINISTRADORA		
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
8000887022	EPS010	CIA SURAMERICANA DE SERVICIOS DE SALUD	1	$ 400.000
		SUBTOTAL:	1	**$ 400.000**
RIESGOS PROFESIONALES				
		ADMINISTRADORA		
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
8600111536	14-23	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A	1	$ 16.800
		SUBTOTAL:	1	**$ 16.800**

VALOR SIN MORA:	**$ 928.800**
VALOR MORA:	**$ 0**
TOTAL PAGADO:	**$ 928.800**

Planilla Pagada

Espacio para Logo Corporativo

LAURA ARGOTE PARRA
NIT 1.144.043.236-1
CR 77 # 13 A 1 29 AP 801 C
Tel: (602) 5649747
Cali - Colombia
laura.argote@hotmail.com

Factura electrónica de venta
No. LA 54

Señores	MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCION SOCIAL		
NIT	900.474.727-4	**Teléfono**	(000) 0000000
Dirección	Carrera 13 No. 32-76	**Ciudad**	Bogotá - Colombia

Fecha y hora Factura	
Generación	04/05/2026, 10:23
Expedición	04/05/2026, 10:23
Vencimiento	04/05/2026

Ítem	Descripción	Cantidad	Vr. Total
1	Prestar servicios profesionales a la Oficina de Promoción Social para apoyar jurídicamente los procesos precontractuales y contractuales para el desarrollo del plan de asistencia técnica con enfoque en transversalización del enfoque diferencial en salud en sus distintas etapas. Cuota 4	1.00	7,500,000.00

Total items: 1

Total Bruto	7,500,000.00
Total a Pagar	7,500,000.00

Valor en Letras:
Siete millones quinientos mil pesos m/cte

Forma de pago:
Contado

Medio de pago:
Consignación bancaria - Consignación $ 7,500,000.00

Observaciones:
9-01-01-00-000;C-333-2026; misaza@minsalud.gov.co#S

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

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 18764108641935 aprobado en 20260419 prefijo LA desde el número 52 al 200 Vigencia: 6 Meses**
- Actividad Económica 6910 Actividades jurídicas Tarifa 6.6*1000
CUFE: 87adb7217c940757992888ffe84ec755556b7de4a02df7c03d86cd748f5c00041d1d3c4756b0e4c056d7eff0e50d7b6f