## ACTA DE RECIBO Y CUMPLIMIENTO PARCIAL 3

| | |
|---|---|
| **NATURALEZA JURÍDICA** | CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS |
| **MODALIDAD DE CONTRATACIÓN** | CONTRATACIÓN DIRECTA |
| **OBJETO** | PRESTACIÓN SERVICIOS DE APOYO A LA GESTIÓN PARA LA REALIZACIÓN DE ACTIVIDADES DE ENFERMERÍA PARA LA ADAPTACIÓN AL ENVEJECIMIENTO DIRIGIDAS AL PROGRAMA CENTRO DIA DEL ADULTO MAYOR DEL MUNICIPIO DE CORRALES – BOYACÁ. |
| **PLAZO Y VIGENCIA** | EL PLAZO DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO SERÁ EL TIEMPO COMPRENDIDO ENTRE LA FECHA DE SUSCRIPCIÓN Y PROTOCOLIZACIÓN DEL ACTA DE INICIO Y EL 26 DE DICIEMBRE DE 2025.. |
| **LUGAR DE EJECUCIÓN** | MUNICIPIO DE CORRALES |
| **VALOR** | DOCE MILLONES SETECIENTOS OCHENTA MIL PESOS MC.($12,780,000.00) |
| **CDP** | 2025000456 DE FECHA 8 DE JULIO DE 2025 |

En el Municipio de Corrales– Boyacá, a los treinta (30) días del mes de septiembre de 2025, se reúnen, por parte de municipio, El doctor, RODRIGO ALBERTO SILVA RINCÓN, Secretario general y juridico quien actúa en su condición como supervisor del contrato en mención y la señora NORA ESMERALDA ACERO CORREDOR , como representante legal del Contratista con el fin de suscribir acta de cumplimiento parcial del contrato CD MDC-086 DE 2025, Correspondiente a las actividades desarrolladas por el contratista durante el mes de septiembre de 2025; como se estipulen la cláusula 04, valor y forma de pago;

**FORMA DE PAGO**

El Municipio pagará al contratista el valor del presente contrato de la siguiente forma: mediante el pago de actas parciales conforme avance de ejecución, para lo cual el contratista deberá realizar la presentación de cuenta de cobro, informe de actividades correspondiente a cada periodo y el respectivo soporte de pago al sistema de Seguridad Social integral y Riesgos Laborales, y deberá suscribir con el supervisor del contrato acta de recibo parcial donde conste el cumplimiento de las actividades contratadas, el recibo a satisfacción por parte del mencionado Supervisor del Contrato, para el pago final adicionalmente se deberá suscribir acta de liquidación y terminación. PARAGRAFO: los pagos estarán sujetos a la disponibilidad de PAC elaborado por la Secretaría de Hacienda y Tesorería Municipal para la vigencia 2025. el valor del presente contrato es por la suma de DOCE MILLONES SETECIENTOS OCHENTA MIL PESOS MC. ($12,780,000.00) FORMA DE PAGO: El Municipio pagará al contratista el valor del presente contrato de la siguiente forma: mediante el pago de actas parciales conforme avance de ejecución, para lo cual el contratista deberá realizar la presentación de cuenta de cobro, informe de actividades correspondiente a cada periodo y el respectivo soporte de pago al sistema de Seguridad Social integral y Riesgos Laborales, y deberá suscribir con el supervisor del contrato acta de recibo parcial donde conste el cumplimiento de las actividades contratadas, el recibo a satisfacción por parte del mencionado Supervisor del Contrato, para el pago final adicionalmente se deberá suscribir acta de liquidación y terminación

**INFORME FINANCIERO**

| | | |
|---|---|---|
| **Valor Total Contratado** | **$** | **12.780.000,00** |
| **Total, Pagos** | **$** | **3.919.200,00** |
| **Pago presente acta** | **$** | **2.215.200,00** |
| **Saldo Por Pagar** | **$** | **6.645.600,00** |

**MUNICIPIO DE CORRALES - BOYACA**
**Nit. 891855748-2**
Gestión Contractual - Contratación Directa
**ACTA PARCIAL**

ALCALDÍA DE Corrales
Secretaria General y Juridica

| N° PAGO | PERIODO | Valor Pagos |
|---|---|---|
| Pago No. 1 | jul-25 | $ 1.704.000,00 |
| Pago No. 2 | ago-25 | $ 2.215.200,00 |
| Pago No. 3 | sep-25 | $ 2.215.200,00 |
| Pago No. 4 | | |
| Pago No. 5 | | |
| Pago N° 6 | | |
| TOTAL, PAGOS | | $6.134.400 |

| | | |
|---|---|---|
| **Valor de la presente acta:** | DOS MILLONES DOSCIENTOS QUINCE MIL DOSCIENTOS PESOS MCTE. | $ 2.215.200,00 |

**CUMPLIMIENTO APORTES AL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL INTEGRAL**

| | ENTIDAD | | % DE PAGO |
|---|---|---|---|
| RIESGO PROFESIONALES | POSITIVA | | 0,52% |
| | Clase de Riesgo | 3 | |
| EMPRESA PRESTADORA DE LOS SERVICIOS - SALUD | NUEVA EPS | | 12,50% |
| FONDO DE PENSIONES | COLPENSIONES | | 16% |
| Valor Total Contratado | $ 12.780.000,00 | | |
| Plazo (meses) | 6 Meses | | |
| IBC | N/A | | |
| NUMERO DE PLANILLA | 1074973548 | Fecha de pago | 18/09/2025 |
| Total Pagado | $ 440.500,00 | | |

Las partes dejan constancia de lo siguiente:
1. Se mantuvo el objeto del contrato.
2. Se cumplieron las condiciones técnicas que rigen para la ejecución del contrato.
3. Se ha guardado para ambas partes el equilibrio económico.

Una vez leída y aprobada en su totalidad, es firmada por quienes en ella intervinieron, remitiendo el original al archivo de gestión del contrato y de la Secretaria de Hacienda.

**POR EL MUNICIPIO**

**RODRIGO ALBERTO SILVA RINCÓN**
Secretario general y juridico

**EL CONTRATISTA**

**NORA ESMERALDA ACERO CORREDOR**
CC.23.449.366 de Corrales

MUNICIPIO DE CORRALES - BOYACÁ
**Nit. 891855748-2**
Gestión Contractual - Contratación Directa
**INFORME DE ACTIVIDADES**

ALCALDÍA DE Corrales
Comisaria de Familia

| DATOS DEL INFORME | | | |
|---|---|---|---|
| N° Informe: **03** | Fecha de Iniciación: 01/09/2025 | Fecha de Corte: 30/09/2025 | |
| Supervisor: **RODRIGO ALBERTO SILVA RINCÓN** | | | |
| Cargo: **SECRETARIO GENERAL Y JURIDICO.** | | | |
| **DATOS DEL CONTRATO** | | | |
| Contratista: NORA ESMERALDA ACERO CORREDOR | | | |
| Contrato No. **CD-MDC-086 DE 2025** | | | |
| Objeto: **PRESTACIÓN SERVICIOS DE APOYO A LA GESTIÓN PARA LA REALIZACIÓN DE ACTIVIDADES DE ENFERMERÍA PARA LA ADAPTACIÓN AL ENVEJECIMIENTO DIRIGIDAS AL PROGRAMA CENTRO DIA DEL ADULTO MAYOR DEL MUNICIPIO DE CORRALES – BOYACÁ.** | | | |
| Plazo: **Seis (6) meses** | Valor contrato: **$12.780.000** | Fecha de Iniciación **8-jul-25** | Fecha de Terminacion **26-dic-25** |
| Porcentaje de ejecución financiera: 49,22% | | Porcentaje de ejecución en tiempo:49,22% | |
| Modificaciones al contrato: **NINGUNA** | | | |
| En caso de tener anticipo, diligencie la siguiente información: **N/A** | | | |
| Anticipo $ | Ejecución de Anticipo $ | Saldo por amortizar $ | |

| LISTA DE DISTRIBUCIÓN | | |
|---|---|---|
| **DEPENDENCIA** | **DESTINATARIO** | **DOCUMENTO** |
| Secretario general y juridico | RODRIGO ALBERTO SILVA RINCÓN | Original con anexos |
| Secretaria de Hacienda y Tesorería | NURI ANDREA ALVAREZ NIÑO | Copia |

| EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES FRENTE A LAS OBLIGACIONES DURANTE EL PERÍODO REPORTADO | | |
|---|---|---|
| **Obligaciones Contractuales** | **Actividades realizadas** | **Soportes** |
| 1. Realizar actividades orientadas a la promoción de estilos de vida saludable. | *Se hace seguimiento a cada una de sus comidas de acuerdo a los diagnosticos que tienen cada adulto del centro vida. | **Anexo 1** |
| 2. Realizar acciones y charlas orientadas a la prevención de enfermedades. | * Se realiza charlas con el fin de darles a entender la importancia de prevenir enfermedades. | **Anexo 2** |
| 3. Observar acciones permanentes que permitan identificar síntomas de alerta que conduzcan a detección oportuna de patologías | *De acuerdo a lo que se observa se informa al profesional en medicina General y el remite si es necesario a los diferentes especialistas. | **Anexo 3** |
| 4. Remitir a servicios de salud de la población del centro de protección. | *Se atiende a las necesidades que demande los adultos mayores en el transcurso de cada turno.<br>*Se llevan a los adultos mayores a los servicios de salud como odontología y medicina general, medicina interna y a laboratorios y exámenes de 2 y 3 nivel. | **Anexo 4** |
| 5. Toma de constantes (T.A. Frecuencia, saturación de oxigeno) y anotación en gráfica de los adultos mayores que hacer parte del centro día. | *Se tomó constantes vitales (T.A, frecuencia, saturación de oxígeno) al llegar al turno y se anotó gráficamente en la planilla correspondiente. | **Anexo 5** |

| | | |
|---|---|---|
| 6. Atención general a los integrantes del Centro de día | *Se asiste a los adultos en el cambio de pañal.<br>*Arreglo de uñas, rasurar y baño diario según turno correspondiente.<br>*Asistencia a control médico.<br>*Se realizan masajes de hidratación. | **Anexo 6** |
| 7. Prestar auxilio en caso de Urgencias. | *Durante el mes de Septiembre no se presentaron urgencias. | **Anexo 7** |
| 8. Realizar Cambios posturales a los adultos que integran el Centro de Bienestar. | *Se realizaron cambios posturales a los adultos que se requiera en cada turno. | **Anexo 8** |
| 9. Asistencia en las actividades que se realizan en las reuniones centro día del adulto mayor Corraleño | * Se asiste a las reuniones por parte de la administracion municipal, centro de salud u otras entidades | **Anexo 9** |
| 10. Detectar cambios en la salud física o mental. | *Se hace seguimiento con la constante toma de signos vitales. | **Anexo 10** |
| 11. Prestar ayuda a los adultos mayores en la integración con otros compañeros. | *Se realiza actividades de integración al adulto mayor como juegos de parques, aros, ejercicios y pintura. | **Anexo 11** |
| 12.Atender de manera oportuna los requerimientos que haga el supervisor del contrato. | * Hasta el momento no ha habido requerimientos por parte del supervisor del contrato. | **Anexo 12** |
| 13. Las demás que le sean asignadas en cumplimiento del objeto contractual. | *He cumplido con las obligaciones pactadas en mi contrato. | **Anexo 13** |

1. Copia pago planilla seguridad social
2. Cuenta de cobro y/o Factura
3. Soportes de las actividades

**NORA ESMERALDA ACERO CORREDOR**
Contratista

**RODRIGO ALBERTO SILVA RINCÓN**
Supervisor

| **ANEXOS. REGISTRO FOTOGRÁFICO** | |
|---|---|
| **Imagen 1.** | |
|  |  |
| **Fuente:** | **Se hace seguimiento a cada una de sus comidas de acuerdo a los diagnosticos que tienen cada adulto del centro vida.** |

| ANEXOS. REGISTRO FOTOGRÁFICO |
|---|

**Imagen 2.**

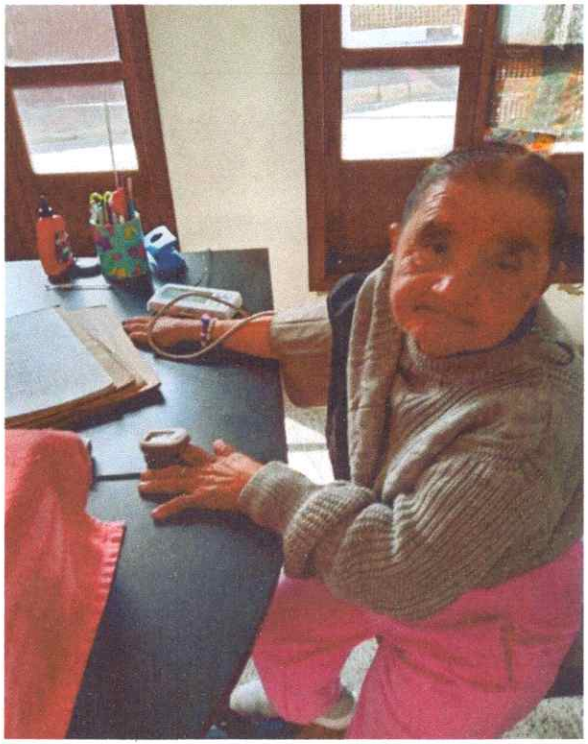




| Fuente: | Se realiza charlas con el fin de darles a entender la importancia de prevenir enfermedades. |
|---|---|

| **ANEXOS. REGISTRO FOTOGRÁFICO** |
|---|

**Imagen 3.**

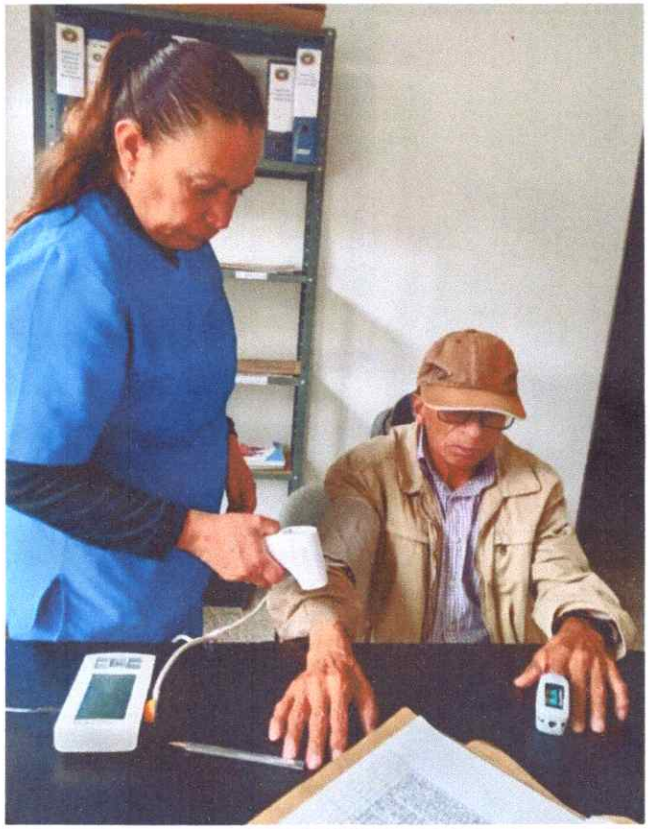




| | |
|---|---|
| **Fuente:** | ***De acuerdo a lo que se observa se informa al profesional en medicina General y el remite si es necesario a los diferentes especialistas.** |

| ANEXOS. REGISTRO FOTOGRÁFICO | |
|---|---|
| **Imagen 4.** | |
|   | |
| **Fuente:** | **Se atiende a las necesidades que demande los adultos mayores en el transcurso de cada turno.**<br>***Se llevan a los adultos mayores a los servicios de salud como odontología y medicina general, medicina interna y a laboratorios y exámenes de 2 y 3 nivel.** |

**ANEXOS. REGISTRO FOTOGRÁFICO**

| **Imagen 5.** | |
|---|---|
|  |  |
| **Fuente:** | ***Se tomó constantes signos vitales (T.A, frecuencia, saturación de oxígeno) al llegar al turno y se anotó gráficamente en la planilla correspondiente.** |

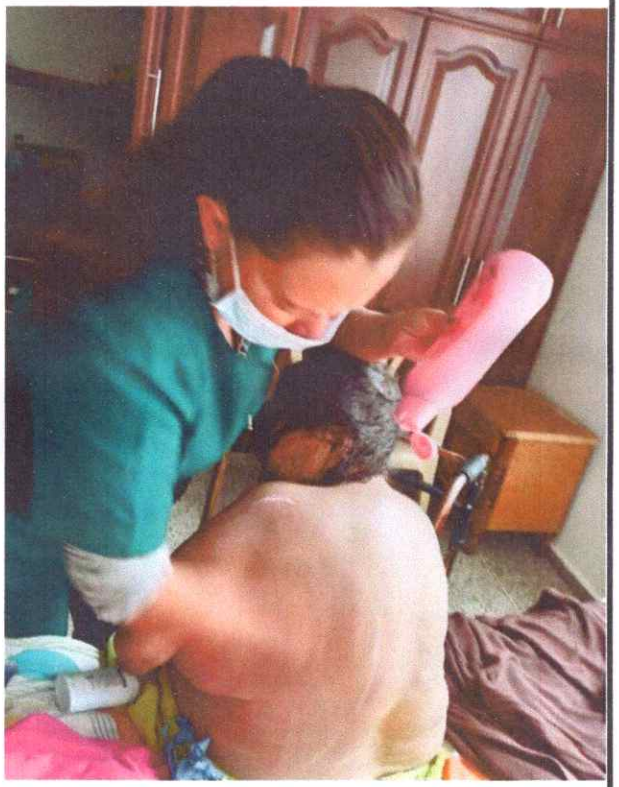
**ANEXOS. REGISTRO FOTOGRÁFICO**

**Imagen 6.**

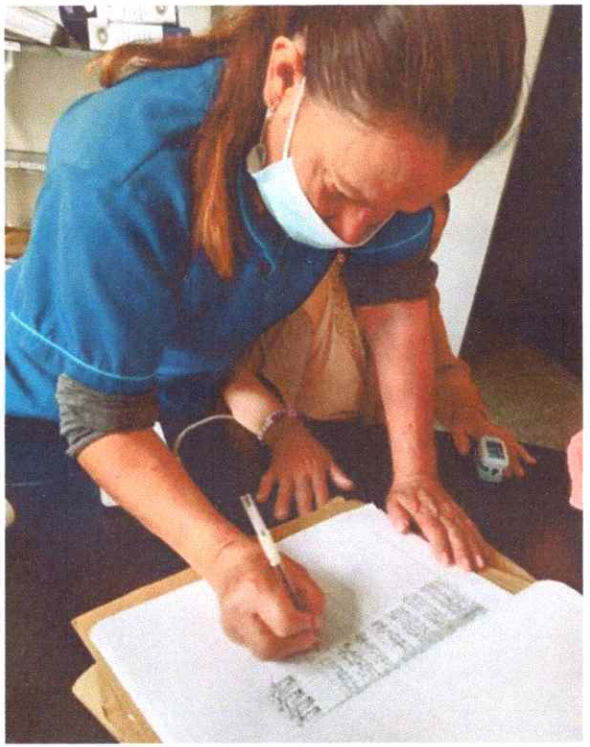






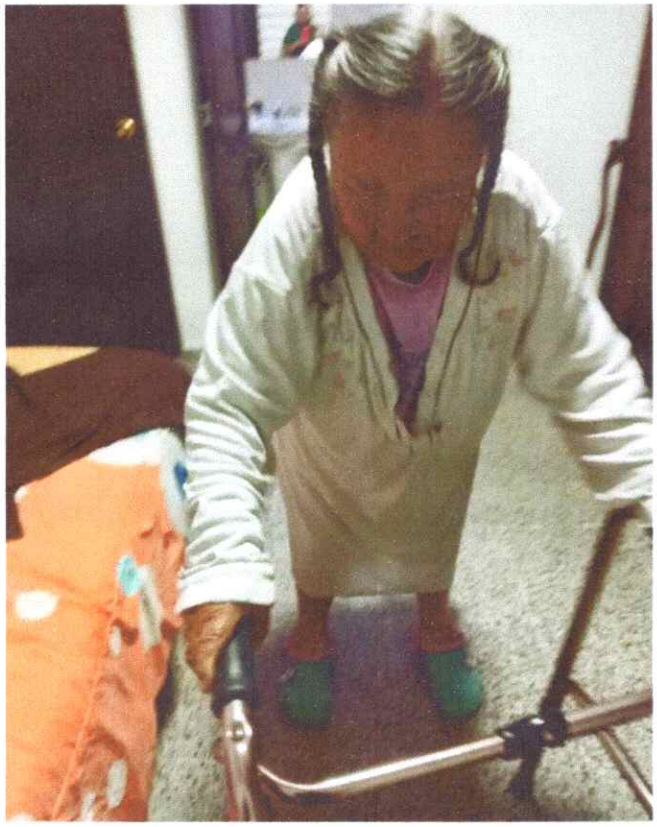


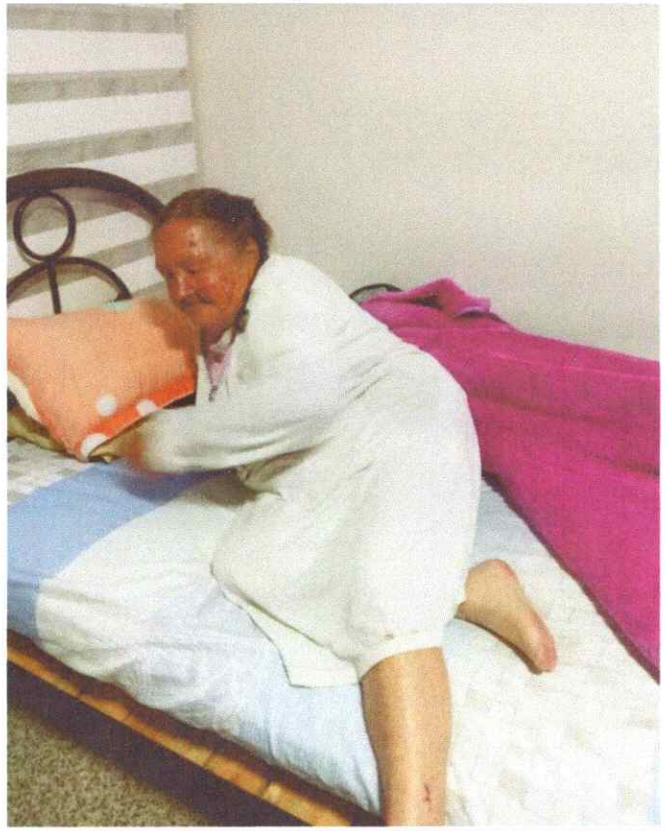
| | |
|---|---|
| **Fuente:** | ***Arreglo de uñas, rasurar y baño diario según turno correspondiente.**<br>***Asistencia a control médico.**<br>***Se realizan masajes de hidratación.** |

| **ANEXOS. REGISTRO FOTOGRÁFICO** | |
|---|---|
| **Imagen 7.** | |
|  | |
| **Fuente:** | ***No se presentaron urgencias se hicieron de llamadas para control por medicina"** |

**ANEXOS. REGISTRO FOTOGRÁFICO**

**Imagen 8**





**Fuente:** ***Se realizaron cambios posturales a los adultos que se requiera en cada turno.**

**ANEXOS. REGISTRO FOTOGRÁFICO**

**Imagen 9**



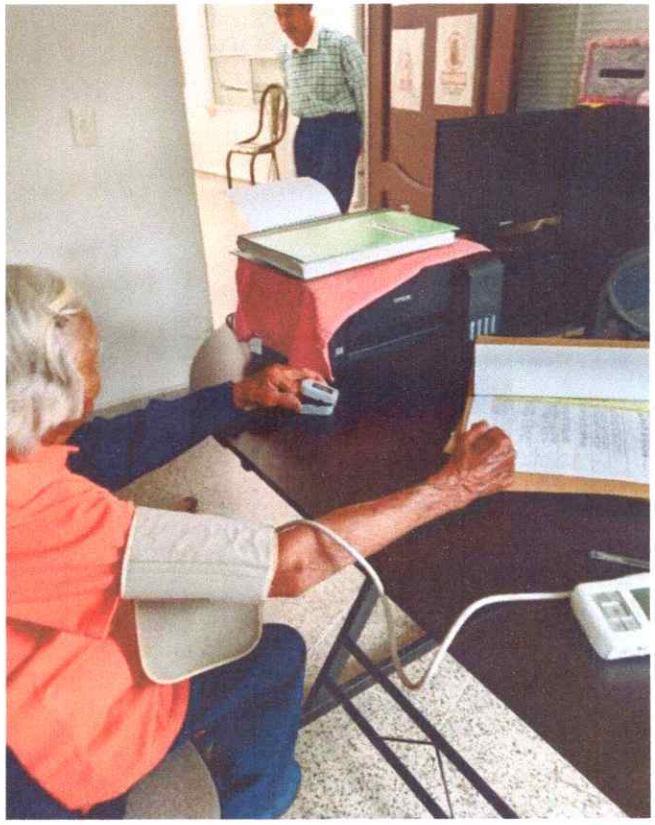


| | |
|---|---|
| **Fuente:** | *** Se asiste a las reuniones por parte de la administracion municipal, centro de salud u otras entidades** |

**ANEXOS. REGISTRO FOTOGRÁFICO**

**Imagen 10**





| **Fuente:** | ***Se hace seguimiento con la constante toma de signos vitales.** |
|---|---|

| ANEXOS. REGISTRO FOTOGRÁFICO |
|---|

**Imagen 11**







| Fuente: | **Se realiza actividades de integración al adulto mayor como juegos de parques, aros, ejercicios y pintura. |
|---|---|

**MUNICIPIO DE CORRALES - BOYACÁ**
**Nit. 891855748-2**
Gestión Contractual - Contratación Directa
**INFORME DE SUPERVISIÓN**

ALCALDÍA DE Corrales
Secretaría General y Jurídica

EL SUPERVISOR DE LA: CONTRATACION DE PRESTACION DE SERVICIOS
No **CD-MDC-086 DE 2025** DIA **08** MES **07** AÑO **2025**
PROYECTÓ:

## CERTIFICA

Que, **NORA ESMERALDA ACERO CORREDOR**
C.C. No. **23.449.366** [X] NIT. No. [ ] De : **CORRALES**
Representado legalmente por,
C.C. No. De :

Cumplió a satisfacción para el pago del periodo comprandido entre el, Día **1** Mes **09** Año **2025** y el, **30** Mes **9** Año **2025**
Del contrato u Orden así (Resumir objeto) :

**PRESTACIÓN SERVICIOS DE APOYO A LA GESTIÓN PARA LA REALIZACIÓN DE ACTIVIDADES DE ENFERMERÍA PARA LA ADAPTACIÓN AL ENVEJECIMIENTO DIRIGIDAS AL PROGRAMA CENTRO DIA DEL ADULTO MAYOR DEL MUNICIPIO DE CORRALES – BOYACÁ.**

**CUMPLIMIENTO OBLIGACIONES CONTRACTUALES**

| N° | Obligación especifica | Cumplimiento | | Actividades | Evidencia Soportes | Observación |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | | SI | NO | | | |
| 1 | Realizar actividades orientadas a la promoción de estilos de vida saludable. | X | | *Se hace seguemienio a cada una de sus comidas de acuerdo a los diagnosticos que tienen cada adilto del centro vida. | Anexos | |
| 2 | Realizar acciones y charlas orientadas a la prevención de enfermedades. | X | | * Se realiza charlas con el fin de darles a entender la importancia de prevenir enfermedades. | Anexos | |
| 3 | Observar acciones permanentes que permitan identificar síntomas de alerta que conduzcan a detección oportuna de patologías | X | | *De acuerdo a lo que se observa se informa al profesional en medicina General y el remite si es necesario a los diferentes especialistas. | Anexos | |
| 4 | Remitir a servicios de salud de la población del centro de protección. | X | | *Se atiende a las necesidades que demande los adultos mayores en el transcurso de cada turno. *Se llevan a los adultos mayores a los servicios de salud como odontología y medicina general, medicina interna y a laboratorios y | Anexos | |
| 5 | Toma de constantes (T.A. Frecuencia, saturación de oxigeno) y anotación en gráfica de los adultos mayores que hacer parte del centro día. | X | | *Se tomó constantes vitales (T.A, frecuencia, saturación de oxígeno) al llegar al turno y se anotó gráficamente en la planilla correspondiente. | Anexos | |
| 6 | Atención general a los integrantes del Centro de día | X | | *Se asiste a los adultos en el cambio de pañal. *Arreglo de uñas, rasurar y baño diario según turno correspondiente. | Anexos | |
| 7 | Prestar auxilio en caso de Urgencias. | X | | **No se presentaron urgencias en el mes de Septiembre se realiza llamadas para solicitar citas de control de medicina. | Anexos | |
| 8 | Realizar Cambios posturales a los adultos que integran el Centro de Bienestar. | X | | *Se realizaron cambios posturales a los adultos que se requiera en cada turno. | Anexos | |
| 9 | Asistencia en las actividades que se realizan en las reuniones centro día del adulto mayor Corraleño | X | | * Se asiste a las reuniones por parte de la administracion municipal, centro de salud u otras entidades | Anexos | |
| 10 | Detectar cambios en la salud física o mental. | X | | *Se hace seguimiento con la constante toma de signos vitales. | Anexos | |
| 11 | Prestar ayuda a los adultos mayores en la integración con otros compañeros. | X | | *Se realiza actividades de integración al adulto mayor como juegos de parques, aros, ejercicios y pintura. | Anexos | |
| 12 | Atender de manera oportuna los requerimientos que haga el supervisor del contrato. | X | | * Hasta el momento no ha habido requerimientos por parte del supervisor del contrato. | Anexos | |
| 13 | Las demás que le sean asignadas en cumplimiento del objeto contractual. | X | | *He cumplido con las obligaciones pactadas en mi contrato. | Anexos | |

| INFORMACIÓN FINANCIERA DEL CONTRATO | | |
|---|---|---|
| **Valor Inicial del contrato:** | **$** | **12.780.000,00** |
| **Adición No.** | $ | - |
| **Valor Total del contrato:** | $ | 12.780.000,00 |
| **Valor pagado:** | $ | 3.919.200,00 |
| **Valor a pagar en el periodo:** | **$** | **2.215.200,00** |
| **Saldo:** | $ | 6.645.600,00 |

| VERIFICACIÓN APORTES SSS | | |
|---|---|---|
| **Valor Total Contratado** | $ | 12.780.000,00 |
| **Plazo (meses)** | | 6 Meses |
| **IBC** | $ | 1.423.500,00 |
| **Valor a pagar** | $ | 440.500,00 |
| **Número de planilla** | | 1074973548 |
| **Total Pagado** | $ | 440.500,00 |
| **Verificación pago SSS** | | CUMPLE |

**CDP No. 2025000456**

| RUBRO N° | REGISTRO PRESUPUESTAL | VALOR |
|---|---|---|
| 2.3.41.4103017.18.2.3.2.02.02.009.0124.1.3.3.3.20.01 | 2025000506 | $ 6.451.476,53 |
| 2.3.41.4103017.18.2.3.2.02.02.009.0124.1.3.3.5.04 | 2025000506 | $ 6.328.523,47 |

Se expide la certificación en Corrales a los **30** días del mes **9** del año **2025**

REVISADO PAC
RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS SUPERVISOR
**RODRIGO ALBERTO SILVA RINCÓN**
SECRETARIA GENERAL Y JURIDICA
**DEPENDENCIA**

# NORA ACERO

AUXILIAR DE ENFERMERIA CASA ADULTO MAYOR

**DOCUMENTO EQUIVALENTE A FACTURA PERSONA NATURAL**

No. 003


Nora Esmeralda Acero Corredor

**NIT: 23449366 No responsable de impuesto de IVA**

D.R.522 DE 2003 Compilado Decreto Unico Reglamentario 1325 de 2016

**DIRECCIÓN: CALLE 3 #19 BIS 31**

Correo electrónico: noraacero20@gmail.com


| | | | |
|---|---|---|---|
| **Señor :** | MUNICIPIO DE CORRALES | **Fecha:** | 30/09/2025 |
| **Nit:** | 891855748-2 | | |
| **Dirección** | CALLE 8 N° 3 - 40 | **Telefono:** | 3138174434 |

| CANT | NOMBRE DEL PRODUCTO | V/UNITARIO | V/TOTAL |
|---|---|---|---|
| 1 | PRESTACIÓN SERVICIOS DE APOYO A LA GESTIÓN PARA LA REALIZACIÓN DE ACTIVIDADES DE ENFERMERÍA PARA LA ADAPTACIÓN AL ENVEJECIMIENTO DIRIGIDAS AL PROGRAMA DEL ADULTO MAYOR DEL MUNICIPIO DE CORRALES – BOYACÁ. SEGÚN CONTRATO N° CD MDC 086 DE 2025. | $ 2.215.200 | $ 2.215.200 |

**SON:** DOS MILLONES DOSCIENTOS QUINCE MIL DOSCIENTOS PESOS M/CTE ($ 2.215,200)

**Favor girar a la cuenta de ahorros N°3143008450 de Banco Davivienda producto Daviplata a nombre de NORA ESMERALDA ACERO CORREDOR**

| | | | |
|---|---|---|---|
| | | **SUBTOTAL $** | 2.215.200 |
| | | **IVA $** | - |
| 23449366 ACEPTADA Nit C. C. | FIRMA AUTORIZADA | **TOTAL $** | 2.215.200 |

Esta factura cambiaria se asimila en todos sus efectos legales a la letra de cambio según articulo 774 del C.CO

# PAGOSIMPLE | AUTOLIQUIDACION CONSOLIDADA

**Fecha creación reporte:** 2025-09-23, 03:45:36 PM **Tipo Planilla:** I: PLANILLA INDEPENDIENTES **Numéro Planilla:** 1074973548

**Periodo Cotización:** septiembre de 2025 **Periodo Servicio:** septiembre de 2025 **Referencia pago (PIN):** 8823063522

## PAGADO 18/09/2025

### I. DATOS DEL APORTANTE

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Razón Social** | NORA ESMERALDA ACERO CORREDOR | | |
| **Documento** | CC23449366 | **Dirección** | CR 12 #4 - 41 |
| **Tipo de Empresa** | INDEPENDIENTE | **Teléfono** | 7737969 |
| **Tipo Persona** | NATURAL | **Forma Presentación** | ÚNICO |
| **Ciudad** | SOGAMOSO | **Departamento** | BOYACA |
| **Representante Legal** | | **Identificación** | |
| **Total Afiliados** | 1 | **ARP** | POSITIVA DE SEGUROS |

### II. DETALLE DEL APORTANTE

| Datos del Afiliado | | | | Novedades | | | | | | | | | | | | | | | | | | Pensiones | | | Salud | | | Riesgos | | | Cajas | | | Parafiscales | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Identificación | Apellidos y Nombres | Tipo Cotizante | Subtipo Cotizante | ING | RET | RET P | TDE | TAE | TDP | TAP | VSP | COR | VST | SLN | IGE | LMA | VAC | AVP | VCT | IRP | Días AFP | Días EPS | Días ARP | Días CCF | Administradora | IBC Pensión | Aporte Pensión | Administradora | IBC Salud | Aporte Salud | Tarifa | IBC Riesgos | Aporte Riesgos | Administradora | IBC Caja | Aporte Caja | Aporte SENA | Aporte ICBF | ESAP | Aporte Ministerio |
| CC 23449366 | NORA ESMERALDA ACERO CORREDOR | 59 | 00 | | | | | | | | | | | | | | | | | 0 | 30 | 30 | 30 | 0 | (25-14) COLPENSIONES | $ 1.423.500 | $ 227.800 | (EPS037) NUEVA EPS S.A. | $ 1.423.500 | $ 178.000 | 2,436 | $ 1.423.500 | $ 34.700 | (NIN-CC) NINGUNA CCF | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 |

### III.TOTALES

| IBC Pensión | IBC Salud | IBC Riesgos | IBC Cajas | Aportes Pensión | Aportes Salud | Aportes Riesgos | Aportes Cajas | Aportes Sena | Aportes ICBF | Aportes ESAP | Aportes Min Educación | (Incapacidades, Licencias, Saldos a Favor) EPS | Incapacidades ARP | SUBTOTAL SIN INTERESES DE MORA | TOTAL INTERESES DE MORA | TOTAL FINAL |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| $ 1.423.500 | $ 1.423.500 | $ 1.423.500 | $ 0 | $ 227.800 | $ 178.000 | $ 34.700 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 440.500 | $ 0 | $ 440.500 |



Lineas de Servicio FonoSIMPLE: Bogotá 601 4446634 - Cali: 602 5540577 - Medellin: 604 5146669 - Bucaramanga: 607 6438000 - Cartagena: 605 6945444 - Pereira: 606 3402582 - Barranquilla: 605 3618850 - Resto del País: 018000 971 971 - ¡Más que Fácil, SIMPLE!

Antes de imprimir, asegúrese que sea realmente necesario. Proteger el medio ambiente está en nuestras manos.