

|                                                                                                                                                                                                                                                                           |                              |                                                  |         |              |              |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------|--------------------------------------------------|---------|--------------|--------------|
| DATOS DEL CONTRATISTA                                                                                                                                                                                                                                                     |                              |                                                  |         |              |              |
| FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (30-06-2026)                                                                                                                                                                                                                                   |                              |                                                  |         |              |              |
| NOMBRES Y APELLIDOS:                                                                                                                                                                                                                                                      | ANDRES FELIPE ROSERO TOVAR   |                                                  |         | CC:          | 1193563126   |
| CORREO ELECTRÓNICO:                                                                                                                                                                                                                                                       | felipeandroo17@gmail.com     |                                                  |         | TELÉFONO:    | 3006381793   |
| DIRECCIÓN DOMICILIO:                                                                                                                                                                                                                                                      | CL 49 A BIS SUR 10 D 20      |                                                  |         | CIUDAD:      | BOGOTA       |
| BANCO AL CUAL CONSIGNAR:                                                                                                                                                                                                                                                  | BANCO DAVIVIENDA S.A.        | TIPO DE CUENTA:                                  | AHORROS | N° CUENTA:   | 004870516525 |
| DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO                                                                                                                                                                                                                     |                              |                                                  |         |              |              |
| N° DEL CONTRATO:                                                                                                                                                                                                                                                          | PS 7168 2025                 | VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO |         | \$ 2.980.800 |              |
| FECHA DE INICIO CONTRATO                                                                                                                                                                                                                                                  | 2025/10/01                   | FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:                   |         | 2026/06/30   |              |
| PERIODO OBJETO DE COBRO:                                                                                                                                                                                                                                                  | DEL 2026/06/01 AL 2026/06/30 |                                                  |         |              |              |
| <div><div>ANDRES FELIPE ROSERO TOVAR<br/>PS_7168_2025_6E89C4</div></div> <div>NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:<br/>ANDRES FELIPE ROSERO TOVAR<br/>CC: 1193563126<br/>CEL: 3006381793</div> |                              |                                                  |         |              |              |

CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y  
ANDRES FELIPE ROSERO TOVAR

CON C.C N°1.193.563.126

|                      |                                                                                                                                                                                                                          |
|----------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| OBJETO DEL CONTRATO: | PRESTAR SERVICIOS DE APOYO A LA GESTI?N COMO TECNICO EN SISTEMAS PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN EL PLAN DE SALUD PUBLICA DE INTERVENCIONES COLECTIVAS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E |
|----------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

|                                                       |                 |                                           |             |
|-------------------------------------------------------|-----------------|-------------------------------------------|-------------|
| CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No. | PS 7168 2025    | FECHA INICIO CONTRATO                     | 2025/10/01  |
| VALOR INICIAL DEL CONTRATO                            | \$2.980.800     | No. HORAS EJECUTADAS                      | 184         |
| VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:          | \$33.005.000    | VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR: | \$2.980.800 |
| PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS               | NUEVE (9) MESES |                                           |             |

|                                               |                                 |
|-----------------------------------------------|---------------------------------|
| UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES: | CENTRO DE SALUD BELLO HORIZONTE |
| NOMBRE DEL SUPERVISOR:                        | MARIA CRISTINA DUARTE GARZON    |

|      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
|------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| ITEM | II. ACTIVIDADES REALIZADAS EN EL PERIODO, DE ACUERDO CON EL OBJETO Y LAS OBLIGACIONES ESTABLECIDAS EN EL CONTRATO<br>(Deben ser coherentes con las obligaciones específicas del contrato realizadas durante el mes)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
| 1    | 1. OBLIGACIÓN 1: PRESTAR SUS SERVICIOS CON CALIDAD Y OPORTUNIDAD, PARA EL DESARROLLO DE LAS ACTIVIDADES DEL PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS EN EL DISTRITO CAPITAL SEGÚN CONVENIO PSPIC VIGENTE Y SUSCRITO ENTRE EL FDS Y LA SUBRED. 1.1 ACTIVIDADES DESARROLLADAS: VERIFICACION DE CORREO INSTITUCIONAL EVENTOS SALUD MENTAL. ACTUALIZACION DE APLICATIVO SIVIGILA DC CON LOS AJUSTES SOLICITADOS POR SDS DAR RESPUESTA A SOLICITUDES REALIZADAS POR PARTE DE LIDER OPERATIVO O REFERENTE SUBSISTEMA SIVELCE. ORGANIZACIÓN DE CARPETAS SALUD MENTAL SIVELCE. CIERRE DE EVENTOS SIN ABORDAJE, DUPLICADOS Y DESCARTADOS EN APLICATIVO SIVIGILA DC. EVENTOS SALUD MENTAL CRUCES REALIZADOS A LOS EVENTOS 452 453, LOS CUALES DEBEN SER ENVIADOS SEMANALMENTE Y ENVIADO A SDS A LOS CORREOS LMTobar@saludcapital.gov.co Y a1salas@saludcapital.gov.co, AJUSTES Y DEPURACION DE LA BASE DE DATOS EVENTOS 452 453 SEGUN GUIA DE DEPURACION Y OTROS FILTROS SOCIALIZADOS DESDE NIVEL CENTRAL ENVIADO SEMANALMENTE A LOS CORREOS LMTobar@saludcapital.gov.co Y a 1salas@saludcapital.gov.co 1.2 PRODUCTO (EVIDENCIA): SOPORTES EN SERVIDOR DE BELLO HORIZONTE EN LA RUTA172.26.33.40sivigila2026\$250.46.3IEC2.SIVELCE RUTAhttps://sivigila.saludcapital.gov.co/SIVIGILADC/Login.aspx 172.26.33.40sivigila2026\$250_46_8_SALUD_MENTAL8.CRUCES_SUBSISTEMAS 172.26.33.40sivigila2026\$250_46_8_SALUD_MENTAL6.DEPURACION_SUBSISTEMAS                                                                                                                                                                                                       |
| 2    | 2. OBLIGACIÓN 2: PRESENTAR MENSUALMENTE EL CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES A DESARROLLAR. 2.1 ACTIVIDADES DESARROLLADAS: ENTREGA DE PLAN DE TRABAJO DE EJECUCIÓN DE LA OPS DEL 1 AL 30 DE JUNIO Y PROYECCION DEL MES DE JULIO 2026 2.2 PRODUCTO (EVIDENCIA): SOPORTES EN EL SERVIDOR BELLO HORIZONTE EN LA RUTA: 172.26.33.40sivigila2026\$250_46_8_PRODUCTOS_GESTION20. PREAUDIT_CRONO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| 3    | 3. OBLIGACIÓN 3: APOYAR LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS EN EL PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS, PRESENTANDO LA INFORMACIÓN Y/O SOPORTES QUE SE SOLICITE CONFORME A LOS ANEXOS Y LINEAMIENTOS TÉCNICOS DEL CONVENIO PSPIC VIGENTE Y SUSCRITO ENTRE EL FDS Y LA SUBRED. 3.1 ACTIVIDADES DESARROLLADAS: GARANTIZAR EL 100% DE LA CONCORDANCIA DE LA NOTIFICACION FISICA VERSUS EL APLICATIVO SIVIGILA DC; GENERAR INFORMACION RESPECTO AL PROCESO DE NOTIFICACION DE UPGD Y UI, COMO INSUMO PARA EL PROCESO DE ASISTENCIAS TECNICAS PARA PROCESO SALUD MENTAL. VERIFICACION DE CORREO INSTITUCIONAL EVENTOS SALUD MENTAL. ACTUALIZACION DE APLICATIVO SIVIGILA DC CON LOS AJUSTES SOLICITADOS POR SDS SUBSISTEMA SIVELCE. DAR RESPUESTA A SOLICITUDES REALIZADAS POR PARTE DE LIDER OPERATIVO O REFERENTE DEL SUBSISTEMA SIVELCE. ORGANIZACIÓN DE CARPETAS SALUD MENTAL SIVELCE. CRUCES REALIZADOS A LOS EVENTOS 452 453, LOS CUALES DEBEN SER ENVIADOS SEMANALMENTE Y ENVIADO A SDS A LOS CORREOS LMTobar@saludcapital.gov.co Y 1salas@saludcapital.gov.co 3.2 PRODUCTO (EVIDENCIA): SOPORTES EN EL SERVIDOR BELLO HORIZONTE EN LA RUTA REVISIÓN DE CASOS ENVIADOS POR UPGD, UI Y ENTIDADES QUE REALIZAN REPORTES PARA SALUD MENTAL DE LOS EVENTOS SIVELCE, VESPA, SISVECOS Y SIVELCE POR MEDIO DEL CORREO epidemiologia@subredcentrooriente.gov.co, GARANTIZANDO LA CALIDAD Y OPORTUNIDAD DE LA NOTIFICACIÓN https://sivigila.saludcapital.gov.co/sivigiladc/Default.aspx 172.26.33.40sivigila2026\$250_46_8_SALUD_MENTAL13.INSUMOS_AT 172.26.33.40sivigila2026\$250_46_8_SALUD_MENTAL24.FORTALECIMIENTOS_UPGD_UICORREOS_CALIDAD4_ABRIL |
|      | 4. OBLIGACIÓN 4: APOYAR LAS ACTIVIDADES INHERENTES AL OBJETO DEL CONTRATO PARA EL MEJORAMIENTO CONTINUO DE CALIDAD Y AQUELLAS DEFINIDAS DENTRO DE LOS PLANES DE MEJORAMIENTO DE LOS DIFERENTES ESTÁNDARES DE HABILITACIÓN Y ACREDITACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD. 4.1 ACTIVIDADES DESARROLLADAS: APOYO DE SOLICITUDES DE INFORMACION REQUERIDAS DESDE NIVEL LOCAL Y CENTRAL; GENERAR ARTICULACION Y SER                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |

|   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
|---|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 4 | APOYO CON EL TALENTO HUMANO DISPUESTO PARA LA REALIZACION DE LAS ASISTENCIAS TECNICAS PUBLICAS Y PRIVADAS A UPGD Y UI DE LOS SUBSISTEMAS DE SALUD MENTAL CON EL FIN DE REALIZAR ENTREGA DE LAS NOVEDADES DE CADA UPGD EN EL PROCESO DE NOTIFICACION, PERTENENCIA, CALIDAD Y FLUJO DE INFORMACION SEGUN BASE DE DATOS DE LOS SUBSISTEMAS DE SALUD MENTAL, CAPACITACIONES SOLICITADAS POR LAS UPGD PARA EL INGRESO DE EVENTOS SALUD MENTAL AL SIVIGILA DC 4.2 PRODUCTO (EVIDENCIA): CORREO ELECTRONICO AL LIDER DEL SUBSISTEMA CON SOPORTES A UPGD SOPORTES EN SERVIDOR DE BELLO HORIZONTE EN LA RUTA: 172.26.33.40sivigila2026\$250_46_8_SALUD_MENTAL                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| 5 | 5. OBLIGACIÓN 5: REALIZAR APROPIACIÓN CONCEPTUAL DESDE SU PERFIL CON LOS ANEXOS Y LINEAMIENTOS TÉCNICOS DEL CONVENIO PSPIC VIGENTE Y SUSCRITO ENTRE EL FDS Y LA SUBRED. 5.1 ACTIVIDADES DESARROLLADAS: ASISTENCIA A DIFERENTES REUNIONES PROGRAMADAS DESDE COORDINACION O LIDER DEL PROCESO 5.2 PRODUCTO (EVIDENCIA): POR MEDIO DE ACTAS SOLICITADAS SE RECIBEN LOS PRODUCTOS LAS CUALES SOPORTES SE ENCUENTRAN EN SERVIDOR BELLO HORIZONTE EN LA RUTA: 172.26.33.40sivigila2026\$250_46_8_PRODUCTOS_GESTION10.REUNIONES_AREA 172.26.33.40sivigila2026\$250_46_8_SALUD_MENTAL                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| 6 | 6. OBLIGACIÓN 6: REALIZAR LA REVISIÓN (PRECRÍTICA) A LOS FORMATOS Y/O FICHAS DE CAPTURA ESTABLECIDOS EN LOS ANEXOS Y DOCUMENTOS ESTABLECIDOS DE ACUERDO A LOS LINEAMIENTOS TÉCNICOS DE LOS ENTORNOS Y PROCESOS TRANSVERSALES DEL CONVENIO INTERADMINISTRATIVO PSPIC ORGANIZAR EL ARCHIVO DE LA DOCUMENTACIÓN GENERADA DE ACUERDO A LA NORMATIVIDAD Y TABLA DE RETENCIÓN DOCUMENTAL. 6.1 ACTIVIDADES DESARROLLADAS: SE REALIZA ORGANIZACION DIARIA DE EVENTOS SALUD MENTAL REPORTADOS DESDE UPGD Y UI; SE REALIZA ORGANIZACION DE GESTION DOCUMENTAL GENERADAS POR IEC EFECTIVAS SUBSISTEMA SIVELCE; GENERACION ORGANIZACION Y ACTUALIZACION DE FUID PARA SUBSISTEMAS DE SALUD MENTAL. 6.2 PRODUCTO (EVIDENCIA): SOPORTES EN SERVIDOR DE BELLO HORIZONTE EN LA RUTA172.26.33.40sivigila2026\$250_46_8_SALUD_MENTAL1.NOTIFICACION_UPGD 172.26.33.40sivigila2026\$250_46_8_PRODUCTOS_GESTION2. ADMINISTRATIVA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| 7 | 7. OBLIGACIÓN 7: REALIZAR DEPURACIÓN, ADMINISTRACIÓN Y/O CONSOLIDACIÓN DE LAS BASES DE DATOS, DOCUMENTOS Y/O INFORMES GENERADOS POR LAS ACCIONES O INTERVENCIONES DE LOS ENTORNOS Y PROCESOS TRANSVERSALES, GARANTIZANDO LA CALIDAD, OPORTUNIDAD, INTEGRIDAD, CONSISTENCIAS Y VERACIDAD 7.1 ACTIVIDADES DESARROLLADAS: AJUSTES Y DEPURACION DE LA BASE DE DATOS EVENTOS 452 453 SEGUN GUIA DE DEPURACION Y OTROS FILTROS SOCIALIZADOS DESDE NIVEL CENTRAL ENVIADO SEMANALMENTE A LOS CORREOS LMTobar@saludcapital.gov.co Y a1salas@saludcapital.gov.co; DEPURACION DE LA BASE DE DATOS DEL SUBSISTEMA SIVELCE SEGUN RESULTADOS DE LA IEC. AJUSTE Y ENVIO DE BASES CON DEPURACION REALIZADA DE MANERA SEMANAL Y ENVIADA A CADA UPGD QUE REALIZA EL CARGUE DE LOS EVENTOS PARA EL SUBSISTEMA DE SIVELCE Y SEGUIMIENTO A LA DIGITACION. 7.2 PRODUCTO (EVIDENCIA): SOPORTES EN SERVIDOR DE BELLO HORIZONTE EN LA RUTA172.26.33.40sivigila2026\$250_46_8_SALUD_MENTAL6.DEPURACION_SUBSISTEMAS                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
| 8 | 8. OBLIGACIÓN 8: DAR CUMPLIMIENTO A LAS ACTIVIDADES DE LOS PROCESOS TRANSVERSALES DEL PSPIC, DE ACUERDO CON SU COMPETENCIA: FORTALECIMIENTO ASEGURAMIENTO EN SALUD, FORTALECIMIENTO SALUD MENTAL PRIMEROS AUXILIOS PSICOLOGICOS Y FORTALECIMIENTO MODELO DE SALUD PILAR PARTICIPACION SOCIAL TRANSFORMADORA. 8.1 ACTIVIDADES DESARROLLADAS: ASISTENCIA A REUNIONES Y PARTICIPACIÓN PARA LA EDUCACIÓN CONTINUA EN TEMÁTICAS RELACIONADAS CON SALUD PÚBLICA, LOS CUALES HACEN PARTE DE PSPIC: FORTALECIMIENTO ASEGURAMIENTO EN SALUD, FORTALECIMIENTO SALUD MENTAL PRIMEROS AUXILIOS PSICOLOGICOS Y FORTALECIMIENTO MODELO DE SALUD PILAR PARTICIPACION SOCIAL TRANSFORMADORA, FORTALECIMIENTO SALUD MENTAL ACORDE A LAS NECESIDADES DE LOS RESULTADOS DE AUDITORIA, ARTICULACION CON INGENIERO DE SISTEMAS. 8.2 PRODUCTO (EVIDENCIA): ACTAS FIRMADAS LAS CUALES SOPORTES SE ENCUENTRAN EN SERVIDOR DE BELLO HORIZONTE EN LA SIGUIENTE RUTA: 172.26.33.40sivigila2026\$250_46_8_PRODUCTOS_GESTION15. FORTALEC_CAPACIDADES 172.26.33.40sivigila2026\$250_46_8_SALUD_MENTAL23.FORTALECIMIENTOS_LINEA_229PLAN_FORTALECIMIENTO_MENSUAL1 172.26.33.40sivigila2026\$250_46_8_PRODUCTOS_GESTION10. REUNIONES_AREA REUNIONES_AREA172.26.33.40sivigila2026\$250_46_8_SALUD_MENTAL23.FORTALECIMIENTOS_LINEA_229PLAN_FORTALECIM IENTO_MENSUAL_PRODUCTOS_GESTION2. ADMINISTRATIVA06.FORTALECIMIENTOS |
| 9 | 9. OBLIGACIÓN 9: EL CONTRATISTA SE OBLIGA A QUE LAS GLOSAS QUE SE GENEREN POR INCUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES CONTRACTUALES Y DE ACUERDO A LOS HALLAZGOS QUE IDENTIFIQUE EL EQUIPO DE SEGUIMIENTO Y/O INTERVENTORÍA DEL FFDS_SDS AL CONVENIO INTERADMINISTRATIVO PSPIC (CONFORME AL ANEXO DE CRITERIOS DE GLOSA), SERÁN CAUSAL DE INICIO DE APERTURA DE PROCEDIMIENTO ADMINISTRATIVO SANCIONATORIO DE INCUMPLIMIENTO CONTRACTUAL. 9.1 ACTIVIDADES DESARROLLADAS: GARANTIZAR EL 100% DE LA CONCORDANCIA DE LA NOTIFICACION DIGITAL VERSUS EL APLICATIVO SIVIGILA DC; GENERAR INFORMACION RESPECTO AL PROCESO DE NOTIFICACION DE UPGD REALIZACION DE AJUSTES SOLICITADOS POR CADA PROFESIONAL A IEC EFECTIVAS DEL SUBSISTEMA SIVELCE DEL MES FACTURADO Y POR REFERENTE DE SUBSISTEMA SIVELCE SE GARANTIZA LA ENTREGA DE PRODUCTOS EN LAS FECHAS ESTIPULADAS ENVIO DE CRUCE DE INFORMACION DE LOS EVENTO 452 453 LOS DIAS VIERNES VERIFICACION DEL PROCESO DE DIGITACION DE MANERA CONTINUA Y OPORTUNIDAD DEL INGRESO DE LOS SUBSISTEMAS DE SALUD MENTAL 9.2 PRODUCTO (EVIDENCIA): SOPORTES EN SERVIDOR DE BELLO HORIZONTE EN LA RUTA 172.26.33.40sivigila2026\$250_46_8_SALUD_MENTAL1.NOTIFICACION_UPGD 172.26.33.40sivigila2026\$250.46.3IEC2.SIVELCE https://sivigila.saludcapital.gov.co/SIVIGILADC/Login.aspx 172.26.33.40sivigila2026\$250_46_8_SALUD_MENTAL8.CRUCES_SUBSISTEMAS |
|   | 10. OBLIGACIÓN 10: REALIZAR LAS DEMÁS OBLIGACIONES QUE SE RELACIONEN CON EL OBJETO DEL CONTRATO Y QUE SEAN REQUERIDAS POR LA SUPERVISIÓN. CONTENIDAS EN EL FORMATO DE NECESIDAD DE PERSONAL QUE HACE PARTE INTEGRAL DEL PRESENTE CONTRATO 10.1 ACTIVIDADES DESARROLLADAS: REALIZAR LAS DIFERENTES ACTIVIDADES                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                                                                                  |              |             |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------|-------------|
| 10                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | SOLICITADAS POR LOS REFERENTES O LIDERES DE LOS DEMAS SUBSISTEMAS DISPONIBILIDAD DE ACUERDO A CRONOGRAMA 10.2 PRODUCTO (EVIDENCIA): SOPORTES EN EL SERVIDOR BELLO HORIZONTE EN LA RUTA: 172.26.33.40sivigila2026\$250_46_8_EMERGENCIAS1.GESTION_INFORMACION17_DISPONIBILIDAD 172.26.33.40sivigila2026\$250_46_8_SALUD_MENTAL |                                                                                                                                                                                                                  |              |             |
| III. VERIFICACION DE ACTIVIDADES DESARROLLADAS                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                                                                                  |              |             |
| SE VERIFICA QUE QUE HA CUMPLIDO CON LAS ACTIVIDADES ASIGNADAS DURANTE EL MES O PERIODO LABORADO Y SE APRUEBA PARA EL PAGO RESPECTIVO.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                                                                                  |              |             |
| ITEM                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | CUMPLIMIENTO DE REQUISITOS                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                  | SI           | NO          |
| 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 el SECOP?                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                                                  | X            |             |
| 4                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | ¿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            |             |
| 5                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | ¿Que adjunto evidencia del cargue en el aplicativo secop de la cuenta correspondiente al mes objeto de cobro?                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                  | X            |             |
| Teniendo en cuenta lo anterior y conforme a la <b>clausula "Forma de Pago, CERTIFICO</b> el cumplimiento de las obligaciones pactadas con el contratista, para el pago correspondiente al periodo del (2026-06-01) AL (2026-06-30)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                                                                                  |              |             |
| IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                                                                                  |              |             |
| No. DE PLANILLA:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | N° 85299511                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                                  | OPERADOR:    | MI PLANILLA |
| CONCEPTO DEL PAGO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | ENTIDAD                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | FECHA DE PAGO                                                                                                                                                                                                    | VALOR PAGADO |             |
| SALUD:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | FAMISANAR                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | 2026/05/11                                                                                                                                                                                                       | \$ 218.900   |             |
| PENSIÓN:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | PORVENIR                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | 2026/05/11                                                                                                                                                                                                       | \$ 280.200   |             |
| RIESGOS LABORALES:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | SURA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | 2026/05/11                                                                                                                                                                                                       | \$ 42.700    |             |
| OTRO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                                                                                  |              |             |
| TOTAL PAGADO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                                                                                  | \$ 541.800   |             |
| V. DECLARACIONES DEL CONTRATISTA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                                                                                  |              |             |
| 1.- Que desarrollé las actividades descritas en el informe anexo, dentro del período de cobro.<br>2.- Que realicé el pago de la Seguridad Social donde el ibc se calculo sobre el 40% de los ingresos cancelados del mes anterior pago del cual anexo copia simple, sin que en ningun caso el IBC sea menor a 1 SMMLV ( de ser el primer pago adjunto certificaciones de afiliacion a eps, arl, pension, rut)<br>3- Que adjunto evidencia del cargue en el aplicativo secop de la cuenta correspondiente al mes objeto de cobro .<br>4.- Que autorizo los impuestos a que estoy obligado a pagar, por ocasión al señalado contrato. |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                                                                                  |              |             |
| VII. ANEXOS                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                                                                                  |              |             |
| (Cuando se requiera como una de las obligaciones del contrato)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                                                                                  |              |             |
| Anexar evidencias fotográficas y/o documentales que soporten las actividades realizadas en el periodo correspondiente                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                                                                                  |              |             |
| NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | <div>ANDRES FELIPE ROSERO TOVAR<br/>PS_7168_2025_6E89C4</div> <div>ANDRES FELIPE ROSERO TOVAR</div> <div>CC: 1193563126</div> |              |             |
| FIRMA DE QUIEN VALIDA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | <div>ANA MILENA ORREGO VEGA<br/>PS_7168_2025_6E89C4</div> <div>ANA MILENA ORREGO VEGA</div> <div>SUPERVISOR ALTERNO</div>     |              |             |

FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS  
OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO



MARIA CRISTINA DUARTE GARZON  
PS\_7168\_2025\_6E89C4

MARIA CRISTINA DUARTE GARZON  
SUPERVISOR DEL CONTRATO

| DATOS DEL APORTANTE |                   |                            |        |                          |                    |                                     |
|---------------------|-------------------|----------------------------|--------|--------------------------|--------------------|-------------------------------------|
| TIPO                | NÚMERO            | NOMBRE APORTANTE           |        | DIRECCIÓN                | TELÉFONO           | CORREO                              |
| CC                  | 1193563126        | ANDRES FELIPE ROSERO TOVAR |        | TV 18 J SUR # 71 F 04 CS | 3006381793         | felipeandreo17@gmail.com            |
| FORMA PRESENTACIÓN  | CLASE APORTANTE   | NOMBRE SUCURSAL            | CÓDIGO | DEPARTAMENTO             | CIUDAD / MUNICIPIO |                                     |
| ÚNICA               | I – Independiente |                            |        | BOGOTÁ D. C.             | BOGOTÁ, D.C.       |                                     |
|                     |                   |                            |        |                          |                    | EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD |
|                     |                   |                            |        |                          |                    | NO                                  |

| DATOS DE LA PLANILLA |                                    |                 |                           |                    |              |
|----------------------|------------------------------------|-----------------|---------------------------|--------------------|--------------|
| PLANILLA ASOCIADA    | FECHA PAGO ASOCIADA (DÍAS/MES/AÑO) | NÚMERO PLANILLA | FECHA PAGO (DÍAS/MES/AÑO) | CANTIDAD EMPLEADOS | CANTIDAD UPC |
|                      |                                    | 85299511        | 11/06/2026                | 1                  | 0            |
| PERIODO SALUD        | PERIODO PENSIÓN                    | TIPO PLANILLA   | TOTAL NÓMINA              | TOTAL A PAGAR      |              |
| 2026-05              | 2026-05                            | I               | \$0                       | \$544.300          |              |

## 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 |           |                       |                |               |               |
| EPS017        | Famisanar EPS | 830003564-7 | 218.900                | 0             |                  | 0     |                     | 0     | 6         | 1.000                 | 0              | 219.900       | 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 |
| 230301          | Porvenir | 800224808-8 | 280.200                | 0                          | 0                           | 0                        | 0                         | 6         | 1.300                 | 0              | 281.500       | 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 | 42.700                 |                  |       |                        | 42.700                | 6         | 200                   | 42.900              |                            |                     | 427               | 42.900        | 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                    | 6         | 0                 | 0             | 0             |
| ICBF                 |           |                   |               |               |
| 0                    | 6         | 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                              | 218.900                             | 219.900       |
| Pensión                | 1                              | 280.200                             | 281.500       |
| Riesgos Laborales      | 1                              | 42.700                              | 42.900        |
| CCF                    | 0                              | 0                                   | 0             |
| ESAP                   | 0                              | 0                                   | 0             |
| ICBF                   | 0                              | 0                                   | 0             |
| MEN                    | 0                              | 0                                   | 0             |
| SENA                   | 0                              | 0                                   | 0             |
| TOTALES                | 3                              | 541.800                             | 544.300       |

| DATOS DEL APORTANTE |                   |                            |        |                          |                    |                                     |
|---------------------|-------------------|----------------------------|--------|--------------------------|--------------------|-------------------------------------|
| TIPO                | NÚMERO            | NOMBRE APORTANTE           |        | DIRECCIÓN                | TELÉFONO           | CORREO                              |
| CC                  | 1193563126        | ANDRES FELIPE ROSERO TOVAR |        | TV 18 J SUR # 71 F 04 CS | 3006381793         | felipeandroo17@gmail.com            |
| FORMA PRESENTACIÓN  | CLASE APORTANTE   | NOMBRE SUCURSAL            | CÓDIGO | DEPARTAMENTO             | CIUDAD / MUNICIPIO |                                     |
| ÚNICA               | I – Independiente |                            |        | BOGOTÁ D. C.             | BOGOTÁ, D.C.       |                                     |
|                     |                   |                            |        |                          |                    | EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD |
|                     |                   |                            |        |                          |                    | NO                                  |

| DATOS DE LA PLANILLA |                                   |                 |                          |                    |              |
|----------------------|-----------------------------------|-----------------|--------------------------|--------------------|--------------|
| PLANILLA ASOCIADA    | FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO) | NÚMERO PLANILLA | FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO) | CANTIDAD EMPLEADOS | CANTIDAD UPC |
|                      |                                   | 85299511        | 11/06/2026               | 1                  | 0            |
| PERIODO SALUD        | PERIODO PENSIÓN                   | TIPO PLANILLA   | TOTAL NÓMINA             | TOTAL A PAGAR      |              |
| 2026-05              | 2026-05                           | I               | \$0                      | \$544.300          |              |

| DETALLE POR COTIZANTE |                                       |                            |           |         |            |                 |                       |     |     |     |     |     |     |         |     |     |     |     |     |     |       |     |            |                   |           |      |            |                        |                         |                                      |                                       |          |           |      |                           |          |           |      |                 |            |               |         |      |               |                           |                |                |                |               |   |
|-----------------------|---------------------------------------|----------------------------|-----------|---------|------------|-----------------|-----------------------|-----|-----|-----|-----|-----|-----|---------|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-------|-----|------------|-------------------|-----------|------|------------|------------------------|-------------------------|--------------------------------------|---------------------------------------|----------|-----------|------|---------------------------|----------|-----------|------|-----------------|------------|---------------|---------|------|---------------|---------------------------|----------------|----------------|----------------|---------------|---|
| INFORMACIÓN COTIZANTE |                                       |                            |           |         |            |                 | INFORMACIÓN NOVEDADES |     |     |     |     |     |     | PENSIÓN |     |     |     |     |     |     | SALUD |     |            | RIESGOS LABORALES |           |      |            | CCF                    |                         |                                      | PARAFISCALES                          |          |           |      |                           |          |           |      |                 |            |               |         |      |               |                           |                |                |                |               |   |
| No.                   | Tipo y<br>Número de<br>Identificación | Apellidos y Nombres        | Cotizante | Subtipo | Extranjero | Colom. exterior | Exonero               | INS | RET | TDE | TAE | TAP | TAP | UPP     | VST | SEN | ICE | LVA | VAC | AVP | VCT   | IRL | CORRECCION | Cód.<br>AFP       | IBC AFP   | Días | Cotización | Voluntario<br>Afiliado | Voluntario<br>Aportante | Fondo<br>pensional de<br>solidaridad | Fondo<br>pensional de<br>subsistencia | Cód. EPS | IBC EPS   | Días | Cotización /<br>Valor UPC | Cód. ARL | IBC ARL   | Días | Clase de Riesgo | Cotización | Código<br>CCF | IBC CCF | Días | Aporte<br>CCF | IBC otros<br>parafiscales | Aporte<br>SENA | Aporte<br>ICBF | Aporte<br>ESAP | Aporte<br>MEN |   |
| 1                     | CC<br>1193563126                      | ROSETO TOVAR ANDRES FELIPE | 57        | 0       |            |                 | N                     |     |     |     |     |     |     |         |     |     |     |     |     |     |       |     |            | 230301            | 1.750.905 | 30   | 280.200    | 0                      | 0                       | 0                                    | 0                                     | EPS017   | 1.750.905 | 30   | 218.900                   | 14-11    | 1.750.905 | 30   | 3               | 42.700     |               | 0       | 0    | 0             | 0                         | 0              | 0              | 0              | 0             | 0 |



## Resumen de pago

### Descripción de compra

MiPlanilla.com Pago Proteccion Social

### Tienda

COMPENSAR-OI

### Estado de la transacción

Transacción exitosa

### Fecha de la transacción

11 de junio de 2026 a las 12:21 p. m.

### CUS

382335943

### ¿Cuánto?

\$ 544.300,00

### Factura de comercio

85299511

### Tu plata salió de:



Disponible



Buscar...

Búsqueda Mis procesos Menú Ir a

Escritorio → Menú → Administración de contratos → Ver contrato

- 1 Información general
- 2 Condiciones
- 3 Bienes y servicios
- 4 Documentos del Proveedor
- 5 Documentos del contrato
- 6 Información presupuestal
- 7 Ejecución del Contrato
- 8 Modificaciones del Contrato
- 9 Incumplimientos

Cancelar

VER CONTRATO

Ejecución del Contrato

☐ Porcentaje ☐ Recepción de artículos

Plan de Pagos

¿Se requieren emisiones de códigos de autorización? ☐ Sí ☒ No

| Id de pago                                                                    | Número de factura | Fecha de emisión | Fecha de recepción | Valor total de la factura |
|-------------------------------------------------------------------------------|-------------------|------------------|--------------------|---------------------------|
| No existen resultados que cumplan con los criterios de búsqueda especificados |                   |                  |                    |                           |

Documentos de ejecución del contrato

| Descripción                                                                          | Nombre del archivo                                          |
|--------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> PS_7168_2025_CUENTA_DE_COBRO_OCTUBRE_2025.pdf               | PS_7168_2025_CUENTA_DE_COBRO_OCTUBRE_2025.pdf               |
| <input type="checkbox"/> PS_7168_2025_CUENTA_DE_COBRO_ADICIONALES_OCTUBRE_2025.pdf   | PS_7168_2025_CUENTA_DE_COBRO_ADICIONALES_OCTUBRE_2025.pdf   |
| <input type="checkbox"/> PS_7168_2025_CUENTA_DE_COBRO_NOVIEMBRE_2025.pdf             | PS_7168_2025_CUENTA_DE_COBRO_NOVIEMBRE_2025.pdf             |
| <input type="checkbox"/> PS 7168 2025 CUENTA DE COBRO ADICIONALES NOVIEMBRE 2025.pdf | PS 7168 2025 CUENTA DE COBRO ADICIONALES NOVIEMBRE 2025.pdf |
| <input type="checkbox"/> PS 7168 2025 CUENTA DE COBRO DICIEMBRE 2025.pdf             | PS 7168 2025 CUENTA DE COBRO DICIEMBRE 2025.pdf             |
| <input type="checkbox"/> PS 7168 2025 CUENTA DE COBRO ADICIONALES DICIEMBRE 2025.pdf | PS 7168 2025 CUENTA DE COBRO ADICIONALES DICIEMBRE 2025.pdf |
| <input type="checkbox"/> PS 7168 2025 CUENTA DE COBRO ENERO 2026.pdf                 | PS 7168 2025 CUENTA DE COBRO ENERO 2026.pdf                 |
| <input type="checkbox"/> PS 7168 2025 CUENTA DE COBRO ADICIONALES ENERO 2026.pdf     | PS 7168 2025 CUENTA DE COBRO ADICIONALES ENERO 2026.pdf     |
| <input type="checkbox"/> PS 7168 2025 CUENTA DE COBRO FEBRERO 2026.pdf               | PS 7168 2025 CUENTA DE COBRO FEBRERO 2026.pdf               |
| <input type="checkbox"/> PS 7168 2025 CUENTA DE COBRO ADICIONALES FEBRERO 2026.pdf   | PS 7168 2025 CUENTA DE COBRO ADICIONALES FEBRERO 2026.pdf   |
| <input type="checkbox"/> PS 7168 2025 CUENTA DE COBRO MARZO 2026.pdf                 | PS 7168 2025 CUENTA DE COBRO MARZO 2026.pdf                 |
| <input type="checkbox"/> PS 7168 2025 CUENTA DE COBRO ADICIONALES MARZO 2026.pdf     | PS 7168 2025 CUENTA DE COBRO ADICIONALES MARZO 2026.pdf     |
| <input type="checkbox"/> PS 7168 2025 CUENTA DE COBRO ABRIL 2026.pdf                 | PS 7168 2025 CUENTA DE COBRO ABRIL 2026.pdf                 |
| <input type="checkbox"/> PS_7168_2025_MAYO_PLANILLASS.pdf (Archivado)                | PS_7168_2025_MAYO_PLANILLASS.pdf                            |
| <input type="checkbox"/> PS 7168 2025 CUENTA DE COBRO MAYO 2026.pdf                  | PS 7168 2025 CUENTA DE COBRO MAYO 2026.pdf                  |

Cancelar