



INFORMACIÓN BÁSICA DEL CONTRATISTA / PROVEEDOR

Nombre: ALBA MILENA FAJARDO ISAZA	Identificación: 52455395
Correo electrónico: milefajardoisaza@gmail.com	Teléfono: 3104816504

INFORMACIÓN DEL CONTRATO

Contrato No:	265	De:	2026	Plazo de ejecución:	8	meses	0	días
Fecha de inicio:	09	02	2026	Fecha de terminación:	08	10	2026	
Valor inicial:	\$ 48.000.000	Valor adición:	\$ 0	Valor total:	\$ 48.000.000			
No RP INICIAL:	5001013522	No RP ADICIÓN:						
Objeto	Prestar servicios profesionales en las actividades de Programas y Campañas de Prevención para la Subdirección de Gestión del Riesgo. _SGR							
Dependencia	SUBDIRECCIÓN DE GESTIÓN DEL RIESGO		Fecha	04	05	2026		
Pago No:	3	No Total de Pagos:	9	Periodo de pago:	01-04-2026 al 30-04-2026			

VALORES PAGADOS (Registre los valores que ya fueron pagados en periodos anteriores)

Pago No 1:	Pago No 2:	Pago No 3:	Pago No 4:	Pago No 5:	Pago No 6:
\$ 4.400.000	\$ 6.000.000	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0
Pago No 7:	Pago No 8:	Pago No 9:	Pago No 10:	Pago No 11:	Pago No 12:
\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0
Pago No 13:	Pago No 14:	Pago No 15:	Pago No 16:	Pago No 17:	Pago No 18:
\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0
Total pagado	\$ 10.400.000	Saldo Actual	\$ 37.600.000	Valor a pagar	\$ 6.000.000

Porcentaje de ejecución financiera:	21,67%	Saldo menos este pago:	\$ 31.600.000
-------------------------------------	--------	------------------------	---------------

PAGOS DE SEGURIDAD SOCIAL

Concepto	Planilla No	Valor	Periodo	Fecha pago		
ARL	9503541571	\$ 58.700	Marzo	27	04	2026
PENSION	9503541571	\$ 384.800	Marzo	27	04	2026
SALUD	9503541571	\$ 300.700	Marzo	27	04	2026

La revisión y aprobación del pago de los parafiscales es responsabilidad del supervisor del contrato

OBSERVACIONES DEL SUPERVISOR

WILLIAM ALFONSO TOVAR SEGURA : OK

RECIBIDO A SATISFACCIÓN

En calidad de supervisor del Contrato anotado, manifiesto que el contratista cumplió a satisfacción y dentro de los términos contractuales con todas las obligaciones establecidas. Igualmente, certifico que el Contratista dio cumplimiento a lo establecido en las disposiciones legales vigentes sobre el régimen de seguridad social (conforme a lo señalado en el artículo 50 de la Ley 789 de 2002, la Ley 1562 de 2012, decreto 723 de 2013 y demás normas que regulen la materia), y cumplió con los aportes a salud y pensión y/o parafiscalidad aplicable.

Por lo anterior, autorizo el pago por valor de: \$ 6.000.000 SEIS MILLONES DE PESOS

FIRMAS DE REVISORES

Tipo Revisor	Nombre del Revisor	Estado	Firma
APOYO A LA SUPERVISOR	ANDRES FELIPE RAMIREZ CIFUENTES CONTRATISTA CTO 380-2026 1 AL 30 DE ABRIL	APROBAR	
REFERENTE	YULI SINISTERRA HURTADO CONTRATISTA CTO 176-2026 1 AL 30 DE ABRIL	VoBo	
SUPERVISOR	WILLIAM ALFONSO TOVAR SEGURA SUBDIRECTOR DE GESTIÓN DEL RIESGO 1 AL 30 DE ABRIL	APROBAR	

Nota: Si usted imprime este documento se considera "Copia No Controlada" por lo tanto debe consultar la versión vigente en el sitio oficial de los documentos

DATOS GENERALES DEL APORTANTE								
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 52455395		FAJARDO ISAZA ALBA MILENA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CR 111 BIS No 154A - 30	BOGOTA-BOGOTA D.E.	7581452	No


DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo		Clave	Tipo	Fecha		Pago			
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2026-03	2026-03	251804197	9503541571	I	2026/04/24	2026/04/27	BANCO DAVIVIENDA	3	\$744,200

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES																					
EMPLEADO			PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES		
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)					\$2,400,000	\$384,000			\$2,400,000	\$300,000			\$0	\$0			\$2,400,000	\$58,500		\$0	\$0
Centro de Trabajo: ARL SURA (1 Afiliados)					\$2,400,000	\$384,000			\$2,400,000	\$300,000			\$0	\$0			\$2,400,000	\$58,500		\$0	\$0
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)					\$2,400,000	\$384,000			\$2,400,000	\$300,000			\$0	\$0			\$2,400,000	\$58,500		\$0	\$0
1	CC 52455395	FAJARDO ALBA	230301	30	\$2,400,000	\$384,000	EPS001	30	\$2,400,000	\$300,000	0		\$0	\$0	14-23	30	\$2,400,000	\$58,500	0	\$0	\$0
Total	Afiliados(1)				\$2,400,000	\$384,000			\$2,400,000	\$300,000			\$0	\$0			\$2,400,000	\$58,500		\$0	\$0

DATOS GENERALES DEL APORTANTE								
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 52455395		FAJARDO ISAZA ALBA MILENA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CR 111 BIS No 154A - 30	BOGOTA-BOGOTA D.E.	7581452	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo		Clave	Tipo	Fecha		Pago			
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2026-03	2026-03	251804197	9503541571	I	2026/04/24	2026/04/27	BANCO DAVIVIENDA	3	\$744,200

RESUMEN DE PAGO									
RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR	
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$384,000	\$800	\$0	\$384,800	
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	\$384,000	\$800	\$0	\$384,800	
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$58,500	\$200	\$0	\$58,700	
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	\$58,500	\$200	\$0	\$58,700	
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$300,000	\$700	\$0	\$300,700	
ALIANSAUD EPS (ANTES COLMEDICA)	EPS001	830,113,831	0	1	\$300,000	\$700	\$0	\$300,700	
TOTAL				1	\$742,500	\$1,700	\$0	\$744,200	

	Nombre del Procedimiento	Código: GJ-PR02-FT09
	CONTRATACIÓN DIRECTA	Versión: 01
	Nombre del Formato	Vigencia: 11/12/2020
	APOYO A LA SUPERVISIÓN	Página 1 de 1



Al contestar cite Radicado I-00643-2026004289-UAECOB Id: 255767
 Folios: 1 Fecha: 05-03-2026 17:17:15
 Anexos: 0
 Remitente: SUBDIRECCION GESTION DEL RIESGO
 Destinatario: CONOCIMIENTO DEL RIESGO

FECHA: MARZO 2026

Señor: ANDRES FELIPE RAMIREZ
CARGO: CONTRATISTA CTO 380-2026

Atentamente me permito comunicarle que ha sido designado(a) como **APOYO A LA SUPERVISIÓN** de los contrato citados en referencia, en virtud de las calidades personales y profesionales para dichas actividades

Es importante tener en cuenta, que quienes ejerzan apoyo a la supervisión de contratos/convenios suscritos por la UAECOB, junto con el supervisor del contrato, deberán efectuar la vigilancia, control y seguimiento a la ejecución de estos. Lo anterior con el fin de asegurar el logro exitoso de los objetivos y finalidades que se persiguen, en los términos, condiciones y especificaciones pactadas. Esto como garantía del buen uso, manejo e inversión de los dineros públicos y demás recursos del Estado que se han puesto a disposición del contratista.

El ejercicio de dicha actividad debe adelantarse con sujeción a las disposiciones legales vigentes y a lo establecido en el Manual de Contratación de la UAECOB, velando en todo caso por la ejecución del contrato/convenio en los términos pactados e igualmente por la vigencia de las garantías.

Para lo anterior, es necesario que al momento de asumir las actividades de apoyo a la supervisión usted conozca y consulte de manera permanente los documentos precontractuales y contractuales, los cuales se encuentran a su disposición en la Oficina Asesora Jurídica.

El ejercicio de la supervisión y apoyo a la supervisión del contrato también comprende las obligaciones referidas a los aspectos técnico –administrativo y jurídicos particulares, aplicables a los siguientes contratos:

NOMBRE	CONTRATO
DIANA CAROLINA PALOMINO JIMENEZ	174-2026
ALBA MILENA FAJARDO ISAZA	265-2026
LIGIA ALEXANDRA GARZÓN REYEZ	352-2026
BRANDON ALEXIS HERNANDEZ PUENTES	460-2026
CESAR WILCEZ BARRETO TORRES	301-2026
SANTIAGO DAZA GAITAN	107-2026

Atentamente,


WILLIAM ALFONSO TOVAR SEGURA
 SUBDIRECTOR TÉCNICO
 Subdirector de Gestión del Riesgo

Nota: Si usted imprime este documento se considera "Copia No Controlada" por lo tanto debe consultar la versión vigente en el sitio oficial de los documentos