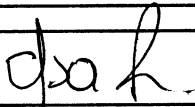




E.S.E CENTRO DE  
**SALUD**  
PAZ DEL RIO



|                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                       |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| N° Contrato y Fecha                                                                                                                                 | 0041 DE 03 DE MARZO DE 2026                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                       |
| Nombre del Contratista                                                                                                                              | ALIDIS ESTHER SIERRA GARCIA                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                       |
| N° de identificación                                                                                                                                | 57.107.193                                                                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                       |
| Objeto del Contrato                                                                                                                                 | PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES PARA EL FORTALECIMIENTO DE LOS PROCESOS DE TESORERIA CONTABLES Y FINANCIEROS DE LA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO ESE CENTRO DE SALUD PAZ DEL RIO                                       |                                                                                                                                                       |
| Valor total del Contrato                                                                                                                            | VEINTE MILLONES DE PESOS M/L (\$20.000.000)                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                       |
| Valor de honorarios período                                                                                                                         | CINCO MILLONES DE PESOS M/L (\$5.000.000)                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                       |
| N° Pago / N° de informe:                                                                                                                            | 1 DE 1                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                       |
| N° CRP                                                                                                                                              | 373                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                                                       |
| Plazo del Contrato                                                                                                                                  | El presente contrato tendrá como plazo de ejecución desde el 03 deMARZO hasta el 30 de MARZO de 2026                                                                                                                     |                                                                                                                                                       |
| Fecha del Acta de Inicio                                                                                                                            | 09 de enero de 2026                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                                                       |
| N° de planilla de pago de Seguridad social                                                                                                          | 9500918642                                                                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                       |
| Nombre y cargo del supervisor del contrato                                                                                                          | ELSA RINCON SIERRA- SUBDIRECTOR ADMINISTRATIVO Y FINANCIERO                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                       |
| <b>B. MODIFICACIONES CONTRACTUALES</b>                                                                                                              |                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                       |
| N° de modificación                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                                          | N/A                                                                                                                                                   |
| Tipo de modificación (adición – prórroga)                                                                                                           |                                                                                                                                                                                                                          | N/A                                                                                                                                                   |
| Valor adicionado                                                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                                          | N/A                                                                                                                                                   |
| CRP de la adición                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                          | N/A                                                                                                                                                   |
| Tiempo prorrogado                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                          | N/A                                                                                                                                                   |
| Aclaratorio N°                                                                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                          | N/A                                                                                                                                                   |
| <b>C. POLIZAS (SI APLICA)</b>                                                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                       |
| N° de póliza                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                                                          | N/A                                                                                                                                                   |
| Nombre de la aseguradora                                                                                                                            |                                                                                                                                                                                                                          | N/A                                                                                                                                                   |
| Fecha de la póliza                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                                          | N/A                                                                                                                                                   |
| Acto Administrativo de Aprobación                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                          | N/A                                                                                                                                                   |
| <b>D. VERIFICACION DE ACTIVIDADES DESARROLLADAS</b>                                                                                                 |                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                       |
| ITEM                                                                                                                                                | ACTIVIDADES REALIZADAS EN EL PERIODO<br>(Relación de las actividades descritas por el contratista en su informe)                                                                                                         | VERIFICADO<br>(Establecer si cumple o no)                                                                                                             |
| 1                                                                                                                                                   | ELABORACION DE MANUAL DE PROCESOS PARA EL MANEJO DEL FONDO DE CONTINGENCIAS DE LA ESE CENTRO DE SALUD PAZ DEL RIO                                                                                                        | SI CUMPLE                                                                                                                                             |
| ITEM                                                                                                                                                | CUMPLIMIENTO DE REQUISITOS                                                                                                                                                                                               | SI                                                                                                                                                    |
| 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 su respectiva carpeta contractual.                                             | X                                                                                                                                                     |
| 4.                                                                                                                                                  | En la dependencia supervisora reposa el respectivo informe de actividades con previa certificación de cumplimiento.                                                                                                      | X                                                                                                                                                     |
| 5.                                                                                                                                                  | 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                                                                                                                                                     |
| Teniendo en cuenta lo anterior, en mi calidad de supervisor doy visto bueno para el respectivo pago correspondiente al periodo N°3 de Marzo de 2026 |                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                       |
| Esta certificación se firma en Fundacion , en el mes de abril de 2026                                                                               |                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                       |
| FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO                                                       |                                                                                                                                                                                                                          | <br>ELSA RINCON SIERRA - SUBDIRECTORA ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA |



E.S.E CENTRO DE  
**SALUD**  
PAZ DEL RÍO

| A. INFORMACIÓN GENERAL                                                                                                                              |                                                                                                                                                                                    |                     |              |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------|--------------|
| N° Contrato y Fecha                                                                                                                                 | 0041 DE 03 DE MARZO DE 2026                                                                                                                                                        |                     |              |
| Nombre del Contratista                                                                                                                              | ALDIS ESTHER SIERRA GARCIA                                                                                                                                                         |                     |              |
| N° de identificación                                                                                                                                | 57.107.193                                                                                                                                                                         |                     |              |
| Objeto del Contrato                                                                                                                                 | PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES PARA EL FORTALECIMIENTO DE LOS PROCESOS DE TESORERIA CONTABLES Y FINANCIEROS DE LA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO ESE CENTRO DE SALUD PAZ DEL RIO |                     |              |
| Valor total del Contrato                                                                                                                            | VEINTE MILLONES DE PESOS M/L (\$20.000.000)                                                                                                                                        |                     |              |
| Valor de honorarios período                                                                                                                         | CINCO MILLONES DE PESOS M/L (\$5.000.000)                                                                                                                                          |                     |              |
| N° Pago / N° de informe:                                                                                                                            | 1 DE 1                                                                                                                                                                             |                     |              |
| N° CRP                                                                                                                                              | 373                                                                                                                                                                                |                     |              |
| Plazo del Contrato                                                                                                                                  | El presente contrato tendrá como plazo de ejecución desde el 03 de MARZO hasta el 30 de MARZO de 2026                                                                              |                     |              |
| Fecha del Acta de Inicio                                                                                                                            | 09 de enero de 2026                                                                                                                                                                |                     |              |
| Nombre y cargo del supervisor del contrato                                                                                                          | ELSA RINCON SIERRA- SUBDIRECTOR ADMINISTRATIVO Y FINANCIERO                                                                                                                        |                     |              |
| N° de modificación                                                                                                                                  | N/A                                                                                                                                                                                |                     |              |
| Tipo de modificación (adicción – prórroga)                                                                                                          | N/A                                                                                                                                                                                |                     |              |
| Valor adicionado                                                                                                                                    | N/A                                                                                                                                                                                |                     |              |
| CDP de la adición                                                                                                                                   | N/A                                                                                                                                                                                |                     |              |
| CRP de la adición                                                                                                                                   | N/A                                                                                                                                                                                |                     |              |
| Tiempo prorrogado                                                                                                                                   | N/A                                                                                                                                                                                |                     |              |
| Aclaratorio N°                                                                                                                                      | N/A                                                                                                                                                                                |                     |              |
| N° de póliza                                                                                                                                        | N/A                                                                                                                                                                                |                     |              |
| Nombre de la aseguradora                                                                                                                            | N/A                                                                                                                                                                                |                     |              |
| Fecha de la póliza                                                                                                                                  | N/A                                                                                                                                                                                |                     |              |
| Acto Administrativo de Aprobación                                                                                                                   | N/A                                                                                                                                                                                |                     |              |
| <b>ACTIVIDADES REALIZADAS EN EL PERIODO</b><br>(Deben ser coherentes con las actividades específicas del objeto del contrato)                       |                                                                                                                                                                                    |                     |              |
| ITEM                                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                    |                     |              |
| 1                                                                                                                                                   | ELABORACION DE MANUAL DE PROCESOS PARA EL MANEJO DEL FONDO DE CONTINGENCIAS DE LA ESE CENTRO DE SALUD PAZ DEL RIO<br>SI CUMPLE                                                     |                     |              |
| <b>INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL</b>                                                                                                    |                                                                                                                                                                                    |                     |              |
| No DE PLANILLA                                                                                                                                      | 9500918642                                                                                                                                                                         |                     |              |
| Concepto del pago                                                                                                                                   | ENTIDAD                                                                                                                                                                            | FECHA DE PAGO       | VALOR PAGADO |
| Salud                                                                                                                                               | Famisanar                                                                                                                                                                          | 20/03/2026          | 315.000      |
| Pensión                                                                                                                                             | Colfondos                                                                                                                                                                          | 20/03/2026          | 403.200      |
| Riesgos laborales                                                                                                                                   | colmena                                                                                                                                                                            | 20/03/2026          | 61.400       |
| 1. Que a la fecha, he cumplido con las obligaciones establecidas en el contrato.                                                                    |                                                                                                                                                                                    |                     |              |
| 2. Que autorizo los impuestos a que estoy obligado a pagar, por ocasión al señalado contrato, sean descontados por el departamento de contabilidad. |                                                                                                                                                                                    |                     |              |
| 3. Que lo correspondiente a pago por Seguridad Social, está debidamente pagado por el valor que exige la Ley, pago del cual anexo copia simple.     |                                                                                                                                                                                    |                     |              |
| Esta certificación se firma en Fundación, en el mes de abril de 2026                                                                                |                                                                                                                                                                                    |                     |              |
| Anexar evidencias fotográficas y/o documentales que soporten las actividades realizadas en el período correspondiente a marzo de 2026               |                                                                                                                                                                                    |                     |              |
| FIRMA CONTRATISTA                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                    | Aldis Sierra Garcia |              |
| N°. Identificación                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                    | 57.107. 193         |              |