

| PROCESO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                |                                    |                                  |                                                     |                                                  |                         |               |                                                                                     |           |                           |                                                                                              |           |  |  |  |  |  |                      |           |                           |                                  |                                                  |               |                         |               |                       |      |   |                                                                                              |  |  |      |  |   |  |  |  |   |                                                                          |  |  |  |  |   |  |  |  |   |                                                                                                      |  |  |  |  |   |  |  |  |   |                                                                                |  |  |  |  |   |  |  |  |   |                                                                                                                                                                |  |  |  |  |   |  |  |  |   |                                                   |  |  |  |  |   |  |  |  |   |                                                                                               |  |  |  |  |   |  |  |  |   |                                                                         |  |  |  |  |     |  |  |  |   |                               |  |  |  |  |  |  |  |  |    |                            |  |  |  |      |  |  |  |  |    |                                                                    |  |  |  |  |  |  |  |  |    |                                                                                                                                          |  |  |  |  |   |  |  |  |    |                                                        |  |  |  |  |     |  |  |  |    |                                                         |  |  |  |  |     |  |  |  |    |                    |  |  |  |  |     |  |  |  |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------|----------------------------------|-----------------------------------------------------|--------------------------------------------------|-------------------------|---------------|-------------------------------------------------------------------------------------|-----------|---------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|--|--|--|--|--|----------------------|-----------|---------------------------|----------------------------------|--------------------------------------------------|---------------|-------------------------|---------------|-----------------------|------|---|----------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|------|--|---|--|--|--|---|--------------------------------------------------------------------------|--|--|--|--|---|--|--|--|---|------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|--|--|---|--|--|--|---|--------------------------------------------------------------------------------|--|--|--|--|---|--|--|--|---|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|--|--|---|--|--|--|---|---------------------------------------------------|--|--|--|--|---|--|--|--|---|-----------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|--|--|---|--|--|--|---|-------------------------------------------------------------------------|--|--|--|--|-----|--|--|--|---|-------------------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|----|----------------------------|--|--|--|------|--|--|--|--|----|--------------------------------------------------------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|----|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|--|--|---|--|--|--|----|--------------------------------------------------------|--|--|--|--|-----|--|--|--|----|---------------------------------------------------------|--|--|--|--|-----|--|--|--|----|--------------------|--|--|--|--|-----|--|--|--|
| GESTIÓN CONTRACTUAL                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                                |                                    |                                  |                                                     |                                                  |                         |               |                                                                                     |           |                           |                                                                                              |           |  |  |  |  |  |                      |           |                           |                                  |                                                  |               |                         |               |                       |      |   |                                                                                              |  |  |      |  |   |  |  |  |   |                                                                          |  |  |  |  |   |  |  |  |   |                                                                                                      |  |  |  |  |   |  |  |  |   |                                                                                |  |  |  |  |   |  |  |  |   |                                                                                                                                                                |  |  |  |  |   |  |  |  |   |                                                   |  |  |  |  |   |  |  |  |   |                                                                                               |  |  |  |  |   |  |  |  |   |                                                                         |  |  |  |  |     |  |  |  |   |                               |  |  |  |  |  |  |  |  |    |                            |  |  |  |      |  |  |  |  |    |                                                                    |  |  |  |  |  |  |  |  |    |                                                                                                                                          |  |  |  |  |   |  |  |  |    |                                                        |  |  |  |  |     |  |  |  |    |                                                         |  |  |  |  |     |  |  |  |    |                    |  |  |  |  |     |  |  |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                | TÍTULO                             |                                  | CÓDIGO: CT-FO-44                                    |                                                  | Página 1 de 1           |               |  |           |                           |                                                                                              |           |  |  |  |  |  |                      |           |                           |                                  |                                                  |               |                         |               |                       |      |   |                                                                                              |  |  |      |  |   |  |  |  |   |                                                                          |  |  |  |  |   |  |  |  |   |                                                                                                      |  |  |  |  |   |  |  |  |   |                                                                                |  |  |  |  |   |  |  |  |   |                                                                                                                                                                |  |  |  |  |   |  |  |  |   |                                                   |  |  |  |  |   |  |  |  |   |                                                                                               |  |  |  |  |   |  |  |  |   |                                                                         |  |  |  |  |     |  |  |  |   |                               |  |  |  |  |  |  |  |  |    |                            |  |  |  |      |  |  |  |  |    |                                                                    |  |  |  |  |  |  |  |  |    |                                                                                                                                          |  |  |  |  |   |  |  |  |    |                                                        |  |  |  |  |     |  |  |  |    |                                                         |  |  |  |  |     |  |  |  |    |                    |  |  |  |  |     |  |  |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                | VERIFICACIÓN DEL TRÁMITE DE PAGO   |                                  | VERSIÓN No. 01                                      |                                                  | FECHA: 24 7 2024        |               |                                                                                     |           |                           |                                                                                              |           |  |  |  |  |  |                      |           |                           |                                  |                                                  |               |                         |               |                       |      |   |                                                                                              |  |  |      |  |   |  |  |  |   |                                                                          |  |  |  |  |   |  |  |  |   |                                                                                                      |  |  |  |  |   |  |  |  |   |                                                                                |  |  |  |  |   |  |  |  |   |                                                                                                                                                                |  |  |  |  |   |  |  |  |   |                                                   |  |  |  |  |   |  |  |  |   |                                                                                               |  |  |  |  |   |  |  |  |   |                                                                         |  |  |  |  |     |  |  |  |   |                               |  |  |  |  |  |  |  |  |    |                            |  |  |  |      |  |  |  |  |    |                                                                    |  |  |  |  |  |  |  |  |    |                                                                                                                                          |  |  |  |  |   |  |  |  |    |                                                        |  |  |  |  |     |  |  |  |    |                                                         |  |  |  |  |     |  |  |  |    |                    |  |  |  |  |     |  |  |  |
| CONTRATISTA O BENEFICIARIO: ANDREA PAOLA MANCIPE CALDERON                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                |                                    |                                  | No. CONTRATO Y/O ORDEN DE COMPRA: CTO. 001-004-2026 |                                                  |                         |               |                                                                                     |           |                           |                                                                                              |           |  |  |  |  |  |                      |           |                           |                                  |                                                  |               |                         |               |                       |      |   |                                                                                              |  |  |      |  |   |  |  |  |   |                                                                          |  |  |  |  |   |  |  |  |   |                                                                                                      |  |  |  |  |   |  |  |  |   |                                                                                |  |  |  |  |   |  |  |  |   |                                                                                                                                                                |  |  |  |  |   |  |  |  |   |                                                   |  |  |  |  |   |  |  |  |   |                                                                                               |  |  |  |  |   |  |  |  |   |                                                                         |  |  |  |  |     |  |  |  |   |                               |  |  |  |  |  |  |  |  |    |                            |  |  |  |      |  |  |  |  |    |                                                                    |  |  |  |  |  |  |  |  |    |                                                                                                                                          |  |  |  |  |   |  |  |  |    |                                                        |  |  |  |  |     |  |  |  |    |                                                         |  |  |  |  |     |  |  |  |    |                    |  |  |  |  |     |  |  |  |
| DEPENDENCIA ENCARGADA DEL TRÁMITE DE PAGO: DIRECCIÓN ADMINISTRATIVA Y TALENTO HUMANO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                                                                                                |                                    |                                  |                                                     |                                                  |                         |               |                                                                                     |           |                           |                                                                                              |           |  |  |  |  |  |                      |           |                           |                                  |                                                  |               |                         |               |                       |      |   |                                                                                              |  |  |      |  |   |  |  |  |   |                                                                          |  |  |  |  |   |  |  |  |   |                                                                                                      |  |  |  |  |   |  |  |  |   |                                                                                |  |  |  |  |   |  |  |  |   |                                                                                                                                                                |  |  |  |  |   |  |  |  |   |                                                   |  |  |  |  |   |  |  |  |   |                                                                                               |  |  |  |  |   |  |  |  |   |                                                                         |  |  |  |  |     |  |  |  |   |                               |  |  |  |  |  |  |  |  |    |                            |  |  |  |      |  |  |  |  |    |                                                                    |  |  |  |  |  |  |  |  |    |                                                                                                                                          |  |  |  |  |   |  |  |  |    |                                                        |  |  |  |  |     |  |  |  |    |                                                         |  |  |  |  |     |  |  |  |    |                    |  |  |  |  |     |  |  |  |
| FECHA DE RECEPCIÓN:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                                | VALOR TRÁMITE DE PAGO: \$5.254.035 |                                  | FECHA DE ENTREGA SUPERVISIÓN:                       |                                                  | RADICADO N°             |               |                                                                                     |           |                           |                                                                                              |           |  |  |  |  |  |                      |           |                           |                                  |                                                  |               |                         |               |                       |      |   |                                                                                              |  |  |      |  |   |  |  |  |   |                                                                          |  |  |  |  |   |  |  |  |   |                                                                                                      |  |  |  |  |   |  |  |  |   |                                                                                |  |  |  |  |   |  |  |  |   |                                                                                                                                                                |  |  |  |  |   |  |  |  |   |                                                   |  |  |  |  |   |  |  |  |   |                                                                                               |  |  |  |  |   |  |  |  |   |                                                                         |  |  |  |  |     |  |  |  |   |                               |  |  |  |  |  |  |  |  |    |                            |  |  |  |      |  |  |  |  |    |                                                                    |  |  |  |  |  |  |  |  |    |                                                                                                                                          |  |  |  |  |   |  |  |  |    |                                                        |  |  |  |  |     |  |  |  |    |                                                         |  |  |  |  |     |  |  |  |    |                    |  |  |  |  |     |  |  |  |
| FECHA DE VALIDACIÓN GESTOR:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                                                                |                                    |                                  |                                                     |                                                  |                         |               |                                                                                     |           |                           |                                                                                              |           |  |  |  |  |  |                      |           |                           |                                  |                                                  |               |                         |               |                       |      |   |                                                                                              |  |  |      |  |   |  |  |  |   |                                                                          |  |  |  |  |   |  |  |  |   |                                                                                                      |  |  |  |  |   |  |  |  |   |                                                                                |  |  |  |  |   |  |  |  |   |                                                                                                                                                                |  |  |  |  |   |  |  |  |   |                                                   |  |  |  |  |   |  |  |  |   |                                                                                               |  |  |  |  |   |  |  |  |   |                                                                         |  |  |  |  |     |  |  |  |   |                               |  |  |  |  |  |  |  |  |    |                            |  |  |  |      |  |  |  |  |    |                                                                    |  |  |  |  |  |  |  |  |    |                                                                                                                                          |  |  |  |  |   |  |  |  |    |                                                        |  |  |  |  |     |  |  |  |    |                                                         |  |  |  |  |     |  |  |  |    |                    |  |  |  |  |     |  |  |  |
| SUPERVISOR: PD. NANCY LILIANA CUTA CASTRO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                |                                    |                                  |                                                     |                                                  |                         |               |                                                                                     |           |                           |                                                                                              |           |  |  |  |  |  |                      |           |                           |                                  |                                                  |               |                         |               |                       |      |   |                                                                                              |  |  |      |  |   |  |  |  |   |                                                                          |  |  |  |  |   |  |  |  |   |                                                                                                      |  |  |  |  |   |  |  |  |   |                                                                                |  |  |  |  |   |  |  |  |   |                                                                                                                                                                |  |  |  |  |   |  |  |  |   |                                                   |  |  |  |  |   |  |  |  |   |                                                                                               |  |  |  |  |   |  |  |  |   |                                                                         |  |  |  |  |     |  |  |  |   |                               |  |  |  |  |  |  |  |  |    |                            |  |  |  |      |  |  |  |  |    |                                                                    |  |  |  |  |  |  |  |  |    |                                                                                                                                          |  |  |  |  |   |  |  |  |    |                                                        |  |  |  |  |     |  |  |  |    |                                                         |  |  |  |  |     |  |  |  |    |                    |  |  |  |  |     |  |  |  |
| <table><tr><th rowspan="2">No.</th><th rowspan="2">DESCRIPCIÓN</th><th colspan="7">CONTRATOS</th><th rowspan="2">ANTICIPOS</th></tr><tr><th>COMPRA VENTA O SUMINISTRO</th><th>SUMINISTRO, ORDENES DE SERVICIOS</th><th>ORDEN DE COMPRA</th><th>FIDUCIA</th><th>PRESTACIÓN DE SERVICIOS</th><th>INTERVENTORIA</th><th>INTER-ADMINISTRATIVOS</th><th>OBRA</th></tr><tr><td>1</td><td>Validación de la Publicación en Secop II (trámite de pago, Informe de supervisión, Facturas)</td><td></td><td></td><td>N.A.</td><td></td><td>✓</td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>2</td><td>Formato Trámite pago parcial y/o total (Firmado por supervisor y gestor)</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td>✓</td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>3</td><td>Cuadro control de pagos firmado (Relación Usos Presupuestales, firmado por supervisor y presupuesto)</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td>✓</td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>4</td><td>Acta de entrega y Recibo a Satisfacción (Firmado por supervisor y contratista)</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td>✓</td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>5</td><td>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.</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td>✓</td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>6</td><td>Certificación paz y salvo obligaciones laborales.</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td>✓</td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>7</td><td>Informe de Supervisión o aval de pago (de acuerdo a la cláusula "Forma de Pago" del contrato)</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td>✓</td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>8</td><td>Informe de Actividades (cuando el contrato indique en la Forma de Pago)</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td>N/A</td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>9</td><td>Corte parcial o final de obra</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>10</td><td>Aval de pago Interventoría</td><td></td><td></td><td></td><td>N.A.</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>11</td><td>Paz y salvo de la Unidad o dependencia donde se ejecutan las obras</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>12</td><td>Factura o documento equivalente que cumpla con los requisitos del Art. 617 del E.T. Nota: Verificación de acuerdo a normatividad vigente</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td>✓</td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>13</td><td>Alta Almacén (cuando el bien deba ingresar al almacén)</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td>N/A</td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>14</td><td>Otros anexos* (Memorandos, Resoluciones, Oficios, etc.)</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td>N/A</td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>15</td><td>Multas o Sanciones</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td>N/A</td><td></td><td></td><td></td></tr></table> |                                                                                                                                                                |                                    |                                  |                                                     |                                                  |                         |               |                                                                                     |           | 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 |  |  |  |  |  |  |  |  | 10 | Aval de pago Interventoría |  |  |  | N.A. |  |  |  |  | 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 |  |  |  | 14 | Otros anexos* (Memorandos, Resoluciones, Oficios, etc.) |  |  |  |  | N/A |  |  |  | 15 | Multas o Sanciones |  |  |  |  | N/A |  |  |  |
| 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                                                                                                                                  |                                    |                                  |                                                     |                                                  |                         |               |                                                                                     |           |                           |                                                                                              |           |  |  |  |  |  |                      |           |                           |                                  |                                                  |               |                         |               |                       |      |   |                                                                                              |  |  |      |  |   |  |  |  |   |                                                                          |  |  |  |  |   |  |  |  |   |                                                                                                      |  |  |  |  |   |  |  |  |   |                                                                                |  |  |  |  |   |  |  |  |   |                                                                                                                                                                |  |  |  |  |   |  |  |  |   |                                                   |  |  |  |  |   |  |  |  |   |                                                                                               |  |  |  |  |   |  |  |  |   |                                                                         |  |  |  |  |     |  |  |  |   |                               |  |  |  |  |  |  |  |  |    |                            |  |  |  |      |  |  |  |  |    |                                                                    |  |  |  |  |  |  |  |  |    |                                                                                                                                          |  |  |  |  |   |  |  |  |    |                                                        |  |  |  |  |     |  |  |  |    |                                                         |  |  |  |  |     |  |  |  |    |                    |  |  |  |  |     |  |  |  |
| 10                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | Aval de pago Interventoría                                                                                                                                     |                                    |                                  |                                                     | N.A.                                             |                         |               |                                                                                     |           |                           |                                                                                              |           |  |  |  |  |  |                      |           |                           |                                  |                                                  |               |                         |               |                       |      |   |                                                                                              |  |  |      |  |   |  |  |  |   |                                                                          |  |  |  |  |   |  |  |  |   |                                                                                                      |  |  |  |  |   |  |  |  |   |                                                                                |  |  |  |  |   |  |  |  |   |                                                                                                                                                                |  |  |  |  |   |  |  |  |   |                                                   |  |  |  |  |   |  |  |  |   |                                                                                               |  |  |  |  |   |  |  |  |   |                                                                         |  |  |  |  |     |  |  |  |   |                               |  |  |  |  |  |  |  |  |    |                            |  |  |  |      |  |  |  |  |    |                                                                    |  |  |  |  |  |  |  |  |    |                                                                                                                                          |  |  |  |  |   |  |  |  |    |                                                        |  |  |  |  |     |  |  |  |    |                                                         |  |  |  |  |     |  |  |  |    |                    |  |  |  |  |     |  |  |  |
| 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                     |               |                                                                                     |           |                           |                                                                                              |           |  |  |  |  |  |                      |           |                           |                                  |                                                  |               |                         |               |                       |      |   |                                                                                              |  |  |      |  |   |  |  |  |   |                                                                          |  |  |  |  |   |  |  |  |   |                                                                                                      |  |  |  |  |   |  |  |  |   |                                                                                |  |  |  |  |   |  |  |  |   |                                                                                                                                                                |  |  |  |  |   |  |  |  |   |                                                   |  |  |  |  |   |  |  |  |   |                                                                                               |  |  |  |  |   |  |  |  |   |                                                                         |  |  |  |  |     |  |  |  |   |                               |  |  |  |  |  |  |  |  |    |                            |  |  |  |      |  |  |  |  |    |                                                                    |  |  |  |  |  |  |  |  |    |                                                                                                                                          |  |  |  |  |   |  |  |  |    |                                                        |  |  |  |  |     |  |  |  |    |                                                         |  |  |  |  |     |  |  |  |    |                    |  |  |  |  |     |  |  |  |
| 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.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                |                                    |                                  |                                                     |                                                  |                         |               |                                                                                     |           |                           |                                                                                              |           |  |  |  |  |  |                      |           |                           |                                  |                                                  |               |                         |               |                       |      |   |                                                                                              |  |  |      |  |   |  |  |  |   |                                                                          |  |  |  |  |   |  |  |  |   |                                                                                                      |  |  |  |  |   |  |  |  |   |                                                                                |  |  |  |  |   |  |  |  |   |                                                                                                                                                                |  |  |  |  |   |  |  |  |   |                                                   |  |  |  |  |   |  |  |  |   |                                                                                               |  |  |  |  |   |  |  |  |   |                                                                         |  |  |  |  |     |  |  |  |   |                               |  |  |  |  |  |  |  |  |    |                            |  |  |  |      |  |  |  |  |    |                                                                    |  |  |  |  |  |  |  |  |    |                                                                                                                                          |  |  |  |  |   |  |  |  |    |                                                        |  |  |  |  |     |  |  |  |    |                                                         |  |  |  |  |     |  |  |  |    |                    |  |  |  |  |     |  |  |  |
| <table><tr><th rowspan="3">DESCRIPCIÓN DE LA NOVEDAD</th><th colspan="7">REGISTRO DE DEVOLUCIÓN A OTRAS DEPENDENCIAS POR NOVEDADES EVIDENCIAS EN LOS TRÁMITES DE PAGO</th></tr><tr><th colspan="3">REVISIÓN DEL TRÁMITE</th><th rowspan="2">FECHA DEVOLUCIÓN</th><th rowspan="2">NOMBRE Y FIRMA A QUIEN SE LE DEVUELVE EL TRÁMITE</th><th rowspan="2">NOMBRE GESTOR</th><th rowspan="2">FIRMA</th></tr><tr><th>1ra</th><th>2da</th><th>3ra</th></tr><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                |                                    |                                  |                                                     |                                                  |                         |               |                                                                                     |           | DESCRIPCIÓN DE LA NOVEDAD | REGISTRO DE DEVOLUCIÓN A OTRAS DEPENDENCIAS POR NOVEDADES EVIDENCIAS EN LOS TRÁMITES DE PAGO |           |  |  |  |  |  | REVISIÓN DEL TRÁMITE |           |                           | FECHA DEVOLUCIÓN                 | NOMBRE Y FIRMA A QUIEN SE LE DEVUELVE EL TRÁMITE | NOMBRE GESTOR | FIRMA                   | 1ra           | 2da                   | 3ra  |   |                                                                                              |  |  |      |  |   |  |  |  |   |                                                                          |  |  |  |  |   |  |  |  |   |                                                                                                      |  |  |  |  |   |  |  |  |   |                                                                                |  |  |  |  |   |  |  |  |   |                                                                                                                                                                |  |  |  |  |   |  |  |  |   |                                                   |  |  |  |  |   |  |  |  |   |                                                                                               |  |  |  |  |   |  |  |  |   |                                                                         |  |  |  |  |     |  |  |  |   |                               |  |  |  |  |  |  |  |  |    |                            |  |  |  |      |  |  |  |  |    |                                                                    |  |  |  |  |  |  |  |  |    |                                                                                                                                          |  |  |  |  |   |  |  |  |    |                                                        |  |  |  |  |     |  |  |  |    |                                                         |  |  |  |  |     |  |  |  |    |                    |  |  |  |  |     |  |  |  |
| DESCRIPCIÓN DE LA NOVEDAD                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | REGISTRO DE DEVOLUCIÓN A OTRAS DEPENDENCIAS POR NOVEDADES EVIDENCIAS EN LOS TRÁMITES DE PAGO                                                                   |                                    |                                  |                                                     |                                                  |                         |               |                                                                                     |           |                           |                                                                                              |           |  |  |  |  |  |                      |           |                           |                                  |                                                  |               |                         |               |                       |      |   |                                                                                              |  |  |      |  |   |  |  |  |   |                                                                          |  |  |  |  |   |  |  |  |   |                                                                                                      |  |  |  |  |   |  |  |  |   |                                                                                |  |  |  |  |   |  |  |  |   |                                                                                                                                                                |  |  |  |  |   |  |  |  |   |                                                   |  |  |  |  |   |  |  |  |   |                                                                                               |  |  |  |  |   |  |  |  |   |                                                                         |  |  |  |  |     |  |  |  |   |                               |  |  |  |  |  |  |  |  |    |                            |  |  |  |      |  |  |  |  |    |                                                                    |  |  |  |  |  |  |  |  |    |                                                                                                                                          |  |  |  |  |   |  |  |  |    |                                                        |  |  |  |  |     |  |  |  |    |                                                         |  |  |  |  |     |  |  |  |    |                    |  |  |  |  |     |  |  |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | REVISIÓN DEL TRÁMITE                                                                                                                                           |                                    |                                  | FECHA DEVOLUCIÓN                                    | NOMBRE Y FIRMA A QUIEN SE LE DEVUELVE EL TRÁMITE | NOMBRE GESTOR           | FIRMA         |                                                                                     |           |                           |                                                                                              |           |  |  |  |  |  |                      |           |                           |                                  |                                                  |               |                         |               |                       |      |   |                                                                                              |  |  |      |  |   |  |  |  |   |                                                                          |  |  |  |  |   |  |  |  |   |                                                                                                      |  |  |  |  |   |  |  |  |   |                                                                                |  |  |  |  |   |  |  |  |   |                                                                                                                                                                |  |  |  |  |   |  |  |  |   |                                                   |  |  |  |  |   |  |  |  |   |                                                                                               |  |  |  |  |   |  |  |  |   |                                                                         |  |  |  |  |     |  |  |  |   |                               |  |  |  |  |  |  |  |  |    |                            |  |  |  |      |  |  |  |  |    |                                                                    |  |  |  |  |  |  |  |  |    |                                                                                                                                          |  |  |  |  |   |  |  |  |    |                                                        |  |  |  |  |     |  |  |  |    |                                                         |  |  |  |  |     |  |  |  |    |                    |  |  |  |  |     |  |  |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | 1ra                                                                                                                                                            | 2da                                | 3ra                              |                                                     |                                                  |                         |               |                                                                                     |           |                           |                                                                                              |           |  |  |  |  |  |                      |           |                           |                                  |                                                  |               |                         |               |                       |      |   |                                                                                              |  |  |      |  |   |  |  |  |   |                                                                          |  |  |  |  |   |  |  |  |   |                                                                                                      |  |  |  |  |   |  |  |  |   |                                                                                |  |  |  |  |   |  |  |  |   |                                                                                                                                                                |  |  |  |  |   |  |  |  |   |                                                   |  |  |  |  |   |  |  |  |   |                                                                                               |  |  |  |  |   |  |  |  |   |                                                                         |  |  |  |  |     |  |  |  |   |                               |  |  |  |  |  |  |  |  |    |                            |  |  |  |      |  |  |  |  |    |                                                                    |  |  |  |  |  |  |  |  |    |                                                                                                                                          |  |  |  |  |   |  |  |  |    |                                                        |  |  |  |  |     |  |  |  |    |                                                         |  |  |  |  |     |  |  |  |    |                    |  |  |  |  |     |  |  |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                |                                    |                                  |                                                     |                                                  |                         |               |                                                                                     |           |                           |                                                                                              |           |  |  |  |  |  |                      |           |                           |                                  |                                                  |               |                         |               |                       |      |   |                                                                                              |  |  |      |  |   |  |  |  |   |                                                                          |  |  |  |  |   |  |  |  |   |                                                                                                      |  |  |  |  |   |  |  |  |   |                                                                                |  |  |  |  |   |  |  |  |   |                                                                                                                                                                |  |  |  |  |   |  |  |  |   |                                                   |  |  |  |  |   |  |  |  |   |                                                                                               |  |  |  |  |   |  |  |  |   |                                                                         |  |  |  |  |     |  |  |  |   |                               |  |  |  |  |  |  |  |  |    |                            |  |  |  |      |  |  |  |  |    |                                                                    |  |  |  |  |  |  |  |  |    |                                                                                                                                          |  |  |  |  |   |  |  |  |    |                                                        |  |  |  |  |     |  |  |  |    |                                                         |  |  |  |  |     |  |  |  |    |                    |  |  |  |  |     |  |  |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                |                                    |                                  |                                                     |                                                  |                         |               |                                                                                     |           |                           |                                                                                              |           |  |  |  |  |  |                      |           |                           |                                  |                                                  |               |                         |               |                       |      |   |                                                                                              |  |  |      |  |   |  |  |  |   |                                                                          |  |  |  |  |   |  |  |  |   |                                                                                                      |  |  |  |  |   |  |  |  |   |                                                                                |  |  |  |  |   |  |  |  |   |                                                                                                                                                                |  |  |  |  |   |  |  |  |   |                                                   |  |  |  |  |   |  |  |  |   |                                                                                               |  |  |  |  |   |  |  |  |   |                                                                         |  |  |  |  |     |  |  |  |   |                               |  |  |  |  |  |  |  |  |    |                            |  |  |  |      |  |  |  |  |    |                                                                    |  |  |  |  |  |  |  |  |    |                                                                                                                                          |  |  |  |  |   |  |  |  |    |                                                        |  |  |  |  |     |  |  |  |    |                                                         |  |  |  |  |     |  |  |  |    |                    |  |  |  |  |     |  |  |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                |                                    |                                  |                                                     |                                                  |                         |               |                                                                                     |           |                           |                                                                                              |           |  |  |  |  |  |                      |           |                           |                                  |                                                  |               |                         |               |                       |      |   |                                                                                              |  |  |      |  |   |  |  |  |   |                                                                          |  |  |  |  |   |  |  |  |   |                                                                                                      |  |  |  |  |   |  |  |  |   |                                                                                |  |  |  |  |   |  |  |  |   |                                                                                                                                                                |  |  |  |  |   |  |  |  |   |                                                   |  |  |  |  |   |  |  |  |   |                                                                                               |  |  |  |  |   |  |  |  |   |                                                                         |  |  |  |  |     |  |  |  |   |                               |  |  |  |  |  |  |  |  |    |                            |  |  |  |      |  |  |  |  |    |                                                                    |  |  |  |  |  |  |  |  |    |                                                                                                                                          |  |  |  |  |   |  |  |  |    |                                                        |  |  |  |  |     |  |  |  |    |                                                         |  |  |  |  |     |  |  |  |    |                    |  |  |  |  |     |  |  |  |
| GESTOR QUE REVISY Y VALIDA EL TRÁMITE DE PAGO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                                                                                                |                                    |                                  |                                                     |                                                  |                         |               |                                                                                     |           |                           |                                                                                              |           |  |  |  |  |  |                      |           |                           |                                  |                                                  |               |                         |               |                       |      |   |                                                                                              |  |  |      |  |   |  |  |  |   |                                                                          |  |  |  |  |   |  |  |  |   |                                                                                                      |  |  |  |  |   |  |  |  |   |                                                                                |  |  |  |  |   |  |  |  |   |                                                                                                                                                                |  |  |  |  |   |  |  |  |   |                                                   |  |  |  |  |   |  |  |  |   |                                                                                               |  |  |  |  |   |  |  |  |   |                                                                         |  |  |  |  |     |  |  |  |   |                               |  |  |  |  |  |  |  |  |    |                            |  |  |  |      |  |  |  |  |    |                                                                    |  |  |  |  |  |  |  |  |    |                                                                                                                                          |  |  |  |  |   |  |  |  |    |                                                        |  |  |  |  |     |  |  |  |    |                                                         |  |  |  |  |     |  |  |  |    |                    |  |  |  |  |     |  |  |  |
| NOMBRES Y APELLIDOS: Nelson Fabian Aguilar Perez                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                                                                |                                    |                                  |                                                     |                                                  |                         |               |                                                                                     |           |                           |                                                                                              |           |  |  |  |  |  |                      |           |                           |                                  |                                                  |               |                         |               |                       |      |   |                                                                                              |  |  |      |  |   |  |  |  |   |                                                                          |  |  |  |  |   |  |  |  |   |                                                                                                      |  |  |  |  |   |  |  |  |   |                                                                                |  |  |  |  |   |  |  |  |   |                                                                                                                                                                |  |  |  |  |   |  |  |  |   |                                                   |  |  |  |  |   |  |  |  |   |                                                                                               |  |  |  |  |   |  |  |  |   |                                                                         |  |  |  |  |     |  |  |  |   |                               |  |  |  |  |  |  |  |  |    |                            |  |  |  |      |  |  |  |  |    |                                                                    |  |  |  |  |  |  |  |  |    |                                                                                                                                          |  |  |  |  |   |  |  |  |    |                                                        |  |  |  |  |     |  |  |  |    |                                                         |  |  |  |  |     |  |  |  |    |                    |  |  |  |  |     |  |  |  |
| FIRMA: Nelson F. Aguilar P.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                                                                |                                    |                                  |                                                     |                                                  |                         |               |                                                                                     |           |                           |                                                                                              |           |  |  |  |  |  |                      |           |                           |                                  |                                                  |               |                         |               |                       |      |   |                                                                                              |  |  |      |  |   |  |  |  |   |                                                                          |  |  |  |  |   |  |  |  |   |                                                                                                      |  |  |  |  |   |  |  |  |   |                                                                                |  |  |  |  |   |  |  |  |   |                                                                                                                                                                |  |  |  |  |   |  |  |  |   |                                                   |  |  |  |  |   |  |  |  |   |                                                                                               |  |  |  |  |   |  |  |  |   |                                                                         |  |  |  |  |     |  |  |  |   |                               |  |  |  |  |  |  |  |  |    |                            |  |  |  |      |  |  |  |  |    |                                                                    |  |  |  |  |  |  |  |  |    |                                                                                                                                          |  |  |  |  |   |  |  |  |    |                                                        |  |  |  |  |     |  |  |  |    |                                                         |  |  |  |  |     |  |  |  |    |                    |  |  |  |  |     |  |  |  |

3 MAR 2026  
Keruf  
2:20



|                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                            |                         |                      |             |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------|----------------------|-------------|
| <b>PROCESO</b><br><b>GESTIÓN FINANCIERA</b>                                                                                                                                                                       |                                                                                            |                         |                      |             |
| <br><b>AGENCIA LOGÍSTICA</b><br><b>FUERZAS MILITARES</b><br><small>La unión de nuestras Fuerzas</small>                          | <b>TÍTULO</b><br><br><b>TRAMITE DE PAGO</b><br><b>ANTICIPO/PARCIAL Y/O</b><br><b>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>             | <b>2024</b> |
| <br><small>Grupo Social y Empresarial de la Defensa</small><br><small>Por la Defensa Social, Económica, y del Ambiente</small> |                                                                                            |                         |                      |             |

|                          |               |                 |   |
|--------------------------|---------------|-----------------|---|
| Fecha trámite de pago    | 11/03/2026    | Número de Pago: | 2 |
| 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                                           | 18.18%                                                                                                                                                                                                                                           |                                              |                                  |               |
| 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           |

|                                                                                     |                                                                                |                         |           |                             |
|-------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------|-------------------------|-----------|-----------------------------|
| PROCESO                                                                             |                                                                                |                         |           |                             |
| <b>GESTIÓN FINANCIERA</b>                                                           |                                                                                |                         |           |                             |
|    | <b>TÍTULO</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>2</b> de <b>5</b> |
|                                                                                     |                                                                                | FECHA:                  | <b>17</b> | <b>9</b>                    |
|  |                                                                                |                         |           |                             |

|                                     |  |  |  |  |
|-------------------------------------|--|--|--|--|
| 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 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 (salud-pensión-arl) y parafiscales (SENA-ICBF-Caja de Compensación)                                                 |                    | CUMPLE                                      |
|                                                              | 2. Certificación de pago de seguridad social y parafiscales                                                                                                        |                    | CUMPLE                                      |
|                                                              | 3. Certificación de obligaciones laborales                                                                                                                         |                    | N/A                                         |
|                                                              | Planilla                                                                                                                                                           |                    | No 62847594                                 |
| PAGO DE SEGURIDAD<br>SOCIAL                                  | IBC (Ingreso base de cotización) (si aplica)                                                                                                                       |                    | \$2.101.614                                 |
|                                                              | Periodo Salud                                                                                                                                                      |                    | Febrero                                     |
|                                                              | Periodo Pensión                                                                                                                                                    |                    | Febrero                                     |

**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 documentos anexos)                             | FECHA      | VALOR       | FOLIO |
|------|--------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|-------------|-------|
| 1.   | Control de pagos código GF-FO-35                                                                 | 11/03/2026 | \$5.254.035 | 1     |
| 2.   | Factura, cuenta de cobro y/o documento equivalente No. 2                                         | 11/03/2026 | \$5.254.035 | 2     |
| 3.   | Acta de entrega y/o recibo a satisfacción código CT-FO-01 (copia)                                | 11/03/2026 | \$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 por el sistema ERP-SAP - MB51 (cuando aplique) | 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>                         | <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 3 de 5</b> |             |
|                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                | <b>FECHA:</b>           | <b>17</b> | <b>9</b>             | <b>2024</b> |
|  <p><small>Grupo Social y Empresarial<br/>de la Defensa</small><br/><small>Personas, Ideas, Acción, por Colombia</small></p> |                                                                                |                         |           |                      |             |

| 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.                                                                                                                                                                                 | 05/03/2026 | \$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                                   | 11/03/2026 | 1     |
| 2.   | Factura, cuenta de cobro y/o documento equivalente No. 2                                                            | X                                   | 11/03/2026 | 2     |
| 3.   | Acta de entrega y/o recibo a satisfacción código CT-FO-01 (original)                                                | X                                   | 11/03/2026 | 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                                   | 05/03/2026 | 4     |
| 8.   | Planilla de seguridad social en estado pagada.                                                                      | X                                   | 05/03/2026 | 5     |

|                                                                                                                                                                                          |                                                                                            |                         |           |                      |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------|-----------|----------------------|
| PROCESO                                                                                                                                                                                  |                                                                                            |                         |           |                      |
| <b>GESTIÓN FINANCIERA</b>                                                                                                                                                                |                                                                                            |                         |           |                      |
| <br><b>AGENCIA LOGÍSTICA</b><br><b>FUERZAS MILITARES</b><br><small>La unión de nuestras Fuerzas</small> | <b>TÍTULO</b><br><br><b>TRAMITE DE PAGO</b><br><b>ANTICIPO/PARCIAL Y/O</b><br><b>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>             |
| <br><small>Grupo Social y Empresarial de la Defensa</small>                                           |                                                                                            |                         |           |                      |

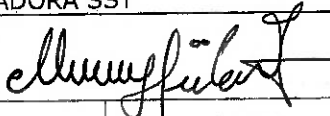
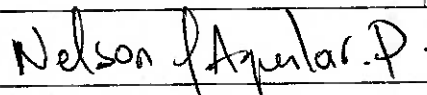
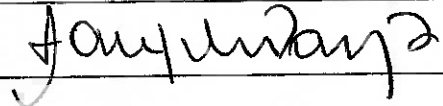
| ÍTEM | DOCUMENTO<br>(Debe diligenciarse de acuerdo a los documentos anexos)                                                 | Reposa en el expediente Contractual | FECHA      | FOLIO |
|------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------|------------|-------|
| 9.   | Informe de supervisión No. 2                                                                                         | X                                   | 11/03/2026 | 6-11  |
| 10.  | Informe de Actividades (si aplica).                                                                                  | X                                   | 11/03/2026 | 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 CIU) | 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:               |    |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | Firma:  |    |              |    |                          |    |
| Bo. B°. del Directivo del área responsable del contrato o quien haga sus veces (Subdirector, Director, Jefe de Oficina y/o Dependencia)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | Nombre:                                                                                     |    |              |    |                          |    |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | SANDRA LILIANA VARGAS ARIAS                                                                 |    |              |    |                          |    |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | Cargo: DIRECTORA ADMINISTRATIVA DE TALENTO HUMANO                                           |    |              |    |                          |    |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | Firma   |    |              |    |                          |    |



|                                                                                               |                                                                                                                                                                                           |                                   |                                                                                                                                 |                                                                |                              |                               |               |                                                                                     |            |               |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------|------------------------------|-------------------------------|---------------|-------------------------------------------------------------------------------------|------------|---------------|
| PROCESO                                                                                       |                                                                                                                                                                                           | GESTIÓN FINANCIERA                |                                                                                                                                 |                                                                |                              | CÓDIGO: GF-FO-35              |               |  |            |               |
|              |                                                                                                                                                                                           | TÍTULO<br><b>CONTROL DE PAGOS</b> |                                                                                                                                 | VERSIÓN No. 04                                                 |                              | Página No. 1 de 1             |               |                                                                                     |            |               |
|                                                                                               |                                                                                                                                                                                           |                                   |                                                                                                                                 | FECHA: 17                                                      |                              | 9 2024                        |               |                                                                                     |            |               |
| <b>DATOS DEL CONTRATO</b>                                                                     |                                                                                                                                                                                           |                                   |                                                                                                                                 |                                                                |                              |                               |               |                                                                                     |            |               |
| Contrato No.                                                                                  | 001-004-2026                                                                                                                                                                              |                                   |                                                                                                                                 | No. Registro Presupuestal / Fecha                              |                              | 5526 / 2026/01/16             |               |                                                                                     |            |               |
| Objeto del Contrato :                                                                         | CONTRATAR UN(1) EN PSICOLOGIA 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 |                                   |                                                                                                                                 | RP Actual No.                                                  | 5526                         | Valor                         | 57.794.385,00 | Fecha                                                                               | 16/01/2026 |               |
| Nombre Contratista:                                                                           | ANDREA PAOLA MANCIPE CALDERON                                                                                                                                                             |                                   |                                                                                                                                 | RP Reserva No.                                                 |                              | Valor                         |               | Fecha                                                                               |            |               |
| Nombre de quien entrega el Bien y/o Servicio:                                                 |                                                                                                                                                                                           | NANCY LILIANA CUTA CASTRO         |                                                                                                                                 |                                                                | No. de la negociación de BMC |                               |               |                                                                                     |            |               |
| Presupuesto con cargo a ALFM                                                                  |                                                                                                                                                                                           | SI                                | x                                                                                                                               | NO                                                             |                              |                               |               |                                                                                     |            |               |
| Con cargo al (los) contrato(s) interadministrativo(s) No. /Convento u otras                   |                                                                                                                                                                                           |                                   |                                                                                                                                 | Plazo de ejecución del contrato (contrato inicial y prorroga:  |                              |                               |               |                                                                                     |            |               |
| Celebrado(s) con:                                                                             |                                                                                                                                                                                           |                                   |                                                                                                                                 |                                                                |                              |                               |               |                                                                                     |            |               |
| <b>EJECUCIÓN ANTICIPO</b>                                                                     |                                                                                                                                                                                           |                                   |                                                                                                                                 |                                                                |                              |                               |               |                                                                                     |            |               |
| Valor anticipo pactado                                                                        |                                                                                                                                                                                           | Valor amortizar                   |                                                                                                                                 | Total amortizado                                               |                              | Saldo pendiente por amortizar |               |                                                                                     |            |               |
| 0,00                                                                                          |                                                                                                                                                                                           | 0,00                              |                                                                                                                                 | 0,00                                                           |                              | 0,00                          |               |                                                                                     |            |               |
| <b>CONTROL CONTRATO</b>                                                                       |                                                                                                                                                                                           |                                   |                                                                                                                                 |                                                                |                              |                               |               |                                                                                     |            |               |
| Valor de RP                                                                                   | Rubro presupuestal                                                                                                                                                                        |                                   | Descripción del rubro                                                                                                           |                                                                |                              | Dependencia de afectación     |               | Valor por rubro                                                                     |            |               |
| 57.794.385,00                                                                                 | A-02-02-02-008-003                                                                                                                                                                        |                                   | SERVICIOS PROFESIONALES CIENTIFICOS Y TECNICOS (EXCEPTO LOS SERVICIOS DE INVESTIGACION, URBANISMO, JURIDICOS Y DE CONTABILIDAD) |                                                                |                              | B DIRECCION ADMINISTRATIVA    |               | 57.794.385,00                                                                       |            |               |
|                                                                                               |                                                                                                                                                                                           |                                   |                                                                                                                                 |                                                                |                              |                               |               | Valor total del contrato                                                            |            | 57.794.385,00 |
|                                                                                               |                                                                                                                                                                                           |                                   |                                                                                                                                 |                                                                |                              |                               |               | Valor ejecutado presupuestal                                                        |            | 10.508.070,00 |
|                                                                                               |                                                                                                                                                                                           |                                   |                                                                                                                                 |                                                                |                              |                               |               | Saldo por ejecutar                                                                  |            | 47.286.315,00 |
| <b>NÚMERO DE TRÁMITE DE PAGO #1</b>                                                           |                                                                                                                                                                                           |                                   |                                                                                                                                 |                                                                |                              |                               |               |                                                                                     |            |               |
| No. de documento                                                                              | Fecha del documento                                                                                                                                                                       | Rubro presupuestal                | Código del uso presupuestal                                                                                                     | Descripción del uso                                            | Dependencia de afectación    | Valor factura                 | Valor a pagar | Valor ejecutado                                                                     |            |               |
| CUENTA DE COBRO N°1                                                                           | 10-feb-26                                                                                                                                                                                 | A-02-02-02-008-003                | 09                                                                                                                              | OTROS SERVICIOS PROFESIONALES, TÉCNICOS Y EMPRESARIALES N.C.P. | B DIRECCION ADMINISTRATIVA   | 5.254.035,00                  | 5.254.035,00  | 5.254.035,00                                                                        |            |               |
|                                                                                               |                                                                                                                                                                                           |                                   |                                                                                                                                 |                                                                |                              |                               |               | 5.254.035                                                                           |            |               |
| TOTAL TRAMITE                                                                                 |                                                                                                                                                                                           | \$                                |                                                                                                                                 |                                                                |                              |                               |               |                                                                                     |            |               |
| Saldo por Uso                                                                                 |                                                                                                                                                                                           | \$ 52.540.350                     |                                                                                                                                 |                                                                |                              |                               |               |                                                                                     |            |               |
| Saldo                                                                                         |                                                                                                                                                                                           | \$ 52.540.350                     |                                                                                                                                 |                                                                |                              |                               |               |                                                                                     |            |               |
| <b>NÚMERO DE TRÁMITE DE PAGO #2</b>                                                           |                                                                                                                                                                                           |                                   |                                                                                                                                 |                                                                |                              |                               |               |                                                                                     |            |               |
| No. de documento                                                                              | Fecha del documento                                                                                                                                                                       | Rubro presupuestal                | Código del uso presupuestal                                                                                                     | Descripción del uso                                            | Dependencia de afectación    | Valor factura                 | Valor a pagar | Valor ejecutado                                                                     |            |               |
| CUENTA DE COBRO N°2                                                                           | 11-mar-26                                                                                                                                                                                 | A-02-02-02-008-003                | 09                                                                                                                              | OTROS SERVICIOS PROFESIONALES, TÉCNICOS Y EMPRESARIALES N.C.P. | B DIRECCION ADMINISTRATIVA   | 5.254.035,00                  | 5.254.035,00  | 5.254.035,00                                                                        |            |               |
|                                                                                               |                                                                                                                                                                                           |                                   |                                                                                                                                 |                                                                |                              |                               |               | 5.254.035                                                                           |            |               |
| TOTAL TRAMITE                                                                                 |                                                                                                                                                                                           | \$                                |                                                                                                                                 |                                                                |                              |                               |               |                                                                                     |            |               |
| Saldo por Uso                                                                                 |                                                                                                                                                                                           | \$ 47.286.315                     |                                                                                                                                 |                                                                |                              |                               |               |                                                                                     |            |               |
| Saldo                                                                                         |                                                                                                                                                                                           | \$ 47.286.315                     |                                                                                                                                 |                                                                |                              |                               |               |                                                                                     |            |               |
| <b>ADICIÓN / REDUCCIÓN / TRASLADOS DEL RP No. DE FECHA Y FECHA DEL MOVIMIENTO (SI APLICA)</b> |                                                                                                                                                                                           |                                   |                                                                                                                                 |                                                                |                              |                               |               |                                                                                     |            |               |
| Movimiento                                                                                    | Fecha                                                                                                                                                                                     |                                   |                                                                                                                                 |                                                                |                              |                               |               |                                                                                     | Valor      |               |
| Si se requiere inserte más filas para rubros, adiciones, reducciones o traslado indicarlo     |                                                                                                                                                                                           |                                   |                                                                                                                                 |                                                                |                              |                               |               |                                                                                     |            |               |

Firma del Supervisor: *Nancy L. Cuta* Nombre de quien Revisa en Presupuesto: \_\_\_\_\_ Nombre de quien Revisa en Cuentas por pagar y/o Contabilidad: \_\_\_\_\_

Nombre del Supervisor: CASTRO Fecha en que se validan los saldos "RP": \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Supervisor del CTO No.: 001-004-2026 Firma de quien Revisa: \_\_\_\_\_ Firma de quien Revisa: \_\_\_\_\_



**CUENTA DE COBRO No. 02**

**LA AGENCIA LOGISTICA DE LAS FUERZAS MILITARES**

NIT. 899.999.162 – 4

**DEBE A:**

**ANDREA PAOLA MANCIPE CALDERON**

CC. 52.542.071 de Bogotá

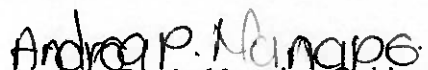
La suma de cinco millones doscientos cincuenta y cuatro mil cero treinta y cinco pesos m/cte. (\$5.254.035.), por concepto de la prestación de servicios profesionales correspondientes a la cuenta de cobro No. 02, con cargo al CONTRATO No. 001-004-2026 cuyo objeto es "CONTRATAR UN PROFESIONAL EN PSICOLOGIA 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)



[illegible]



Bogotá D.C, 05/03/2026

Señores.

**AGENCIA LOGISTICA DE LAS FUERZAS MILITARES**

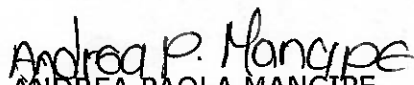
**ASUNTO: CERTIFICACIÓN PAGO APORTES SEGURIDAD SOCIAL**

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 marzo he realizado el pago de los aportes a los Sistemas de Seguridad Social Integral (Salud, Pensión y riesgos profesionales) correspondientes al mes febrero así:

| DESCRPCIÓN        | No PLANILLA DE PAGO | VALOR APORTADO | ENTIDAD    |
|-------------------|---------------------|----------------|------------|
| Pensiones         | 62847594            | \$ 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                                                                             |                                                    | <b>GESTIÓN DE LA CONTRATACIÓN</b> |                             |
|    | <b>TÍTULO</b><br><br><b>INFORME DE SUPERVISIÓN</b> | CÓDIGO: <b>CT-FO-11</b>           |                             |
|                                                                                     |                                                    | VERSIÓN No. <b>03</b>             | Página <b>1</b> de <b>9</b> |
|                                                                                     |                                                    | FECHA:                            | <b>16 07 2025</b>           |
|  |                                                    |                                   |                             |

## INFORME DE SUPERVISIÓN No. 02

Ciudad y fecha **11/03/2026**

**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. 01 Del contrato No. 001-004-2026 Correspondiente al periodo del 11 de febrero del 2026 del 2026 al 11 de marzo 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 |  |
|-------------------|--|
|                   |  |
|                   |  |





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]

## GESTIÓN DE LA CONTRATACIÓN



TÍTULO

# INFORME DE SUPERVISIÓN

**CÓDIGO: CT-FO-11**

VERSIÓN No. 03

Página 6 de 9

FECHA:

16

07

2025

[illegible]



TÍTULO

## INFORME DE SUPERVISIÓN

**CÓDIGO: CT-FO-11**

**VERSIÓN No. 03**

Página 7 de 9

FECHA:

16

07

2025

[illegible]

|                                                                                     |        |                                   |  |                         |                             |
|-------------------------------------------------------------------------------------|--------|-----------------------------------|--|-------------------------|-----------------------------|
| PROCESO                                                                             |        | <b>GESTIÓN DE LA CONTRATACIÓN</b> |  |                         |                             |
|    | TÍTULO | <b>INFORME DE SUPERVISIÓN</b>     |  | CÓDIGO: <b>CT-FO-11</b> |                             |
|                                                                                     |        |                                   |  | VERSIÓN No. <b>03</b>   | Página <b>8</b> de <b>9</b> |
|                                                                                     |        |                                   |  | FECHA:                  | <b>16</b>                   |
|  |        |                                   |  |                         |                             |

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

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

| Nº | TIPO        | DESCRIPCIÓN                                                 | TRATAMIENTO                                                                  | RESPONSABLE             | PERIODICIDAD |
|----|-------------|-------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------|-------------------------|--------------|
| 1  | Operacional | No aporte del adjudicatario de la garantía de cumplimiento. | Cumplimiento de todos los requisitos previos para legalización del contrato. | Dirección de Contratos. | Diario.      |
| 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                                                       |
| <b>Subtotal (por usos)</b>      |               | \$ 10.508.070   |                    |                                                           |

**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 18.18% Demora \_\_\_\_\_%

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

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

**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**

| 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:**

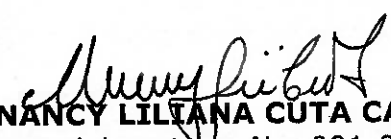
Se anexa la Planilla No **62847594** donde se ve reflejado el pago total de la seguridad social.

En el informe de supervisión se registran las actividades adelantadas por la contratista del 11 de febrero del 2026 al 11 de marzo 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.02 por un valor total de \$ 5.254.035 correspondiente a:

| Factura No.           | Fecha factura | Valor factura      |
|-----------------------|---------------|--------------------|
| Cuenta de cobro No 02 | 11/03/2026    | \$5.254.035        |
| <b>TOTAL</b>          |               | <b>\$5.254.035</b> |

Cordialmente,

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





| DATOS DEL APORTANTE |                   |                               |                                             |              |                                | EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD |
|---------------------|-------------------|-------------------------------|---------------------------------------------|--------------|--------------------------------|-------------------------------------|
| TIPO                | NÚMERO            | NOMBRE APORTANTE              | DIRECCIÓN                                   | TÉLEFONO     | CORREO                         |                                     |
| CC                  | 5254/2071         | ANDREA PAOLA MANCIPE CALDERON | CL 48 A SUR # 88C-49<br>QUINTAS 2-3 CASA 81 | 7501410      | andropadlmancipe@gmail.co<br>m | NO                                  |
| FORMA PRESENTACIÓN  | CLASE APORTANTE   | NOMBRE SUCESAL                | CÓDIGO                                      | DEPARTAMENTO | CIUDAD / MUNICIPIO             |                                     |
| UNICA               | 1.- Independiente |                               |                                             | BOGOTÁ D. C. | BOGOTÁ, D.C.                   |                                     |

| DATOS DE LA PLANILLA |                                       |                 |                              |                    |               |
|----------------------|---------------------------------------|-----------------|------------------------------|--------------------|---------------|
| PLANILLA ASOCIADA    | FECHA PAGO ASOCIADA<br>(DÍAS/MES/AÑO) | NÚMERO PLANILLA | FECHA PAGO<br>(DÍAS/MES/AÑO) | CANTIDAD EMPLEADOS | CANTIDAD UPFC |
|                      |                                       | 02847594        | 05/03/2026                   | 1                  | 0             |
| PÉRIDIO SALUD        | PÉRIDIO PENSIÓN                       | TIPO PLANILLA   | TOTAL NÓMINA                 | TOTAL A PAGAR      |               |
| 2026-02              | 2026-02                               | I               | \$0                          | \$621.100          |               |

**DETALLE POR COTIZANTE**

[illegible]

**CERTIFICADO DE APORTES AL  
SISTEMA DE PROTECCIÓN SOCIAL**

La empresa **ANDREA PAOLA MANCIPE CALDERON**, identificada con **CC** número **52542071**, aportó por **ANDREA PAOLA MANCIPE CALDERON** identificado(a) con **CC** número **52542071** quien se encuentra registrado(a) a la fecha por concepto de aportes obligatorios al sistema General de Seguridad Social mediante la Planilla Integrada de Liquidación de aportes, el periodo de pensión de 02 - 2026 de la siguiente forma.

| CODIGO | NOMBRE ADMINISTRADORA           | COTIZANTE | I<br>N<br>G | R<br>T<br>E | T<br>T<br>E | T<br>T<br>E | T<br>T<br>E | V<br>S<br>L | V<br>S<br>L | S<br>L<br>E | S<br>L<br>E | L<br>V<br>A | L<br>V<br>A | V<br>V<br>P | V<br>V<br>P | CORRECCION | DIAS | IBC         | TARIFA APOORTE | COTIZACION Y/O APOORTE | FSP SOLIDARIDAD | FSP SUBSISTENCIA | PERIODO        | NUMERO DE PLANILLA | FECHA DE PAGO | EXONERADO |
|--------|---------------------------------|-----------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|------------|------|-------------|----------------|------------------------|-----------------|------------------|----------------|--------------------|---------------|-----------|
| EPS017 | Famisanar EPS Cafam Colsubsidio | 57        |             |             |             |             |             |             |             |             |             |             |             |             |             | 0          | 30   | \$2,101,614 | 0.12500        | \$262,800              | \$0             | \$0              | Febrero - 2026 | 62847594           | 05/03/2026    | NO        |
| 14-23  | POSITIVA COMPANIA DE SEGUROS    | 57        |             |             |             |             |             |             |             |             |             |             |             |             |             | 0          | 30   | \$2,101,614 | 0.01044        | \$22,000               | \$0             | \$0              | Febrero - 2026 | 62847594           | 05/03/2026    | NO        |
| 230201 | Proteccion (ING + Proteccion)   | 57        |             |             |             |             |             |             |             |             |             |             |             |             |             | 0          | 30   | \$2,101,614 | 0.16000        | \$336,300              | \$0             | \$0              | Febrero - 2026 | 62847594           | 05/03/2026    | NO        |

PAGADA

El presente certificado se expide a los **11** días del mes **Marzo** de **2026**

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



Bogotá D.C, 11 de marzo del 2026

Señores

Agencia Logística de las Fuerzas Militares  
Bogotá D.C

Asunto: Informe de Actividades No 02

Respetados señores:

Por medio de la presente, me permito remitir informe de actividades realizadas en el periodo del 11 de febrero de 2026 al 11 de marzo 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 TASD 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> |

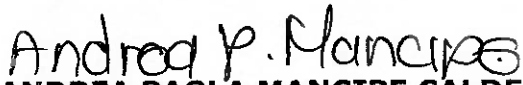
|          |                                                                                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                                 |
|----------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------|
|          |                                                                                                                                                                    | 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<br/>Nororiente en comisión,<br/>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 líderes, 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 |

|           |                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                             |
|-----------|---------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------|
|           |                                             | <p>parte de las actividades de promoción y prevención del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo.</p> <p><b>Temas tratados:</b></p> <p>Regulación de emociones</p>                                                                                                                                                                                                                                                                         |                             |
| 10.1.2.11 | Diseño e implementación del PVE psicosocial | <p>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.</p> | Formato de confidencialidad |

**Cordialmente**

  
**ANDREA PAOLA MANCIPE CALDERON**  
 PSICOLOGA ESPECIALISTA

