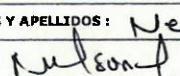


| GESTIÓN CONTRACTUAL                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                                |                                                                         |                                  |                  |                                                  |                         |               |                       |      |           |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------|----------------------------------|------------------|--------------------------------------------------|-------------------------|---------------|-----------------------|------|-----------|
| TÍTULO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                                                                                                | VERIFICACIÓN DEL TRAMITE DE PAGO                                        |                                  |                  |                                                  |                         |               |                       |      |           |
|                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                | CODIGO: CT-FO-44<br>VERSIÓN No. 01<br>Página 1 de 1<br>FECHA: 24 7 2024 |                                  |                  |                                                  |                         |               |                       |      |           |
| CONTRATISTA O BENEFICIARIO: ANDREA PAOLA MANCIPE CALDERON<br>No. CONTRATO Y/O ORDEN DE COMPRA: CTO. 001-004-2026                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                |                                                                         |                                  |                  |                                                  |                         |               |                       |      |           |
| DEPENDENCIA ENCARGADA DEL TRAMITE DE PAGO: DIRECCIÓN ADMINISTRATIVA Y TALENTO HUMANO<br>VALOR TRAMITE DE PAGO: \$5.254.035<br>RADICADO N°                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                |                                                                         |                                  |                  |                                                  |                         |               |                       |      |           |
| FECHA DE RECEPCIÓN:<br>FECHA DE VALIDACIÓN GESTOR:<br>FECHA DE ENTREGA SUPERVISIÓN:                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                                |                                                                         |                                  |                  |                                                  |                         |               |                       |      |           |
| SUPERVISOR: PD. NANCY LILIANA CUTA CASTRO                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                |                                                                         |                                  |                  |                                                  |                         |               |                       |      |           |
| No.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | DESCRIPCIÓN                                                                                                                                                    | CONTRATOS                                                               |                                  |                  |                                                  |                         |               |                       |      | ANTICIPOS |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                                                                                                | COMPRA VENTA O SUMINISTRO                                               | SUMINISTRO, ORDENES DE SERVICIOS | ORDEN DE COMPRA  | FIDUCIA                                          | PRESTACIÓN DE SERVICIOS | INTERVENTORIA | INTER-ADMINISTRATIVOS | OBRA |           |
| 1                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | Validación de la Publicación en Secop II (Trámite de pago, informe de supervisión, Facturas)                                                                   |                                                                         |                                  | N.A.             |                                                  | ✓                       |               |                       |      |           |
| 2                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | Formato Trámite pago parcial y/o total (Firmado por supervisor y gestor)                                                                                       |                                                                         |                                  |                  |                                                  | ✓                       |               |                       |      |           |
| 3                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | Cuadro control de pagos firmado (Relación Usos Presupuestales, firmado por supervisor y presupuesto)                                                           |                                                                         |                                  |                  |                                                  | ✓                       |               |                       |      |           |
| 4                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | Acta de entrega y Recibo a Satisfacción (Firmado por supervisor y contratista)                                                                                 |                                                                         |                                  |                  |                                                  | ✓                       |               |                       |      |           |
| 5                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | Certificación paz y salvo pago de seguridad social integral y parafiscales. Si es U.T o Consorcio se deben anexar igualmente planilla resumen de parafiscales. |                                                                         |                                  |                  |                                                  | ✓                       |               |                       |      |           |
| 6                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | Certificación paz y salvo obligaciones laborales.                                                                                                              |                                                                         |                                  |                  |                                                  | ✓                       |               |                       |      |           |
| 7                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | Informe de Supervisión o aval de pago (de acuerdo a la cláusula "Forma de Pago" del contrato)                                                                  |                                                                         |                                  |                  |                                                  | ✓                       |               |                       |      |           |
| 8                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | Informe de Actividades (cuando el contrato indique en la Forma de Pago)                                                                                        |                                                                         |                                  |                  |                                                  | N/A                     |               |                       |      |           |
| 9                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | Corte parcial o final de obra                                                                                                                                  | N.A.                                                                    |                                  |                  |                                                  |                         |               |                       |      |           |
| 10                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | Aval de pago Interventoría                                                                                                                                     |                                                                         |                                  |                  |                                                  |                         |               |                       |      |           |
| 11                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | Paz y salvo de la Unidad o dependencia donde se ejecutan las obras                                                                                             |                                                                         |                                  |                  |                                                  |                         |               |                       |      |           |
| 12                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | Factura o documento equivalente que cumpla con los requisitos del Art. 617 del E.T. Nota: Verificación de acuerdo a normatividad vigente                       |                                                                         |                                  |                  |                                                  | ✓                       |               |                       |      |           |
| 13                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | Alta Almacén (cuando el bien deba ingresar al almacén)                                                                                                         |                                                                         |                                  |                  |                                                  | N/A                     |               |                       |      | N.A.      |
| 14                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | Otros anexos* (Memorandos, Resoluciones, Oficios, etc.)                                                                                                        |                                                                         |                                  |                  |                                                  | N/A                     |               |                       |      |           |
| 15                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | Multas o Sanciones                                                                                                                                             |                                                                         |                                  |                  |                                                  | N/A                     |               |                       |      |           |
| NOTA: UNA VEZ VERIFICADOS LOS SOPORTES DOCUMENTALES EN CASO DE ENCONTRAR NOVEDADES, SE RELACIONARAN EN EL CUADRO INFERIOR LA DESCRIPCIÓN DE LA NOVEDAD Y SERA DEVUELTO A LA DEPENDENCIA ENCARGADA DEBERÁ REALIZAR LAS GESTIONES NECESARIAS PARA DAR SOLUCIÓN A LAS INCONSISTENCIAS, ANTES DE SU TRÁMITE A LA DIRECCION FINANCIERA. |                                                                                                                                                                |                                                                         |                                  |                  |                                                  |                         |               |                       |      |           |
| DESCRIPCIÓN DE LA NOVEDAD                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | REGISTRO DE DEVOLUCIÓN A OTRAS DEPENDENCIAS POR NOVEDADES EVIDENCIAS EN LOS TRAMITES DE PAGO                                                                   |                                                                         |                                  |                  |                                                  |                         |               |                       |      |           |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | REVISIÓN DEL TRAMITE                                                                                                                                           |                                                                         |                                  | FECHA DEVOLUCIÓN | NOMBRE Y FIRMA A QUIEN SE LE DEVUELVE EL TRÁMITE | NOMBRE GESTOR           | FIRMA         |                       |      |           |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | 1ra                                                                                                                                                            | 2da                                                                     | 3ra                              |                  |                                                  |                         |               |                       |      |           |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                                                                                                |                                                                         |                                  |                  |                                                  |                         |               |                       |      |           |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                                                                                                |                                                                         |                                  |                  |                                                  |                         |               |                       |      |           |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                                                                                                |                                                                         |                                  |                  |                                                  |                         |               |                       |      |           |
| GESTOR QUE REvisa Y VALIDA EL TRÁMITE DE PAGO<br>NOMBRES Y APELLIDOS: Nelson Fabian Aguilar Perez<br>FIRMA:                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                |                                                                         |                                  |                  |                                                  |                         |               |                       |      |           |

20 ABR 2020  
 Kelly F  
 2.43



|                                                                                     |                                                                                |                         |           |                      |
|-------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------|-------------------------|-----------|----------------------|
| PROCESO                                                                             |                                                                                |                         |           |                      |
| <b>GESTIÓN FINANCIERA</b>                                                           |                                                                                |                         |           |                      |
|    | <b>TÍTULO</b><br><br><b>TRAMITE DE PAGO<br/>ANTICIPO/PARCIAL Y/O<br/>TOTAL</b> | <b>CÓDIGO: GF-FO-36</b> |           |                      |
|                                                                                     |                                                                                | <b>VERSIÓN No. 04</b>   |           | <b>Página 1 de 5</b> |
|                                                                                     |                                                                                | <b>FECHA:</b>           | <b>17</b> | <b>9</b>             |
|  |                                                                                |                         |           |                      |

|                          |               |                 |   |
|--------------------------|---------------|-----------------|---|
| Fecha trámite de pago    | 13/04/2026    | Número de Pago: | 3 |
| Valor de pago solicitado | (\$5.254.035) |                 |   |

**DATOS DEL CONTRATO:**

|                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                  |                                              |                                  |               |
|--------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------|----------------------------------|---------------|
| Contrato y/u Orden de Compra                                                   | No.001-004-2026                                                                                                                                                                                                                                  |                                              |                                  |               |
| Nombre o Razón Social del Contratista                                          | ANDREA PAOLA MANCIPE CALDERON                                                                                                                                                                                                                    |                                              |                                  |               |
| Identificación                                                                 | NIT o C.C: 52.542.071                                                                                                                                                                                                                            |                                              | SAP (acreedor): 80006354         |               |
| Objeto del Contrato                                                            | CONTRATAR UN PROFESIONAL EN PSICOLOGIA PARA DISEÑO E IMPLEMENTACIÓN DEL DECRETO 728 DE 2025: ACCIONES DE PROMOCIÓN DE LA SALUD MENTAL, PREVENCIÓN DE PROBLEMAS Y TRASTORNOS MENTALES, Y CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS EN EL ÁMBITO LABORAL. |                                              |                                  |               |
| Orden o Pedido ERP SAP                                                         | No. 4300013062                                                                                                                                                                                                                                   |                                              |                                  |               |
| Expediente Orfeo                                                               | No. <b>2026130010130800008E</b>                                                                                                                                                                                                                  |                                              |                                  |               |
| Registro Presupuestal                                                          | No 5526-16/01/2026                                                                                                                                                                                                                               |                                              |                                  |               |
|                                                                                | <input checked="" type="checkbox"/> VIGENCIA ACTUAL<br><input type="checkbox"/> REZAGO                                                                                                                                                           |                                              |                                  |               |
| Valor total del contrato                                                       | Valor Inicial del Contrato                                                                                                                                                                                                                       |                                              | (\$ 57.794.385,00)               |               |
|                                                                                | + Valor Adiciones                                                                                                                                                                                                                                |                                              | (\$)                             |               |
|                                                                                | - Valor Reducciones                                                                                                                                                                                                                              |                                              | (\$)                             |               |
|                                                                                | Valor Total del Contrato                                                                                                                                                                                                                         |                                              | (\$57.794.385,00)                |               |
| No. Contrato interadministrativo / convenio / Acta de acuerdo (Cuando aplique) | N/A                                                                                                                                                                                                                                              |                                              |                                  |               |
| Fecha de legalización contrato                                                 | 17 enero 2026                                                                                                                                                                                                                                    |                                              |                                  |               |
| Fecha de finalización del contrato                                             | 21/12/2026                                                                                                                                                                                                                                       |                                              |                                  |               |
| Porcentaje de ejecución del contrato                                           | 27.27 %                                                                                                                                                                                                                                          |                                              |                                  |               |
| Modificaciones del contrato                                                    | <input type="checkbox"/> Adición<br><input type="checkbox"/> Modificación<br><input type="checkbox"/> Suspensión<br><input type="checkbox"/> Prorroga                                                                                            | Valor<br>Descripción<br>Descripción<br>Fecha | _____<br>_____<br>_____<br>_____ |               |
| Novedades del contrato                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                  |                                              |                                  |               |
| Garantías del contrato                                                         | Número                                                                                                                                                                                                                                           | Valor Asegurado                              | Vigencia de la Póliza            |               |
|                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                  |                                              | Fecha de inicio                  | Vigente hasta |
| • Póliza de cumplimiento                                                       | 21-46-1011-30025                                                                                                                                                                                                                                 | \$20.228.034.75                              | 16/01/2026                       | 21/04/2027    |
| • Póliza de responsabilidad civil                                              | N/A                                                                                                                                                                                                                                              | N/A                                          | N/A                              | N/A           |

|                                                                                                                                                                                         |                                                           |                         |           |                             |             |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------|-------------------------|-----------|-----------------------------|-------------|
| <b>PROCESO</b>                                                                                                                                                                          |                                                           |                         |           |                             |             |
| <b>GESTIÓN FINANCIERA</b>                                                                                                                                                               |                                                           |                         |           |                             |             |
|  <p><b>AGENCIA LOGÍSTICA<br/>FUERZAS MILITARES</b><br/><small>La unión de nuestras Fuerzas</small></p> | TÍTULO                                                    | CÓDIGO: <b>GF-FO-36</b> |           |                             |             |
|                                                                                                                                                                                         | <b>TRAMITE DE PAGO<br/>ANTICIPO/PARCIAL Y/O<br/>TOTAL</b> | VERSIÓN No. <b>04</b>   |           | Página <b>2</b> de <b>5</b> |             |
|                                                                                                                                                                                         |                                                           | FECHA:                  | <b>17</b> | <b>9</b>                    | <b>2024</b> |
|  <p><small>Grupo Social y Empresarial<br/>de la Defensa</small></p>                                  |                                                           |                         |           |                             |             |

|                                     |  |  |  |
|-------------------------------------|--|--|--|
| extracontractual<br>(cuando aplica) |  |  |  |
|-------------------------------------|--|--|--|

**DATOS FINANCIEROS DEL CONTRATISTA:**

|                                                                 |                                                                                                                                                                    |                    |                                             |
|-----------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------|---------------------------------------------|
| Cuenta Bancaria                                                 | Entidad Bancaria: BANCOLOMBIA                                                                                                                                      |                    |                                             |
|                                                                 | No 20536137544                                                                                                                                                     | Tipo cta. bancaria | Ahorro X Corriente <input type="checkbox"/> |
| Régimen Tributario<br>(RUT) al que pertenece                    | <input type="checkbox"/> RESPONSABLE DE IVA<br><input checked="" type="checkbox"/> NO RESPONSABLE DE IVA<br><input type="checkbox"/> RÉGIMEN SIMPLE DE TRIBUTACIÓN |                    |                                             |
| Tipo de Facturación<br>(De acuerdo a lo que<br>estipule el RUT) | <input type="checkbox"/> ELECTRÓNICA<br><input checked="" type="checkbox"/> CUENTA DE COBRO                                                                        |                    |                                             |
| CUMPLIMIENTO<br>OBLIGACIONES LEY 50<br>/ 1990                   | 1.planilla pagada de seguridad social integral<br>(salud-pensión-arl) y parafiscales (SENA-ICBF-<br>Caja de Compensación)                                          |                    | <b>CUMPLE</b>                               |
|                                                                 | 2. Certificación de pago de seguridad social y<br>parafiscales                                                                                                     |                    | CUMPLE                                      |
|                                                                 | 3. Certificación de obligaciones laborales                                                                                                                         |                    | N/A                                         |
|                                                                 | Planilla                                                                                                                                                           |                    | No 73483552                                 |
| PAGO DE SEGURIDAD<br>SOCIAL                                     | IBC (Ingreso base de cotización) (si aplica)                                                                                                                       |                    | \$2.101.614                                 |
|                                                                 | Periodo Salud                                                                                                                                                      |                    | Marzo                                       |
|                                                                 | Periodo Pensión                                                                                                                                                    |                    | Marzo                                       |

**DOCUMENTOS SOPORTE QUE SE ANEXAN AL PRESENTE PAGO Y SE ENTREGAN A GESTIÓN FINANCIERA:**

El **supervisor del contrato** verificará la aprobación y cargue de la facturación por parte del contratista en SECOP II y en el Sistema de Facturación Electrónica designado por SIIF Nación (cuando aplique).

|                        |                               |                                  |
|------------------------|-------------------------------|----------------------------------|
| APROBACIÓN DE FACTURAS | SECOP II                      | X Si <input type="checkbox"/> No |
|                        | SIIF (cuando sea Electrónica) | <input type="checkbox"/> Si X No |

(Documentos que se entregan a la Dirección Financiera - Esta relación debe ser diligenciada teniendo en cuenta lo solicitado en la cláusula de forma de pago del contrato):

| ÍTEM | DOCUMENTO<br>(Debe diligenciarse de acuerdo a los<br>documentos anexos)                             | FECHA      | VALOR       | FOLIO |
|------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|-------------|-------|
| 1.   | Control de pagos código GF-FO-35                                                                    | 13/04/2026 | \$5.254.035 | 1     |
| 2.   | Factura, cuenta de cobro y/o documento equivalente<br>No. 3                                         | 13/04/2026 | \$5.254.035 | 2     |
| 3.   | Acta de entrega y/o recibo a satisfacción código CT-<br>FO-01 (copia)                               | 13/04/2026 | \$5.254.035 | 3     |
| 4.   | Acta de corte parcial o final de obra (si aplica)                                                   | N/A        | N/A         | N/A   |
| 5.   | Reporte o Listado de Entradas de Almacén generado<br>por el sistema ERP-SAP - MB51 (cuando aplique) | N/A        | N/A         | N/A   |

|                                                                                   |                                                                                |                                                                                     |           |                      |
|-----------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|-----------|----------------------|
| PROCESO                                                                           |                                                                                |                                                                                     |           |                      |
| <b>GESTIÓN FINANCIERA</b>                                                         |                                                                                |                                                                                     |           |                      |
|  | <b>TITULO</b><br><br><b>TRAMITE DE PAGO<br/>ANTICIPO/PARCIAL Y/O<br/>TOTAL</b> | <b>CÓDIGO: GF-FO-36</b>                                                             |           |                      |
|                                                                                   |                                                                                | <b>VERSIÓN No. 04</b>                                                               |           | <b>Página 3 de 5</b> |
|                                                                                   |                                                                                | <b>FECHA:</b>                                                                       | <b>17</b> | <b>9</b>             |
|                                                                                   |                                                                                |  |           |                      |

| ÍTEM | DOCUMENTO<br>(Debe diligenciarse de acuerdo a los documentos anexos)                                                                                                                                                           | FECHA      | VALOR     | FOLIO |
|------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|-----------|-------|
| 6.   | Certificación Bancaria (Aplica para las Modalidades de contratación que se generan por la Tienda Virtual del Estado Colombiano - Grandes Superficies (Órdenes de Compra o cuando el contrato no relaciona la cuenta bancaria). | N/A        | N/A       | N/A   |
| 7.   | Planilla de seguridad social en estado pagada.                                                                                                                                                                                 | 10/04/2026 | \$621.100 | 4     |

**Nota:** El funcionario responsable en la Subdirección General de Contratación y/o Coordinación de Contratos (Regionales), verificara y confirmará que los documentos digitales se encuentren en su totalidad dentro de la herramienta tecnológica establecida ORFEO y/o SECOP II de acuerdo a la modalidad de la adquisición (contrato y/u orden de compra) que se encuentra en trámite.

#### **CERTIFICACIÓN DE DOCUMENTOS QUE SE ENTREGAN A GESTIÓN DE LA CONTRATACIÓN Y QUE REPOSAN EN EL EXPEDIENTE DEL CONTRATO:**

Los documentos relacionados en la cláusula forman de pago en el contrato No. 001-004-2026 suscrito el 16/01/2026, que no se tramitan a la Dirección Financiera deben reposar en el expediente contractual de la Subdirección de Contratos para su consulta cuando sea necesario, por lo anterior los abajo firmante certifican que los documentos relacionados a continuación reposan en el expediente contractual:

- El supervisor asegurar el cargue de documentos en la plataforma SECOP II y/o ORFEO
- El funcionario responsable en la Subdirección General de Contratación y/o Coordinación de Contratos (Regionales), asegurara que el expediente contractual físico y en SECOP II y/o ORFEO se encuentre debidamente cargado y completo. Para consulta de usuarios de la información tanto internos como externos (Entes de Control).

| ÍTEM | DOCUMENTO<br>(Debe diligenciarse de acuerdo a los documentos anexos)                                                | Reposa en el expediente Contractual | FECHA      | FOLIO |
|------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------|------------|-------|
| 1.   | Control de pagos código GF-FO-35                                                                                    | X                                   | 13/04/2026 | 1     |
| 2.   | Factura, cuenta de cobro y/o documento equivalente No. 3                                                            | X                                   | 13/04/2026 | 2     |
| 3.   | Acta de entrega y/o recibo a satisfacción código CT-FO-01 (original)                                                | X                                   | 13/04/2026 | 3     |
| 4.   | Acta de corte parcial o final de obra código PA-FO-86 (si aplica)                                                   | N/A                                 | N/A        | N/A   |
| 5.   | Entradas de Almacén generado por el sistema ERP-SAP (cuando aplique)                                                | N/A                                 | N/A        | N/A   |
| 6.   | Certificación Bancaria (cuando aplique).                                                                            | X                                   | N/A        | N/A   |
| 7.   | Certificación: pago de seguridad social integral, aportes parafiscales y de cumplimiento de obligaciones laborales. | X                                   | 10/04/2026 | 4     |
| 8.   | Planilla de seguridad social en estado pagada.                                                                      | X                                   | 10/04/2026 | 5     |

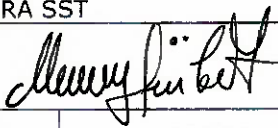
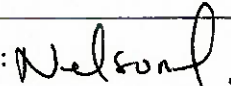
|                                                                                     |                                                                                |                         |           |                      |
|-------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------|-------------------------|-----------|----------------------|
| PROCESO                                                                             |                                                                                |                         |           |                      |
| <b>GESTIÓN FINANCIERA</b>                                                           |                                                                                |                         |           |                      |
|    | <b>TÍTULO</b><br><br><b>TRAMITE DE PAGO<br/>ANTICIPO/PARCIAL Y/O<br/>TOTAL</b> | <b>CÓDIGO: GF-FO-36</b> |           |                      |
|                                                                                     |                                                                                | <b>VERSIÓN No. 04</b>   |           | <b>Página 4 de 5</b> |
|                                                                                     |                                                                                | <b>FECHA:</b>           | <b>17</b> | <b>9</b>             |
|  |                                                                                |                         |           |                      |

|     |                                                                                                                      |     |            |       |
|-----|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|------------|-------|
| 9.  | Informe de supervisión No. 3                                                                                         | X   | 13/04/2026 | 6-11  |
| 10. | Informe de Actividades (si aplica).                                                                                  | X   | 13/04/2026 | 12-15 |
| 11. | Certificación aplicación Ley 1819 de 2016 y del parágrafo 2 de artículo 383 del Estatuto Tributario (Cuando aplique) | N/A | N/A        | N/A   |
| 12. | Certificación de asignación de Retiro (Cuando Aplique)                                                               | N/A | N/A        | N/A   |

| Únicamente para el primer pago:                                                                                                                                   |    |     |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|-----|
| Cargar en la plataforma SECOP II Registro de Identificación Tributaria - RIT expedido por la Secretaría Distrital de Hacienda (Actividad económica y código CIIU) | SI | N/A |
| Cargar en la plataforma SECOP II Registro Único Tributario - RUT expedido por la DIAN documento en firme (copia de certificado)                                   | SI | N/A |

|                                                                                   |                                                                                |                                                                                     |           |                             |             |
|-----------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|-----------|-----------------------------|-------------|
| PROCESO                                                                           |                                                                                |                                                                                     |           |                             |             |
| GESTIÓN FINANCIERA                                                                |                                                                                |                                                                                     |           |                             |             |
|  | <b>TITULO</b><br><br><b>TRAMITE DE PAGO<br/>ANTICIPO/PARCIAL Y/O<br/>TOTAL</b> | CÓDIGO: <b>GF-FO-36</b>                                                             |           |                             |             |
|                                                                                   |                                                                                | VERSIÓN No. <b>04</b>                                                               |           | Página <b>5</b> de <b>5</b> |             |
|                                                                                   |                                                                                | FECHA:                                                                              | <b>17</b> | <b>9</b>                    | <b>2024</b> |
|                                                                                   |                                                                                |  |           |                             |             |

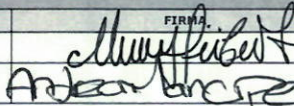
**Nota: Este formato debe imprimirse por las dos caras de la hoja**

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                      |    |              |    |                          |    |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|--------------|----|--------------------------|----|
| <b>RESPONSABLE DEL TRAMITE (SUPERVISOR)</b><br><i>Certifico que previa revisión del presente formato y sus anexos, el contratista cumplió a satisfacción con las obligaciones contenidas en el contrato (informe de actividades y/o de los productos establecidos), por lo que cumple con todos los requisitos legales necesarios para autorizar el pago.</i>                                                                                                | Nombre:                                                                                              |    |              |    |                          |    |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | NANCY LILIANA CUTA                                                                                   |    |              |    |                          |    |
| <b>VALIDACIÓN CARGUE VERIFICACIÓN TRAMITE DE PAGO - GESTOR CONTRACTUAL</b><br><i>Se controla tanto para los contratos como las órdenes de compra, de acuerdo a la verificación del cumplimiento de las especificaciones técnicas, las actividades administrativas, legales, financieras y presupuestales establecidas en el contrato; los cuales reposan de manera completa y organizada en el expediente contractual, la plataforma SECOP II y/u ORFEO.</i> | Cargo/Dependencia:                                                                                   |    |              |    | Extensión                |    |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | COORDINADORA SST                                                                                     |    |              |    | 1122                     |    |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | Firma                                                                                                |    |              |    |                          |    |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                    |    |              |    |                          |    |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | <b>SECOP II</b>                                                                                      |    | <b>ORFEO</b> |    | <b>EXPEDIENTE FÍSICO</b> |    |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | SI                                                                                                   | NO | SI           | NO | SI                       | NO |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | Nombre: NELSON FABIAN AGUILAR PEREZ                                                                  |    |              |    |                          |    |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | Cargo / Dependencia: TASD                                                                            |    |              |    | Extensión:               |    |
| Bo. B°. del Directivo del área responsable del contrato o quien haga sus veces (Subdirector, Director, Jefe de Oficina y/o Dependencia)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | Firma:                                                                                               |    |              |    |                          |    |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                   |    |              |    |                          |    |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                      |    |              |    |                          |    |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | Nombre:                                                                                              |    |              |    |                          |    |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | ELISABETH LARA MOLINA                                                                                |    |              |    |                          |    |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | Cargo:                                                                                               |    |              |    |                          |    |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | ASESOR DEL SECTOR DEFENSA ENCARGADA DE LAS FUNCIONES DE LA DIRECCIÓN ADMINISTRATIVA Y TALENTO HUMANO |    |              |    |                          |    |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | Firma                                                                                                |    |              |    |                          |    |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                      |    |              |    |                          |    |







|                                                                                                              |                                                                                                                                                                                                                                          |                                     |                                                                                |                                                                                       |                          |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|
| PROCESO                                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                          | GESTIÓN DE LA CONTRATACIÓN          |                                                                                |                                                                                       |                          |
|                             |                                                                                                                                                                                                                                          | TÍTULO                              |                                                                                | CÓDIGO: CT-FO-01                                                                      |                          |
| ACTA DE ENTREGA Y/O RECIBO A SATISFACCIÓN                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                          | VERSIÓN No. 02                      |                                                                                | Página 1 de 2                                                                         |                          |
|                                                                                                              |                                                                                                                                                                                                                                          | FECHA:                              |                                                                                | 24                                                                                    | 7 2024                   |
| DATOS GENERALES DEL CONTRATO                                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                          |                                     |                                                                                |                                                                                       |                          |
| No. DE CONTRATO:                                                                                             | 001-004-2026                                                                                                                                                                                                                             |                                     | FECHA DE SUSCRIPCIÓN CONTRATO:                                                 |                                                                                       | 16/01/2026               |
| OBJETO DEL CONTRATO:                                                                                         | CONTRATAR UN(A) EN PSICOLOGÍA PARA DISEÑO E IMPLEMENTACIÓN DEL DECRETO 728 DEL 2025: ACCIONES DE PROMOCIÓN DE LA SALUD MENTAL, PREVENCIÓN DE PROBLEMAS Y TRASTORNOS MENTALES, Y CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS EN EL ÁMBITO LABORAL. |                                     |                                                                                |                                                                                       |                          |
| CONTRATISTA:                                                                                                 | ANDREA PAOLA MANCIPE CALDERON                                                                                                                                                                                                            |                                     |                                                                                |                                                                                       |                          |
| NIT/CC/CE:                                                                                                   | 52.542.071 DE BOGOTA                                                                                                                                                                                                                     |                                     |                                                                                |                                                                                       |                          |
| REPRESENTANTE LEGAL:                                                                                         | N/A                                                                                                                                                                                                                                      |                                     |                                                                                |                                                                                       |                          |
| INTERVENTOR:                                                                                                 | N/A                                                                                                                                                                                                                                      |                                     |                                                                                |                                                                                       |                          |
| SUPERVISOR:                                                                                                  | NANCY LILIANA CUTA CASTRO                                                                                                                                                                                                                |                                     |                                                                                |                                                                                       |                          |
| FECHA ACTA DE COORDINACIÓN O DE INICIO:                                                                      | 02/02/2026                                                                                                                                                                                                                               |                                     |                                                                                |                                                                                       |                          |
| PLAZO DE EJECUCIÓN:                                                                                          | 21/12/2026                                                                                                                                                                                                                               |                                     |                                                                                |                                                                                       |                          |
| FECHA DE TERMINACIÓN CONTRACTUAL:                                                                            | 21/12/2026                                                                                                                                                                                                                               |                                     |                                                                                |                                                                                       |                          |
| DATOS DE LA ENTREGA PARCIAL O TOTAL DEL BIEN O SERVICIO                                                      |                                                                                                                                                                                                                                          |                                     |                                                                                |                                                                                       |                          |
| TRATA DE LA ENTREGA (parcial/ total) QUE HACE EL CONTRATISTA A LA AGENCIA LOGISTICA DE LAS FUERZAS MILITARES |                                                                                                                                                                                                                                          |                                     |                                                                                |                                                                                       |                          |
| FECHA:                                                                                                       | (13/04/2026)                                                                                                                                                                                                                             | HORA:                               | N/A                                                                            | ENTREGA PARCIAL N°                                                                    | 3                        |
| CIUDAD/MUNICIPIO:                                                                                            | BOGOTÁ D.C                                                                                                                                                                                                                               | DIRECCIÓN :                         | CALLE 95 No. 13-08                                                             |                                                                                       |                          |
| INTERVIENEN EN LA ENTREGA:                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                          |                                     |                                                                                |                                                                                       |                          |
| ENTIDAD/EMPRESA                                                                                              | NOMBRE                                                                                                                                                                                                                                   | CARGO                               | EN CALIDAD DE                                                                  |                                                                                       |                          |
| AGENCIA LOGISTICA DE LAS FUERZAS MILITARES                                                                   | NANCY LILIANA CUTA CASTRO                                                                                                                                                                                                                | COORDINADORA GRUPO SST              | SUPERVISORA                                                                    |                                                                                       |                          |
| CONTRATISTA                                                                                                  | ANDREA PAOLA MANCIPE CALDERON                                                                                                                                                                                                            | PSICOLOGA ESPECIALISTA              | CONTRATISTA                                                                    |                                                                                       |                          |
| (Incluya las filas que sean requeridas)                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                          |                                     |                                                                                |                                                                                       |                          |
| EN CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO No.:                                                                            |                                                                                                                                                                                                                                          |                                     |                                                                                |                                                                                       |                          |
| ENTIDAD CONTRATANTE/CLIENTE:                                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                          |                                     |                                                                                |                                                                                       |                          |
| DATOS DE LOS BIENES Y/O SERVICIOS A ENTREGAR Y/O RECIBIR                                                     |                                                                                                                                                                                                                                          |                                     |                                                                                |                                                                                       |                          |
| SE HACE ENTREGA DE LOS BIENES Y /O SERVICIOS DISCRIMINADOS A CONTINUACION:                                   |                                                                                                                                                                                                                                          |                                     |                                                                                |                                                                                       |                          |
| ITEM                                                                                                         | DESCRIPCION                                                                                                                                                                                                                              | CANTIDAD                            | V/UNITARIO                                                                     | V/ IVA                                                                                | V/TOTAL                  |
| 1                                                                                                            | CONTRATAR UN(A) EN PSICOLOGÍA PARA DISEÑO E IMPLEMENTACIÓN DEL DECRETO 728 DEL 2025: ACCIONES DE PROMOCIÓN DE LA SALUD MENTAL, PREVENCIÓN DE PROBLEMAS Y TRASTORNOS MENTALES, Y CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS EN EL ÁMBITO LABORAL. | 1                                   | COP 5.254.035                                                                  | 0%                                                                                    | COP 5.254.035            |
|                                                                                                              |                                                                                                                                                                                                                                          |                                     | COP 0                                                                          | 0%                                                                                    | COP 0                    |
|                                                                                                              |                                                                                                                                                                                                                                          |                                     | COP 0                                                                          | 0%                                                                                    | COP 0                    |
|                                                                                                              |                                                                                                                                                                                                                                          |                                     | COP 0                                                                          | 0%                                                                                    | COP 0                    |
|                                                                                                              |                                                                                                                                                                                                                                          |                                     | COP 0                                                                          | 0%                                                                                    | COP 0                    |
| VALOR SIN I.V.A                                                                                              |                                                                                                                                                                                                                                          |                                     |                                                                                |                                                                                       | COP 5.254.035            |
| VALOR I.V.A                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                                                          |                                     |                                                                                |                                                                                       | COP 0                    |
| VALOR TOTAL                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                                                          |                                     |                                                                                |                                                                                       | COP 5.254.035            |
| SE HACE ENTREGA DE LOS BIENES Y /O SERVICIOS DISCRIMINADOS A CONTINUACION:                                   |                                                                                                                                                                                                                                          |                                     |                                                                                |                                                                                       |                          |
| ITEM                                                                                                         | DESCRIPCION                                                                                                                                                                                                                              | UND/MED                             | CANTIDAD                                                                       | V/UNITARIO                                                                            | VALOR PARCIAL 1          |
|                                                                                                              |                                                                                                                                                                                                                                          |                                     | 0,00                                                                           | COP 0                                                                                 | COP 0                    |
|                                                                                                              |                                                                                                                                                                                                                                          |                                     | 0,00                                                                           | COP 0                                                                                 | COP 0                    |
|                                                                                                              |                                                                                                                                                                                                                                          |                                     | 0,00                                                                           | COP 0                                                                                 | COP 0                    |
|                                                                                                              |                                                                                                                                                                                                                                          |                                     | 0,00                                                                           | COP 0                                                                                 | COP 0                    |
|                                                                                                              |                                                                                                                                                                                                                                          |                                     | 0,00                                                                           | COP 0                                                                                 | COP 0                    |
| VALOR PARCIAL 2                                                                                              |                                                                                                                                                                                                                                          |                                     |                                                                                |                                                                                       | COP 0                    |
| Administración                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                          |                                     | 5,00%                                                                          |                                                                                       | COP 0                    |
| Imprevistos                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                                                          |                                     | 2,00%                                                                          |                                                                                       | COP 0                    |
| Utilidades                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                          |                                     | 1,00%                                                                          |                                                                                       | COP 0                    |
|                                                                                                              |                                                                                                                                                                                                                                          |                                     | I.V.A / Utilidades                                                             | 0%                                                                                    | COP 0                    |
| VALOR TOTAL                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                                                          |                                     |                                                                                |                                                                                       | COP 0                    |
| CUMPLIENDO LOS REQUISITOS ESTABLECIDOS EN: MARQUE CON UNA X LOS QUE APLIQUEN                                 |                                                                                                                                                                                                                                          |                                     |                                                                                |                                                                                       |                          |
| OBJETO DEL CONTRATO:                                                                                         | <input checked="" type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                      | ANEXO DEL CONTRATO:                 | <input type="checkbox"/>                                                       | FICHA TECNICA :                                                                       | <input type="checkbox"/> |
| NORMA TECNICA:                                                                                               | <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                                 | CUAL?:                              |                                                                                |                                                                                       |                          |
| EVIDENCIADO DE ACUERDO CON LA APLICACIÓN DE: MARQUE CON UNA X A LOS QUE APLIQUEN                             |                                                                                                                                                                                                                                          |                                     |                                                                                |                                                                                       |                          |
| ACTIVIDAD                                                                                                    | APLICA                                                                                                                                                                                                                                   | NO APLICA                           | OBSERVACIONES                                                                  |                                                                                       |                          |
| INSPECCION VISUAL REALIZADA                                                                                  |                                                                                                                                                                                                                                          | <input checked="" type="checkbox"/> | Aquí se debe anotar lo encontrado en el producto durante la inspección visual. |                                                                                       |                          |
| INFORMES DE LABORATORIO REALIZADOS                                                                           |                                                                                                                                                                                                                                          | <input checked="" type="checkbox"/> | Aquí se deben relacionar los informes de laboratorio realizados exigidos       |                                                                                       |                          |
| CERTIFICACION EXPEDIDA                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                          | <input checked="" type="checkbox"/> | Aquí se debe relacionar el tipo de certificación expedida                      |                                                                                       |                          |
| OTRO                                                                                                         | <input checked="" type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                      |                                     | INFORME ACTIVIDADES                                                            |                                                                                       |                          |
| DATOS DEL RECIBO PARCIAL O TOTAL DE LOS BIENES O SERVICIOS                                                   |                                                                                                                                                                                                                                          |                                     |                                                                                |                                                                                       |                          |
| TRATA DEL RECIBO A SATISFACCION QUE HACE LA ENTIDAD CONTRATANTE /CLIENTE                                     |                                                                                                                                                                                                                                          |                                     |                                                                                |                                                                                       |                          |
| UNA VEZ REVISADOS LOS BIENES OBJETO DEL CONTRATO, POR PARTE DE: MARCAR CON UNA X A LOS QUE APLIQUEN          |                                                                                                                                                                                                                                          |                                     |                                                                                |                                                                                       |                          |
| COMITÉ TECNICO: SUPERVISOR : X                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                          |                                     |                                                                                |                                                                                       |                          |
| SE PUDO VERIFICAR QUE ESTOS CUMPLEN A ENTERA SATISFACCIÓN CON LOS REQUISITOS EXIGIDOS EN EL CONTRATO.        |                                                                                                                                                                                                                                          |                                     |                                                                                |                                                                                       |                          |
| OBSERVACIONES GENERALES : EL CONTRATISTA HA CUMPLIDO A ENTERA SATISFACCIÓN CON LAS ACTIVIDADES ENCOMENDADAS  |                                                                                                                                                                                                                                          |                                     |                                                                                |                                                                                       |                          |
| PARA CONSTANCIA DE LO ANTERIOR, INTERVIENEN :                                                                |                                                                                                                                                                                                                                          |                                     |                                                                                |                                                                                       |                          |
| ENTIDAD/EMPRESA                                                                                              | NOMBRE                                                                                                                                                                                                                                   | CARGO                               | EN CALIDAD DE                                                                  | FIRMA                                                                                 |                          |
| AGENCIA LOGISTICA DE LAS FUERZAS MILITARES                                                                   | NANCY LILIANA CUTA CASTRO                                                                                                                                                                                                                | COORDINADORA GRUPO SST              | SUPERVISORA                                                                    |  |                          |
| CONTRATISTA                                                                                                  | ANDREA PAOLA MANCIPE CALDERON                                                                                                                                                                                                            | PSICOLOGA ESPECIALISTA              | CONTRATISTA                                                                    |  |                          |
| (Incluya las filas que sean requeridas)                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                          |                                     |                                                                                |                                                                                       |                          |



**CUENTA DE COBRO No. 03**

**LA AGENCIA LOGISTICA DE LAS FUERZAS MILITARES**

NIT. 899.999.162 – 4

**DEBE A:**

**ANDREA PAOLA MANCIPE CALDERON**

CC. 52.542.071 de Bogotá

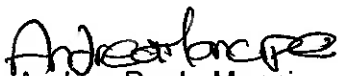
La suma de cinco millones doscientos cincuenta y cuatro mil cero treinta y cinco pesos m/cte. (\$5.254.035.), por concepto de la prestación de servicios profesionales correspondientes a la cuenta de cobro No. 03, con cargo al CONTRATO No. 001-004-2026 cuyo objeto es **"CONTRATAR UN PROFESIONAL EN PSICOLOGIA PARA DISEÑO E IMPLEMENTACIÓN DEL DECRETO 728 DE 2025: ACCIONES DE PROMOCIÓN DE LA SALUD MENTAL, PREVENCIÓN DE PROBLEMAS Y TRASTORNOS MENTALES, Y CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS EN EL ÁMBITO LABORAL**

**MANIFIESTO BAJO GRAVEDAD DE JURAMENTO QUE:**

Para efectos de la aplicación de la tabla de retención en la fuente de que trata el artículo 383 del Estatuto Tributario a la renta de trabajo, informo que no hare uso de costos y deducciones asociadas a los pagos o abonos en cuenta por concepto de HONORARIOS; o por compensaciones por SERVICIOS PERSONALES originados en el contrato suscrito con la entidad (parágrafo 4 del artículo 1.2.4.1.17 del Decreto 1625 de 2016).

Por lo anterior, solicito que al momento de la depuración de la base de la retención en la fuente sea tenida en cuenta la exención prevista en el numeral 10 del artículo 206 del Estatuto Tributario. Toda vez que cumplo con las previsiones del numeral 6 del artículo 1.2.4.1.6 del Decreto 1625 de 2016 modificado por el artículo 9 Decreto 2231 de 2023.

**Cordialmente**



Andrea Paola Mancipe Calderon

C.C 52.542.071 de Bogotá

Cel: 3213715334

Email: [andreapaolamancipe@gmail.com](mailto:andreapaolamancipe@gmail.com)



Bogotá D.C, 13 de Abril del 2026

Señores

Agencia Logística de las Fuerzas Militares  
Bogotá D.C

Asunto: Informe de Actividades No 03

Respetados señores:

Por medio de la presente, me permito remitir informe de actividades realizadas en el periodo del 12 de marzo de 2026 al 13 de abril de 2026, en el que se adelantaron todas y cada una de las actuaciones tendientes a lograr el cumplimiento del objeto y obligaciones contractuales del mismo suscrito con la AGENCIA LOGISTICA DE LAS FUERZAS MILITARES.

**DATOS GENERALES DEL CONTRATO:**

| <b>1. IDENTIFICACION DEL CONTRATISTA</b>                                                                                                                                                                                                       |                        |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------|
| Nombre:                                                                                                                                                                                                                                        | ANDREA PAOLA           |
| Apellidos:                                                                                                                                                                                                                                     | MANCIPE CALDERON       |
| Documento de Identidad:                                                                                                                                                                                                                        | 52.542.071             |
| Dirección:                                                                                                                                                                                                                                     | CALLE 48 A SUR # 88C49 |
| Teléfono:                                                                                                                                                                                                                                      | 3213715334             |
| Profesión:                                                                                                                                                                                                                                     | PSICOLOGA              |
| <b>2. OBJETO DE LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO</b>                                                                                                                                                                                                 |                        |
| <b>CONTRATAR UN(A) EN PSICOLOGÍA PARA DISEÑO E IMPLEMENTACIÓN DEL DECRETO 728 DEL 2025: ACCIONES DE PROMOCIÓN DE LA SALUD MENTAL, PREVENCIÓN DE PROBLEMAS Y TRASTORNOS MENTALES, Y CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS EN EL ÁMBITO LABORAL</b> |                        |
| <b>3. PLAZO DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO</b>                                                                                                                                                                                                      |                        |
| El plazo de ejecución del contrato será desde la legalización del contrato y hasta el 21 de diciembre de 2026.                                                                                                                                 |                        |
| <b>4. VALOR DEL CONTRATO</b>                                                                                                                                                                                                                   |                        |
| El valor total de la propuesta de prestación de servicios profesionales corresponde a la suma de <b>CINCUENTA Y SIETE MILLONES SETECIENTOS NOVENTA Y CUATRO MIL TRESCIENTOS OCHENTA Y CINCO PESOS</b>                                          |                        |

**M/CTE. (\$57.794.385.). INCLUIDOS TODOS LOS IMPUESTOS A QUE HAYA LUGAR Y DEMÁS GASTOS DE TODA ÍNDOLE EN QUE EL CONTRATISTA DEBA INCURRIR EN CUMPLIMIENTO EL OBJETO CONTRACTUAL.**

| ITEM     | OBLIGACIÓN                                                                                                                                                                                  | ACTIVIDAD EJECUTADA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | ENTREGABLES                                                                                     |
|----------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------|
|          | <b>SEGUIMIENTO</b>                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                                 |
| 10.1.2.1 | Realizar seguimiento a enfermedades de origen general (EG) y enfermedad laboral (EL).                                                                                                       | Se realiza mesa de Trabajo con T ASD y profesional DME, Psicosocial, donde se realiza seguimiento a trabajadores con diagnóstico de enfermedad de origen general (EG) y enfermedad laboral (EL), mediante revisión de recomendaciones médicas, control de incapacidades, verificación de cumplimiento por parte del empleador, acompañamiento psicosocial y, ARL y EPS, con el propósito de asegurar la implementación de medidas preventivas, correctivas y de rehabilitación laboral según el Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo. | Acta de reunión mesa de trabajo con la regional y orientaciones brindadas, Registro fotográfico |
| 10.1.2.2 | Dar cumplimiento al Decreto 728 de 2025 por el cual se adiciona el Capítulo al Título 4 de la Parte 2 del Libro 2 del Decreto 1072 de 2015, Decreto Único Reglamentario del Sector Trabajo, | En cumplimiento del Decreto 728 de 2025, por el cual se adiciona un capítulo al Decreto 1072 de 2015, se desarrollaron acciones orientadas a la promoción de la salud mental, prevención de problemas y trastornos mentales, y prevención                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | Listado de asistencia, divulgación de flyer a nivel nacional por correo electrónico.            |

|          |                                                                                                                                                                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                           |
|----------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------|
|          | <p>para establecer acciones de promoción de la salud mental, prevención de problemas y trastornos mentales, y consumo de sustancias psicoactivas en el ámbito laboral.</p> | <p>del consumo de sustancias psicoactivas en el entorno laboral, mediante la implementación de actividades del componente psicosocial del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo, incluyendo:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Socialización de la ruta de atención psicosocial.</li> <li>• Seguimiento a colaboradores con riesgo psicosocial, enfermedad de origen general (EG) y enfermedad laboral (EL).</li> <li>• Orientación individual y acompañamiento psicológico.</li> <li>• Divulgación de material educativo para el cuidado de la salud mental.</li> <li>• Articulación con Talento Humano, ARL y EPS para la atención integral de los casos.</li> </ul> |                                                           |
| 10.1.2.3 | <p>Participar en las mesas de trabajo para la revisión de casos ocupacionales.</p>                                                                                         | <p>Se realiza mesa de Trabajo con TASP y profesional DME, Psicosocial, donde se realiza seguimiento a trabajadores con diagnóstico de enfermedad de origen general (EG) y enfermedad laboral (EL) con el acompañamiento del asesor de la ARL y soportes de la EPS, con el propósito de asegurar la implementación de</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | <p>Acta de reunión mesa de trabajo con la regionales.</p> |

|          |                                                                                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                                 |
|----------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------|
|          |                                                                                                                                                                    | medidas preventivas, correctivas y de rehabilitación laboral según el Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo.                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                 |
| 10.1.2.4 | Realizar acompañamiento y cumplimiento a las recomendaciones y/o restricciones dadas por la EPS o ARL (Según requerimiento).                                       | Se inicia acompañamiento a los funcionarios priorizando los casos de mayor riesgo, teniendo en cuenta resultados de la aplicación de la batería de riesgo psicosocial.                                                                                                                                                                                                             | Formato de confidencialidad                                                                     |
| 10.1.2.5 | Notificar a funcionarios y remisión a EPS y/o ARL según el caso.                                                                                                   | Se realizó notificación a los funcionarios que presentaron novedades en salud, efectuando la respectiva remisión a EPS y/o ARL según el origen del evento, brindando orientación sobre el trámite correspondiente y verificando la continuidad en la atención médica, conforme a lo establecido en el Decreto 1072 de 2015.                                                        | Listado de asistencia, envió de recomendaciones por correo electrónico, carta de notificación.  |
| 10.1.2.6 | Asesorar, recopilar documentos y hacer seguimiento a los accidentes de trabajo, enfermedad común y/o laboral a nivel nacional con el acompañamiento del líder SST. | Mesa de trabajo con las regionales de Antioquia Choco, Oficina Principal, Dirección de Producción, recopilando documentación y se efectuó seguimiento a los accidentes de trabajo, enfermedad de origen común y enfermedad laboral a nivel nacional, en articulación con el líder de Seguridad y Salud en el Trabajo, verificando cumplimiento de recomendaciones médicas, reporte | Acta de reunión mesa de trabajo con la regionales, listado de asistencia y registro fotográfico |

|          |                                                                                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                              |
|----------|-------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------|
|          |                                                                                           | oportuno y acciones de intervención, de acuerdo con la normatividad vigente del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                              |
| 10.1.2.7 | Realizar seguimiento a las regionales en cuanto a medicina preventiva.                    | <p>Mesa de Trabajo Regional Nororiente en comisión, Se realizó seguimiento a las regionales en relación con las actividades de medicina preventiva y del trabajo, verificando el cumplimiento de lineamientos institucionales, ejecución de actividades de promoción y prevención, y reporte de novedades en salud de los colaboradores, con el fin de fortalecer el Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo.</p> <p><b>Temas tratados:</b><br/>Comunicación asertiva con lideres, tips para manejo de estrés.</p> | Listado de asistencia y registro fotográfico |
| 10.1.2.8 | Diseñar programas de vigilancia epidemiológica teniendo en cuenta los factores de riesgo. | Se diseñó el Programa de Vigilancia Epidemiológica de Riesgo Psicosocial, con base en los resultados de la batería de riesgo psicosocial, el análisis de condiciones de trabajo y los lineamientos normativos vigentes, estableciendo actividades de intervención, seguimiento, orientación psicosocial y promoción de la salud mental, con el propósito de prevenir                                                                                                                                                             | Base en Excel de uso confidencial.           |

|           |                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                             |
|-----------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------|
|           |                                                                                                                                                                              | la aparición de trastornos mentales y fortalecer el bienestar laboral, conforme a lo establecido en el Decreto 1072 de 2015 y el Decreto 728 de 2025. Se inicia seguimiento individual, con los colaboradores que tiene mayor riesgo de estrés con regionales Noroccidente, centro y parte de la oficina principal.                                                                                                                                                    |                                             |
| 10.1.2.9  | Implementación de la normatividad de promoción de la salud mental, prevención de problemas y trastornos mentales, y consumo de sustancias psicoactivas en el ámbito laboral. | Se desarrollaron acciones para la implementación de la normatividad relacionada con la promoción de la salud mental, prevención de problemas y trastornos mentales, y prevención del consumo de sustancias psicoactivas en el ámbito laboral, en cumplimiento del Decreto 728 de 2025, que adiciona disposiciones al Decreto 1072 de 2015, mediante actividades de sensibilización, orientación psicosocial, seguimiento a casos y divulgación de la ruta de atención. | Formato de confidencialidad                 |
| 10.1.2.10 | Realizar campaña de pausas activas a todo el personal de la Entidad.                                                                                                         | Se diseñó y ejecutó campaña institucional de pausas activas dirigida a todo el personal de la Entidad, promoviendo hábitos saludables, prevención de fatiga física y mental, y fortalecimiento del bienestar laboral, como                                                                                                                                                                                                                                             | Listado de asistencia, registro fotográfico |

|           |                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                             |
|-----------|---------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------|
|           |                                             | parte de las actividades de promoción y prevención del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo.<br><b>Temas tratados:</b><br>Regulación de emociones                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                             |
| 10.1.2.11 | Diseño e implementación del PVE psicosocial | Se realizó el diseño e implementación del Programa de Vigilancia Epidemiológica de Riesgo Psicosocial (PVE Psicosocial), incluyendo diagnóstico, planificación de intervenciones, seguimiento a casos, ejecución de actividades de promoción de la salud mental y control de factores de riesgo psicosocial, conforme a la normatividad vigente del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo y lineamientos del Decreto 1072 de 2015. | Formato de confidencialidad |

**Cordialmente**

  
**ANDREA PAOLA MANCIPE CALDERON**  
 PSICOLOGA ESPECIALISTA



Bogotá D.C, 10/04/2026

Señores.

**AGENCIA LOGISTICA DE LAS FUERZAS MILITARES**

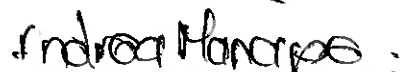
**ASUNTO: CERTIFICACIÓN PAGO APORTES SEGURIDAD SOCIAL**

Yo Andrea Paola Mancipe Calderon, identificada con cédula de ciudadanía No 52.542.071 de Bogotá, en calidad de persona natural y contratista de la Agencia Logística de las Fuerzas Militares, certifico que en el mes de abril he realizado el pago de los aportes a los Sistemas de Seguridad Social Integral (Salud, Pensión y riesgos profesionales) correspondientes al mes marzo así:

| DESCRPCIÓN        | No PLANILLA DE PAGO | VALOR APORTADO | ENTIDAD    |
|-------------------|---------------------|----------------|------------|
| Pensiones         | 73483552            | \$ 336.300     | PROTECCION |
| Riesgos laborales |                     | \$ 22.000      | POSITIVA   |
| Salud             |                     | \$ 262.800     | FAMISANAR  |

Lo anterior en cumplimiento de lo dispuesto en el artículo 50 de la Ley 789 de 2002 y el artículo 23 de la Ley 1150 de 2007.

Cordialmente,



ANDREA PAOLA MANCIPE CALDERON

C.C: 52.542.071 de Bogotá

Celular: 3213715334

Correo electrónico: [andreapaolamancipe@gmail.com](mailto:andreapaolamancipe@gmail.com)

Ciudad: Bogotá



|                                                                                   |        |                                                                                     |               |
|-----------------------------------------------------------------------------------|--------|-------------------------------------------------------------------------------------|---------------|
| PROCESO                                                                           |        |                                                                                     |               |
| GESTIÓN DE LA CONTRATACIÓN                                                        |        |                                                                                     |               |
|  | TÍTULO | CÓDIGO: CT-FO-11                                                                    |               |
|                                                                                   |        | VERSIÓN No. 03                                                                      | Página 1 de 9 |
|                                                                                   |        | FECHA:                                                                              | 16 07 2025    |
| INFORME DE SUPERVISIÓN                                                            |        |  |               |

### INFORME DE SUPERVISIÓN No. 03

Ciudad y fecha **13/04/2026**

**AL:** Abogada LUZ ADRIANA RICAURTE DIAZ  
Subdirectora General de Contratación  
Ordenadora del Gasto

Con toda atención me permito enviar al señor (a) a la Abg. LUZ ADRIANA RICAURTE DIAZ, subdirectora General de Contratación, el informe de supervisión No. 03 Del contrato No. 001-004-2026 Correspondiente al periodo del 12 de marzo del 2026 al 13 de abril de 2026 de acuerdo con la siguiente información:

Tener en cuenta para el diligenciamiento del informe las instrucciones impartidas en el Manual de Contratación.

- DATOS GENERALES DEL CONTRATO:** (De acuerdo con la notificación enviada por la Agencia Logística, se deberán establecer los datos)

**CONTRATO No.** 001-004-2026

**CONTRATISTA:** ANDREA PAOLA MANCIPE CALDERON

**OBJETO:** CONTRATAR UN(A) EN PSICOLOGÍA PARA DISEÑO E IMPLEMENTACIÓN DEL DECRETO 728 DEL 2025: ACCIONES DE PROMOCIÓN DE LA SALUD MENTAL, PREVENCIÓN DE PROBLEMAS Y TRASTORNOS MENTALES, Y CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS EN EL ÁMBITO LABORAL.

**VALOR DEL CONTRATO:** 57.794.385

**PLAZO DE EJECUCION DEL CONTRATO:** 21 de diciembre de 2026

**MODIFICACIONES:** SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_

| TIPO MODIFICACION |  |
|-------------------|--|
|                   |  |
|                   |  |



## GESTIÓN DE LA CONTRATACIÓN



TÍTULO

## INFORME DE SUPERVISIÓN

CÓDIGO: **CT-FO-11**

VERSIÓN No. **03**

Página 3 de 9

FECHA:

16

07

2025

[illegible]

## GESTIÓN DE LA CONTRATACIÓN



TÍTULO

# INFORME DE SUPERVISIÓN

CÓDIGO: CT-FO-11

VERSIÓN No. **03**

Página 4 de 9

FECHA:

16

07

2025

[illegible]



TÍTULO

## INFORME DE SUPERVISIÓN

**CÓDIGO: CT-FO-11**

**VERSIÓN No. 03**

Página 5 de 9

FECHA:

16

07

2025

[illegible]



TÍTULO

## INFORME DE SUPERVISIÓN

CÓDIGO: CT-FO-11

VERSIÓN No. 03

Página 6 de 9

FECHA:

16

07

2025



Grupo Social y Empresarial  
de la Defensa

[illegible]

|                                                                                                                                                                                       |                               |                                   |                             |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------|-----------------------------------|-----------------------------|
| <b>PROCESO</b>                                                                                                                                                                        |                               | <b>GESTIÓN DE LA CONTRATACIÓN</b> |                             |
|  <p><b>AGENCIA LOGÍSTICA</b><br/>FUERZAS MILITARES<br/><small>La unión de muchos Fuertes</small></p> | TÍTULO                        | CÓDIGO: <b>CT-FO-11</b>           |                             |
|                                                                                                                                                                                       | <b>INFORME DE SUPERVISIÓN</b> | VERSIÓN No. <b>03</b>             | Página <b>7</b> de <b>9</b> |
|                                                                                                                                                                                       |                               | FECHA:                            | <b>16</b>                   |
|                                                                                                                                                                                       |                               | <b>2025</b>                       |                             |



|           |                                                                                          |                                                                            |           |           |           |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|-----------|------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------|-----------|-----------|-----------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
|           |                                                                                          | DME y Psicosocial                                                          |           |           |           |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 10.1.2.8  | Diseñar programas de vigilancia epidemiológica teniendo en cuenta los factores de riesgo | Se está trabajando con los resultados de la batería de Riesgos Psicosocial | SI CUMPLE | SI CUMPLE | SI CUMPLE |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 10.1.2.9  | Crear carpetas para los conceptos ocupacionales de los funcionarios de la Entidad.       | Nos encontramos en la ejecución del programa ya está diseñado.             | SI CUMPLE | SI CUMPLE | SI CUMPLE |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 10.1.2.10 | Realizar campaña de pausas activas a todo el personal de la Entidad.                     | Se realiza pausa cognitiva en stop de emociones                            | SI CUMPLE | SI CUMPLE | SI CUMPLE |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 10.1.2.11 | Diseño e implementación del PVE psicosocial                                              | Nos encontramos en la ejecución del programa ya está diseñado.             | SI CUMPLE | SI CUMPLE | SI CUMPLE |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

### 3. CUMPLIMIENTO DE LOS RIESGOS PREVISIBLES DEL CONTRATO.

Seguimiento y monitoreo de los riesgos establecidos para la etapa de ejecución del contrato:

| N° | TIPO        | DESCRIPCIÓN                                   | TRATAMIENTO                                                        | RESPONSABLE             | PERIODICIDAD |
|----|-------------|-----------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------|-------------------------|--------------|
| 1  | Operacional | No aporte del adjudicatario de la garantía de | Cumplimiento de todos los requisitos previos para legalización del | Dirección de Contratos. | Diario.      |

|                                                                                                                                                                                          |                                                    |                         |           |                                                                                                                                     |  |                             |             |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------|-------------------------|-----------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|-----------------------------|-------------|
| PROCESO                                                                                                                                                                                  |                                                    |                         |           |                                                                                                                                     |  |                             |             |
| GESTIÓN DE LA CONTRATACIÓN                                                                                                                                                               |                                                    |                         |           |                                                                                                                                     |  |                             |             |
| <br><b>AGENCIA LOGÍSTICA</b><br><b>FUERZAS MILITARES</b><br><small>La Unión de nuestros Fuertes</small> | <b>TÍTULO</b><br><br><b>INFORME DE SUPERVISIÓN</b> | CÓDIGO: <b>CT-FO-11</b> |           | <br><small>Comando en Jefe de la Defensa</small> |  |                             |             |
|                                                                                                                                                                                          |                                                    | VERSIÓN No. <b>03</b>   |           |                                                                                                                                     |  | Página <b>8</b> de <b>9</b> |             |
|                                                                                                                                                                                          |                                                    | FECHA:                  | <b>16</b> |                                                                                                                                     |  | <b>07</b>                   | <b>2025</b> |

|   |             |                                         |                                                                              |                         |          |
|---|-------------|-----------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------|-------------------------|----------|
|   |             | cumplimiento.                           | contrato.                                                                    |                         |          |
| 2 | Operacional | No suscripción del contrato.            | Cumplimiento de todos los requisitos previos para legalización del contrato. | Dirección de Contratos. | Diario.  |
| 3 | Operacional | Incumplimiento de las obligaciones      | Suficiencia de la garantía de cumplimiento.                                  | Supervisor.             | Mensual. |
| 4 | Operacional | Deficiencia en la calidad del servicio. | Suficiencia de la garantía de calidad del servicio.                          | Supervisor.             | Mensual. |

#### 4. NOVEDADES DE INCUMPLIMIENTO EN LA EJECUCION: (N/A)

#### 5. CONTROL DE PAGOS

| Valor inicial del Contrato      | \$ 50.276.523 |                 |                    |                                                           |
|---------------------------------|---------------|-----------------|--------------------|-----------------------------------------------------------|
| No. Factura y/o Cuenta de cobro | Fecha         | Valor Facturado | Saldo por Ejecutar | Con cargo al Contrato Interadministrativo No. (SI APLICA) |
| Pago anticipo (si aplica)       | N/A           | \$ N/A          | \$ N/A             | N/A                                                       |
| Cuenta de Cobro No. 1           | 10/02/2026    | \$ 5.254.035    | \$ 52.540.350      | N/A                                                       |
| Cuenta de Cobro No. 2           | 11/03/2026    | \$ 5.254.035    | \$ 47.286.315      | N/A                                                       |
| Cuenta de Cobro No. 3           | 13/04/2026    | \$ 5.254.035    | \$ 42.032.280      | N/A                                                       |
| <b>Subtotal (por usos)</b>      |               | \$ 15.762.070   | \$ 42.032.280      |                                                           |

**Nota:** antes de realizar el cargue del informe de supervisión al SECOP II, verifique que el contratista realice el cargue de las facturas en la plataforma.

Porcentaje cumplimiento Avance 27.27% Demora \_\_\_\_\_%

#### 6. INFORMACIÓN FIDUCIAS (Cuando aplique) N/A

#### 7. INFORMACIÓN PERSONAL CONTRATADO N/A

#### 8. INFORMACIÓN AIU N/A

#### 9. DOCUMENTOS ANEXOS AL INFORME:

Se anexa informe de actividades y ruta de documentos digital

#### 10. REEVALUACIÓN DE PROVEEDORES: N/A

|                                                                                     |        |                  |               |
|-------------------------------------------------------------------------------------|--------|------------------|---------------|
| PROCESO                                                                             |        |                  |               |
| GESTIÓN DE LA CONTRATACIÓN                                                          |        |                  |               |
|    | TÍTULO | CÓDIGO: CT-FO-11 |               |
|                                                                                     |        | VERSIÓN No. 03   | Página 9 de 9 |
|                                                                                     |        | FECHA:           | 16 07 2025    |
|  |        |                  |               |
| <b>INFORME DE SUPERVISIÓN</b>                                                       |        |                  |               |

| FACTORES A EVALUAR                                                                      | CUMPLE |    | OBSERVACION |
|-----------------------------------------------------------------------------------------|--------|----|-------------|
|                                                                                         | SI     | NO |             |
| Nivel de Cumplimiento con el objeto del contrato y especificaciones técnicas del mismo. |        |    |             |
| Nivel de Cumplimiento con el tiempo de entrega.                                         |        |    |             |
| Nivel de Cumplimiento con las obligaciones adicionales estipuladas en el contrato.      |        |    |             |
| Nivel de Cumplimiento con el precio ofertado.                                           |        |    |             |

En observación se sugiere siempre colocar un comentario

#### 11. RECOMENDACIONES:

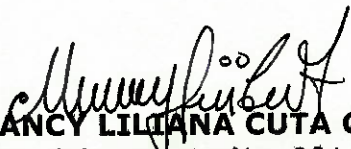
Se anexa la Planilla No **73483552** donde se ve reflejado el pago total de la seguridad social.

En el informe de supervisión se registran las actividades adelantadas por la contratista del 12 de marzo de 2026 al 13 de abril de 2026

De acuerdo a la información reportada al ordenador(a) del gasto y la supervisora del contrato de prestación de servicios 001-004-2026, avalo el pago de la cuenta de cobro No.03 por un valor total de \$ 5.254.035 correspondiente a:

| Factura No.           | Fecha factura | Valor factura |
|-----------------------|---------------|---------------|
| Cuenta de cobro No 03 | 13/04/2026    | \$5.254.035   |
| TOTAL                 |               | \$5.254.035   |

Cordialmente,

  
**PD. NANCY LILIANA CUTA CASTRO**  
 Supervisor del contrato No. 001-004-2026





| CODIGO | NOMBRE ADMINISTRADORA           | COTIZANTE | I | N | T | T | T | V | S | L | V | V | I | CORRECCION | DIAS | IBC         | TARIFA APORTE | COTIZACION Y/O APORTE | FSP SOLIDARIDAD | FSP SUBSISTENCIA | PERIODO      | NÚMERO DE PLANILLA | FECHA DE PAGO | EXONERADO |
|--------|---------------------------------|-----------|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|------------|------|-------------|---------------|-----------------------|-----------------|------------------|--------------|--------------------|---------------|-----------|
| EPS017 | Famisanar EPS Cafam Colsubsidio | 57        |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   | 0          | 30   | \$2,101,614 | 0.12500       | \$262,800             | \$0             | \$0              | Marzo - 2026 | 73483552           | 10/04/2026    | NO        |
| 14-23  | POSITIVA COMPANIA DE SEGUROS    | 57        |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   | 0          | 30   | \$2,101,614 | 0.01044       | \$22,000              | \$0             | \$0              | Marzo - 2026 | 73483552           | 10/04/2026    | NO        |
| 230201 | Proteccion (ING + Proteccion)   | 57        |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   | 0          | 30   | \$2,101,614 | 0.16000       | \$336,300             | \$0             | \$0              | Marzo - 2026 | 73483552           | 10/04/2026    | NO        |

Este documento está clasificado como privado por parte de Compensar Operador de Información.



| DATOS DE LA PLANILLA |                                 |                 |                         |                    |              |
|----------------------|---------------------------------|-----------------|-------------------------|--------------------|--------------|
| PLANILLA ASOCIADA    | FECHA PAGO ASOCIADA (OAMBESAND) | NUMERO PLANILLA | FECHA PAGO (DIAMBESAND) | CANTIDAD EMPLEADOS | CANTIDAD UPC |
|                      |                                 | 73493552        | 10/04/2026              | 1                  | 0            |
| PERIODO SALLUO       | PERIODO PENSION                 | TIPO PLANILLA   | TOTAL NOMINA            | TOTAL A PAGAR      |              |
| 2025-03              | 2026-03                         | 1               | \$0                     | \$621.100          |              |

| Identificación | Días Mora |   | Valor Mora<br>Capitalización | Valor Mora<br>UPC | Total a Pagar | No. Afiliados |
|----------------|-----------|---|------------------------------|-------------------|---------------|---------------|
|                | Valor     |   |                              |                   |               |               |
| 0              |           | 0 | 0                            | 0                 | 282.800       | 1             |

| No. Afiliados | Valor Mora FSP | Valor Mora Cotización | Días Mora | Aporte FSP - Subsistencia |
|---------------|----------------|-----------------------|-----------|---------------------------|
| 1             | 336.300        | 0                     | 0         | 0                         |

| Partida             | No. Radicado | Valor Saldo a Favor | Fondo Solidaridad | Total a Pagar | No. Afiliados |
|---------------------|--------------|---------------------|-------------------|---------------|---------------|
| Subtotal Cotización | 22,000       |                     | 220               | 22,000        | 1             |

| NIT | Valor Aporte | Días Mora | Valor Mora Aporte | Total a Pagar | No. Afiliados |
|-----|--------------|-----------|-------------------|---------------|---------------|
|-----|--------------|-----------|-------------------|---------------|---------------|

| TOTALES POR SUBSISTEMA |                                |                                     |                |
|------------------------|--------------------------------|-------------------------------------|----------------|
| Tipo Administradora    | No. Administradoras Reportadas | Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora | Total a Pagar  |
| Salud                  | 1                              | 262.800                             | 262.800        |
| Pensión                | 1                              | 336.300                             | 336.300        |
| Riesgos Laborales      | 1                              | 22.000                              | 22.000         |
| CCF                    | 0                              | 0                                   | 0              |
| ESAP                   | 0                              | 0                                   | 0              |
| ICBF                   | 0                              | 0                                   | 0              |
| MEN                    | 0                              | 0                                   | 0              |
| SENA                   | 0                              | 0                                   | 0              |
| <b>TOTALES</b>         | <b>3</b>                       | <b>621.100</b>                      | <b>621.100</b> |

| DATOS DEL APORTANTE |                   |                               |        |                                              |          |                               |
|---------------------|-------------------|-------------------------------|--------|----------------------------------------------|----------|-------------------------------|
| TIPO                | NÚMERO            | NOMBRE APORTANTE              |        | DIRECCIÓN                                    | TELÉFONO | CORREO                        |
| CC                  | 52540071          | ANDREA PAOLA MANCIPE CALDERIN |        | CL. 48 A SUR # BBC-49<br>QUINTAS 2 2 CASA 81 | 7501410  | andrea.paulamancipe@gmail.com |
| FORMA PRESENTACIÓN  | CLASE APORTANTE   | NOMBRE SUCURSAL               | CÓDIGO | CIUDAD / MUNICIPIO                           |          |                               |
| UNICA               | I – Independiente |                               |        | BOGOTÁ D.C                                   |          |                               |
|                     |                   |                               |        | BOGOTÁ D.C                                   | NO       |                               |

| DATOS DE LA PLANILLA |                                   |                 |                          |                    |
|----------------------|-----------------------------------|-----------------|--------------------------|--------------------|
| PLANILLA ASOCIADA    | FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO) | NÚMERO PLANILLA | FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO) | CANTIDAD EMPLEADOS |
|                      |                                   | 73483952        | 10/04/2006               | 1                  |
| PERIODO SALUD        | 2006-03                           |                 | TOTAL NÓMINA             | TOTAL A PAGAR      |
|                      |                                   | 1               | \$0                      | \$071 100          |

## DETALLE POR COTIZANTE

[illegible]