EL SUPERVISOR DEL CONTRATO No 0544 DE 2026 HACE CONSTAR QUE:

Que **LEIDY YOMARA GOMEZ TARAZONA** identificado (a) con CC **1095798313** DE FLORIDABLANCA ejecutor del contrato No **0544** de 2026 cuyo objeto es: PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTIÓN EN CALIDAD DE AUXILIAR DE ENFERMERÍA, PARA EL DESARROLLO DE ACTIVIDADES ASISTENCIALES BÁSICAS, COMUNITARIAS Y DE APOYO OPERATIVO, EN EL MARCO DE LA CONFORMACIÓN, OPERACIÓN Y SEGUIMIENTO DE LOS EQUIPOS BÁSICOS DE SALUD (EBS) EN EL ÁREA URBANA DEL MUNICIPIO DE BUCARAMANGA, CONFORME A LOS LINEAMIENTOS DE LA ESTRATEGIA DE ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD (APS) Y A LO DISPUESTO EN LA RESOLUCIÓN 696 DE 2025 DEL MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL, MODIFICADA POR LA RESOLUCIÓN 763 DE 2025, CON EL FI N DE FORTALECER EL ACCESO EFECTIVO A LOS SERVICIOS DE SALUD Y LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LAS PERSONAS, FAMILIAS Y COMUNIDADES EN EL TERRITORIO cumplió a cabalidad con el objetó contractual durante el periodo del 01 de mayo al 31 de mayo 2026 según informe de actividades y soportes de ejecución relacionados, presentados en 19 folios útiles.

Con la presente constancia de cumplimiento, el supervisor manifiesta que el contratista ha realizado el pago de los aportes a Salud, Pensión y ARL a través de la Planilla Integrada de Liquidación de Aportes (PILA), teniendo en cuenta los ingresos percibidos en el periodo de cotización, esto es, el mes anterior, por lo tanto, se evidencia el pago al sistema de seguridad Social en salud, pensión, ARL correspondientes al mes de , mayo en cumplimiento de la normatividad vigente y aplicable, de la siguiente manera:

Verificación pago de los aportes al Sistema de Seguridad Social Persona Natural		
Aspectos por revisar en la Planilla de pago	**Cumple**	**No aplica**
Datos de identificación del Contratista.	X	
El IBC corresponda al 40% de los honorarios a pagar	X	
Clase de aportante, debe ser: **Independiente.**	X	
Periodo cotizado corresponda al mes sobre el que solicita el pago	X	
Verificar el aporte a EPS, Pensión y ARL.	X	
Verificar aporte a EPS y Pensión (cuando la ARL sea asumida por la entidad)		X
Verificar aporte a EPS y ARL (Pensionados) o EPS únicamente (Pensionados con ARL asumida por la entidad)		x

No. PLANILLA DE PAGO	VALOR PAGADO SIN MORA	FECHA DE PAGO	ENTIDAD QUE RECIBIO APORTES
8641494107	**$668.300**	**29/05/2026**	**ASOPAGOS**

Nota: El supervisor informa al contratista que el pago de la Seguridad Social efectuado corresponde al IBC del contrato celebrado con la ESE ISABU, el cual podrá ser superior de conformidad con los ingresos declarados por su parte, sin embargo, se verificará que cumpla con las obligaciones ante la entidad, de conformidad con la normatividad vigente, es decir, será responsabilidad del contratista informar a sus administradoras sobre los demás ingresos a su favor.

Teniendo en cuenta lo anterior se procede a su pago, según el siguiente balance:

NUMERO DEL CONTRATO	NUMERO DEL CDP	NUMERO DEL RP	FUENTE DEL RECURSO
0544 de 2026	**363 de 2026**	**843 de 2026**	**Resolución 696 del 2005**

FECHA DE CUENTA DE COBRO Y/O FACTURA	VALOR DEL CONTRATO	VALOR DEL ADICIONAL	VALOR FACTURADO	SALDO POR EJECUTAR
04 MAYO 2026	**$12.856.666**	**N/A**	**$1.353.333**	**$ 11.503.333**
16 JULIO 2026	**$12.856.666**	**N/A**	**$2.900.000**	**$ 8.603.333**

VALOR A PAGAR CON LA PRESENTE CONSTANCIA DE: DOS MILLONES NOVECIENTOS MIL PESOS MCTE (2.900.000)

El suscrito supervisor del contrato No. 0544 – 2026, informa que la ejecución corresponde al valor cobrado por el contratista, atendiendo las obligaciones del contrato, de conformidad con lo reportado en el informe de actividades suscrito para el presente pago.

Se expide en Bucaramanga, con destino al interesado a los 16 días JULIO de 2026

ELIDA AURORA CAMERO NORIEGA
SUPERVISORA