NIT: 891.855.130-1

MUNICIPIO DE SOGAMOSO
MACROPROCESO: GESTION DE BIENES Y SERVICIOS
PROCESO: CONTRATACIÓN

| CODIGO: AGB-01-F-23 | INFORME DE EJECUCIÓN CONTRACTUAL | FECHA | VERSIÓN: |
|---|---|---|---|

COPIA CONTROLADA

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **FECHA:** | 23 de febrero de 2026 | | | **INFORME No.:** | 1 |
| **IDENTIFICACIÓN DEL CONTRATO** | | | | | |
| **No. DE PROCESO** | CD-MS-0872026 | **No. CONTRATO:** | 20260086 | **TIPO DE CONTRATO:** | Prestacion de Servicios |
| **NOMBRE DEL SUPERVISOR O INTERVENTOR:** | FIDELA MARIA CASTRO BARRIOS | | | **CARGO:** | Profesional Especializado |
| | | | | **No. DE TELÉFONO:** | 311405623 |
| **CONTRATISTA:** | EDGAR RUBEN MEJIA DIAZ | | | **C.C. O NIT:** | 1.057.589.811 |
| **E-MAIL:** | erbn12@hotmail.com | | | **No. DE TELÉFONO:** | 3104022835 |
| **REPRESENTANTE LEGAL (cuando aplique)** | | | | **C.C.:** | |
| **OBJETO CONTRACTUAL:** | PRESTAR SERVICIOS TECNICOS PARA GARANTIZAR LA AFILICIACIÓN AL SGSSS MEDIANTE EL SAT, JORNADAS DE LA PROMOCIÓN DE LA AFILIACIÓN, DE LOS DERECHOS Y DEBERES, MOVILIDAD, PORTABILIDAD Y ORIENTACIÓN EN LA REGULARIZACIÓN DE MIGRANTES EN SOGAMOSO. | | | | |

| **PLAZO** | | **PERIODO DE PAGO ANTERIOR** | | **PERIODO DE PAGO ACTUAL** | |
|---|---|---|---|---|---|
| **INICIA:** | 23-ene-2026 | **DESDE:** | | **DESDE:** | 23-ene-2026 |
| **TERMINA:** | 19-may-2026 | **HASTA:** | | **HASTA:** | 22-feb-2026 |

| **INFORMACIÓN TÉCNICA** | |
|---|---|
| Declaración | El suscrito supervisor del contrato hace constar que el Municipio de Sogamoso ha recibido a satisfacción los bienes y/o servicios a que se refiere el objeto y las obligaciones pactadas en el contrato, que corresponden al siguiente detalle: |

**a. Para prestación de Servicios:**

| | **RELACIÓN OBLIGACIONES DEL CONTRATO** | **FUENTE DE VERIFICACIÓN** | **DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD** |
|---|---|---|---|
| 1 | Apoyar en la realización de procesos de desarrollo informativo de capacidades en promoción de los Derechos y Deberes en servicios de salud tanto en área rural como urbana régimen subsidiado y contributivo a cada grupo de riesgo específicos tales como Personas en condición de discapacidad, Migrantes, Victimas del conflicto armado, LGTBIQ+ como parte de la Estrategia de Derechos Humanos en el Municipio, en articulación con los Microterritorio, y Realizar promoción de la afiliación al Régimen Contributivo de las personas con capacidad de pago, dejando la evidencia. | Se entrega de manera virtual en la carpeta n°1 y físico. | Se realizan 2 capacitaciones los días: 30 de enero, 11 de febrero del 2026 en derechos y deberes ne los servivcios de salud. |
| 2 | Acompañar el proceso de seguimiento a las afiliaciones de oficio reportadas por el Hospital Regional de Sogamoso. | Se entrega de manera virtual en la carpeta n°2 | Se realiza recopilación y seguimiento a 22 asignaciones del HRS las cual se relacionan en el DRIVE suministrado por la secretaria de Salud. |

proceso de dispensación de medicamentos, atención de usuarios, verificación de | en la carpeta N°9 | ubicada en el barrio Santa Helena

| | | | |
|---|---|---|---|
| 3 | Apoyar en la elaboración de las novedades de ingreso, fallecidos, actualización de nombres, apellidos y demás información con soportes o constancia del SISBEN (vigencia actual) en el software SOLU_SUBSI de la secretaria de salud, realizando el cargue de los soportes respectivos. | Se entrega de manera virtual en la carpeta n°3 actas de inhumacion | Se realiza el cargue de 36 licencias de inhumación correspondientes a los meses de noviembre, diciembre del 2025, enero y febrero 2026. |
| 4 | Acompañar la realización de las consultas solicitadas por los demás actores del sistema, en el Comité de justicia transicional en el manejo de las herramientas de VIVANTO, con el fin de prestar atención y asistencia a la población víctima que se encuentre en el Municipio | Se entrega de manera virtual en la carpeta n°4 | Se realiza envio de correo electrónico solicitando usuario y clave, a la espera de respuesta. |
| 5 | Apoyar la verificación y el seguimiento de la población del listado censal de acuerdo con lo estipulado en las normas vigentes a la población infantil del ICBF y madres comunitarias. | Se entrega de manera virtual en la carpeta n°5 | se realiza verificación y seguimiento de listado censal, con la inclusión de 6 adultos mayores, los que fueron ingresados al Hogar San Antonio en el mes de diciembre. |
| 6 | Acompañar en la realización de talleres de búsqueda activa de usuarios no afiliados al SGSSS mediante la articulación de los diferentes actores del Sistema (Ente territorial, IPS, EPS, Equipos Básicos de Salud, microterritorios). | Se entrega de manera virtual en la carpeta n°6 y fisica | Se realiza capacitación el dia 12 de febrero de 2026 en la entidad CAMAD para poder establecer parámetros para los afiliados al SGSSS, se envían correos electrónicos, a los diferentes municipio para definir su estado de afiliación y estado de SISBEN |
| 7 | Apoyar la aplicación de encuestas a usuarios afiliados, que permitan identificar si la percepción de la calidad influyó en la decisión de afiliarse, elaborar el respectivo informe | Se entrega de manera virtual en la carpeta n°7 | se realiza encuesta de percepción a los ciudadanos que realizan proceso de afiliación de oficio ante la secretaria de Salud en el periodo comprendido del 23 de enero al |
| 8 | Apoyar las jornadas de salud y demás actividades que lidere el equipo de cuidado integral en conjunto con las demás dependencias y el seguimiento al correo afiliacionrsogamoso@gmail.com, referente a la información recibida por este medio y realizar las acciones que se le asignen. | Se entrega de manera virtual en la carpeta n°8 | Se realiza seguimiento y controlal correo afiliacionrsogamoso@gmail.com durante el periodo comprendido 23 de enero al 22 de febrero. |
| 9 | Acompañar la realización de visitas tipo cliente oculto a los diferentes gestores farmacéuticos presentes en el municipio de Sogamoso red de las EAPB de Sogamoso, para inspeccionar el proceso de dispensación de medicamentos, atención de usuarios, verificación de la funcionalidad de la fila preferencial, dejando su respectiva acta con evidencia fotográfica | Se entrega de manera virtual en la carpeta N°9 | Se realiza visita tipo cliente oculto el día 19 de febrero 2026 a la farmacia Discolmets ubicada en el barrio Santa Helena |

| | | | |
|---|---|---|---|
| 10 | Brindar apoyo ante los tramites a realizar con el Edificio Central de la Alcaldía de Sogamoso y a los profesionales de auditoria en las jornadas de salud y demás actividades que lidere el área de Aseguramiento en conjunto con las demás dependencias y el seguimiento al correo saludauditoria1@sogamoso-boyaca.gov.co, referente a la información recibida por este medio y realizar las acciones que se le asignen. | N/A | Se realiza apoyo en el proceso de radicación de diversos documentos en el área de contratación, asegurando su correcta recepción y registro. |
| 11 | Guardar total reserva de la información que, por razón del servicio y desarrollo de sus actividades, así como hacer entrega de toda la información que se encuentre en su poder al momento de la terminación del contrato y organizar, archivar, legajar, foliar y realizar en forma cronológica debidamente archivada de acuerdo con la tabla de retención documental el archivo producto de su trabajo y apoyar la revisión del archivo de sus compañeros | N/A | Se guarda total reserva de la información en el desarrollo de mis actividades.<br>A la fecha, no se cuenta con archivo activo para archivar, organizar ni foliar. |

| | |
|---|---|
| **Otras Observaciones:** | |

**b. Para los demas contratos:**

El cumplimiento de las obligaciones consta por ejemplo de: Bitácora o registro fotográfico, Sábana de Obra, Entrada de Almacén, Listados, Conceptos o dirigirse al instructivo; siguiente enlace: https://drive.google.com/file/d/1Gq5j8355hpqjoW2gOUBwh5-AvSQyL2E0/view

**Pruebas subidas a plataforma:** Documentos que evidencian la ejecución de las Obligaciones Contractuales:

| | | | |
|---|---|---|---|
| 1. Factura o Documento soporte en adquisiciones efectuadas no obligados a facturar | ☐ | 4. Certificación de Parafiscales | ☐ |
| 2. Informe de actividades por parte del contratista con VoBo del Supervisor | ☐ | 5. Acta de recibo a Satisfacción (cuando aplique) | ☐ |
| 3. Planilla de pago de la Seguridad Social Integral | ☐ | 6. Acta de Liquidación Final (cuando aplique) | ☐ |



**INFORMACIÓN FINANCIERA**

**Revisión de soportes de la cuenta:** El suscrito supervisor hace constar que ha revisado y en consecuencia aprueba los documentos que forman parte integral de la cuenta

| | | | |
|---|---|---|---|
| **PORCENTAJE:** | | **No. FACTURA O SOPORTE:** | |

**APORTE A SEGURIDAD SOCIAL**

| PERIODO DE COTIZACIÓN | No. PLANILLA DE APORTES | APORTES OBLIGATORIOS EN PENSIÓN | APORTES OBLIGATORIOS EN SALUD | APORTES ARL | TOTAL (=) |
|---|---|---|---|---|---|
| Enero | 4643140787 | $ 75.500 | $ 58.900 | $ 2.600 | **$ 137.000** |

En caso de **Personas Juridicas**, no es necesaria la revisión de planillas de pago de Seguridad Social y parafiscales, para lo cual se adjunta **Certificación** de estar al día, emitida por el Revisor Fiscal o Representante Legal según lo dispuesto por la Ley 789/2002 Art. 50 y Ley 1150/2007 Art. 23. (Anexar documento de identidad, tarjeta profesional y certificado de antecedentes disciplinarios expedido por la J.C.C. de quien Certifica)

| No. CUENTA PRESUPUESTAL | NOMBRE CUENTA PRESUPUESTAL | VALOR PAGO ACTUAL |
|---|---|---|
| 2.3.2.02.02.009.01-82-19-1906-1080018 | Fortalecimiento de la gestion territorial | $ 1.000.000,00 |
| 2.3.2.02.02.009.01-82-19-1906-1080018 | Fortalecimiento de la gestion territorial | $ 1.500.000,00 |
| **No. CERTIFICADO DE DISPONIBILIDAD PRESUPUESTAL** | **No. REGISTRO PRESUPUESTAL** | **TOTAL VALOR A PAGAR** |
| 2026000186 | 2026000316 | $ 2.500.000,00 |

**ESTADO DE CUENTA DEL CONTRATO (APORTES DEL MUNICIPIO)**

| DETALLE | (+) | (-) |
|---|---|---|
| (+) Valor inicial del contrato | $ 9.750.000,00 | |
| (+) Valor adiciones | $ | |
| (-) Valor reducciones | $ | |
| (=) VALOR TOTAL DEL CONTRATO | $ 9.750.000,00 | |
| (-) Anticipo | | $ |
| (-) Valor pagos parciales | | $ 2.500.000,00 |
| (-) Valor a pagar | | $ 7.250.000,00 |
| (-) Valor sin ejecutar | | $ |
| SUMAS IGUALES | $ 9.750.000,00 | $ 9.750.000,00 |

Habiéndose cumplido las obligaciones descritas dentro del periodo mencionado el suscrito supervisor autoriza el pago de la suma de:

| Valor a pagar: | $ 7.250.000,00 | Valor en letras: | DOS MILLONES QUINIENTOS MIL PESOS M/CTE |
|---|---|---|---|

| ESTADO DE CUENTA DEL CONTRATO (APORTES DEL CONTRATISTA) | | |
|---|---|---|
| DETALLE | (+) | (-) |
| (+) Valor aporte inicial | $ | |
| (+) Valor adiciones | $ | |
| (=) VALOR TOTAL DEL APORTE | $ | |
| (-) Anticipo | | $ |
| (-) Valor aportes parciales ejecutados | | $ |
| (-) Valor aporte acutal | | $ |
| (-) Valor sin ejecutar | | $ |
| SUMAS IGUALES | $ | $ |

Para constancia suscribimos:

FIDELA MARIA CASTRO BARRIOS
SUPERVISOR Y/O INTERVENTOR

EDGAR RUBEN MEJIA DIAZ
CONTRATISTA

LUCY ESPERANZA RODRIGUEZ PEREZ
Vo.Bo. SECRETARIO DE DESPACHO