## ACTA DE RECIBO Y CUMPLIMIENTO PARCIAL 001

| | |
|---|---|
| **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 DE BIENESTAR / PROTECCIÓN 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, INCLUSIVE. |
| **LUGAR DE EJECUCIÓN** | MUNICIPIO DE CORRALES |
| **VALOR** | CUATRO MILLONES DOSCIENTOS SESENTA MIL PESOSM/CTE. ($4.260.000) |
| **CDP** | 2025000821 DE FECHA DIECIOCHO (18) DE NOVIEMBRE DE 2025 |

En el Municipio de Corrales– Boyacá, a los un (01) días del mes de Diciembre 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 LAURA XIMENA ROJAS CASTAÑEDA, como representante legal del Contratista con el fin de suscribir acta de cumplimiento parcial del contrato CD MDC-0109 DE 2025, Correspondiente a las actividades desarrolladas por el contratista durante Diciembre de 2025; como se estipula en la cláusula TERCERA Y CUARTA, valor y forma de pago.

**FORMA DE PAGO**

El valor del presente contrato es por la suma de CUATROMILLONES DOSCIENTOS SESENTA MIL PESOS M/CTE. ($4.260.000) 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.

**INFORME FINANCIERO**

| | | |
|---|---|---|
| **Valor Total Contratado** | **$** | **4.260.000,00** |
| **Total, Pagos** | **$** | **-** |
| **Pago presente acta** | **$** | **1.420.000.00** |
| **Saldo Por Pagar** | **$** | **2.840.000.00** |

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

ALCALDÍA DE Corrales
Secretaría General y Jurídica

| N° PAGO | PERIODO | Valor Pagos |
|---|---|---|
| Pago No. 1 | nov-25 | $ 1.420.000.00 |
| Pago No. 2 | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| TOTAL, PAGOS | | $ 1.420.000.00 |

| | | |
|---|---|---|
| **Valor de la presente acta:** | UN MILLON CUATROCIENTOS VEINTE MIL PESOS M/CTE. | $ 1.420.000.00 |

| CUMPLIMIENTO APORTES AL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL INTEGRAL | | | | |
|---|---|---|---|---|
| | ENTIDAD | | | % DE PAGO |
| RIESGO PROFESIONALES | | | | 2,44% |
| | Clase de Riesgo | | 3 | |
| EMPRESA PRESTADORA DE LOS SERVICIOS - SALUD | NUEVA EPS | | | 12,50% |
| FONDO DE PENSIONES | COLFONDOS | | | 16% |
| Valor Total Contratado | $ 4.260.000,00 | | | |
| Plazo (meses) | 3 | | | |
| IBC | $ 1.423.500 | | | |
| NUMERO DE PLANILLA | 81240753 | | Fecha de pago | 26/11/2025 |
| 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 Secretaría de Hacienda.

**POR EL MUNICIPIO**

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

**EL CONTRATISTA**

Laura Ximena Rojas C.

**LAURA XIMENA ROJAS CASTAÑEDA**
CC.1053302893

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

ALCALDÍA DE Corrales
Secretaria General y Jurídica

| DATOS DEL INFORME | | | |
|---|---|---|---|
| N° Informe: **01** | Fecha de Iniciación: 18/11/2025 | Fecha de Corte: 30/11/2025 | |
| Supervisor: **RODRIGO ALBERTO SILVA RINCÓN** | | | |
| Cargo: **SECRETARIO GENERAL Y JURIDICO.** | | | |
| **DATOS DEL CONTRATO** | | | |
| Contratista: LAURA XIMENA ROJAS CASTAÑEDA | | | |
| Contrato No. CD MDC-0109 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 DE BIENESTAR / PROTECCIÓN DEL ADULTO MAYOR DEL MUNICIPIO DE CORRALES – BOYACÁ.** | | | |
| Plazo:<br>**UN (1) Mes.** | Valor contrato:<br>**$4.260.000** | Fecha de Iniciación<br>**18-nov-25** | Fecha de Terminacion<br>**26-dic-25** |
| Porcentaje de ejecución financiera: **33 %** | | Porcentaje de ejecución en tiempo: **33 %** | |
| 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 acciones orientadas a la prevención de enfermedades en el centro de bienestar/protección del Municipio. | * Lavado de manos.<br>* Buena higiene.<br>*Control de peso y talla. | ANEXOS |
| 2. Observar acciones permanentes que permitan identificar síntomas de alerta que conduzcan a detección oportuna de patologías de los adultos mayores internos en el centro de protección. | *Control de signos vitales | ANEXOS |
| 3. Remitir a servicios de salud de la población del centro de protección. | *Control de Medicina general, medicina interna u Odontología. | ANEXOS |
| 4. Toma de constantes (T.A. Frecuencia, saturación de oxigeno) y anotación en gráfica. | Se tomó constantes vitales (T.A, frecuencia, saturación de oxígeno) al llegar al turno y se anotó gráficamente en la planilla correspondiente. | ANEXOS |
| 5. Atención general a los integrantes del Centro de protección del Adulto Mayor | *Asistencia en actividades que no puedan realizar por si mismos. | ANEXOS |
| 6.Prestar auxilio en caso de urgencias de los adultos mayores internos en el centro de protección. | Se lleva a urgencias a los adultos mayores en caso de que estos lo requieran | ANEXOS |
| 7. 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 | ANEXOS |
| 8. Ayudar a los adultos mayores a vestirse y acostarse. | Se asiste a cada adulto según sea su necesidad para cambiarse de ropa antes de acostarse. | ANEXOS |
| 9. Prestar asistencia a los adultos mayores a ir al baño. | Se acompaña y asiste a los adultos mayores que lo necesiten en el momento de ir al baño o que necesiten cambio diario de pañal. | ANEXOS |

| | | |
|---|---|---|
| 10. Asistir a los adultos mayores en cuanto a la toma de la medicación y en las horas correspondientes prescritas por el médico. | Se les está administrando medicación según la orden médica que corresponda para cada adulto mayor. | ANEXOS |
| 11. Aplicar cremas, apósitos o realizar curas de ser necesario. | Se aplica o administra cremas para hidratación de la piel siguiendo orden médica. | ANEXOS |
| 12. Facilitar la tarea de desplazamiento y a acostarse de los adultos mayores. | Se desplaza a los adultos mayores a dormitorio en caso de ser necesario. | ANEXOS |
| 13. Asistencia en cualquier otra actividad diaria que no puedan realizar por ellos mismos. | *Arreglo de uñas, rasurar y baño diario según turno correspondiente.<br>*Asistencia a control médico<br>*Se ayuda a los adultos mayores que no puedan peinarse | ANEXOS |
| 14. Detectar cambios en la salud física o mental | Se hace seguimiento con la constante toma de signos vitales y de igual forma a su estado de ánimo y salud mental. | ANEXOS |
| 15. 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. | ANEXOS |
| 16. 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. | ANEXOS |
| 17. Las demás que le sean asignadas en cumplimiento del objeto contractual. | He cumplido con las obligaciones pactadas en mi contrato. | ANEXOS |

**ANEXOS:**

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

Laura Ximena Rojas C.

**LAURA XIMENA ROJAS CASTAÑEDA**
Contratista

**RODRIGO ALBERTO SILVA RINCÓN**
Supervisor

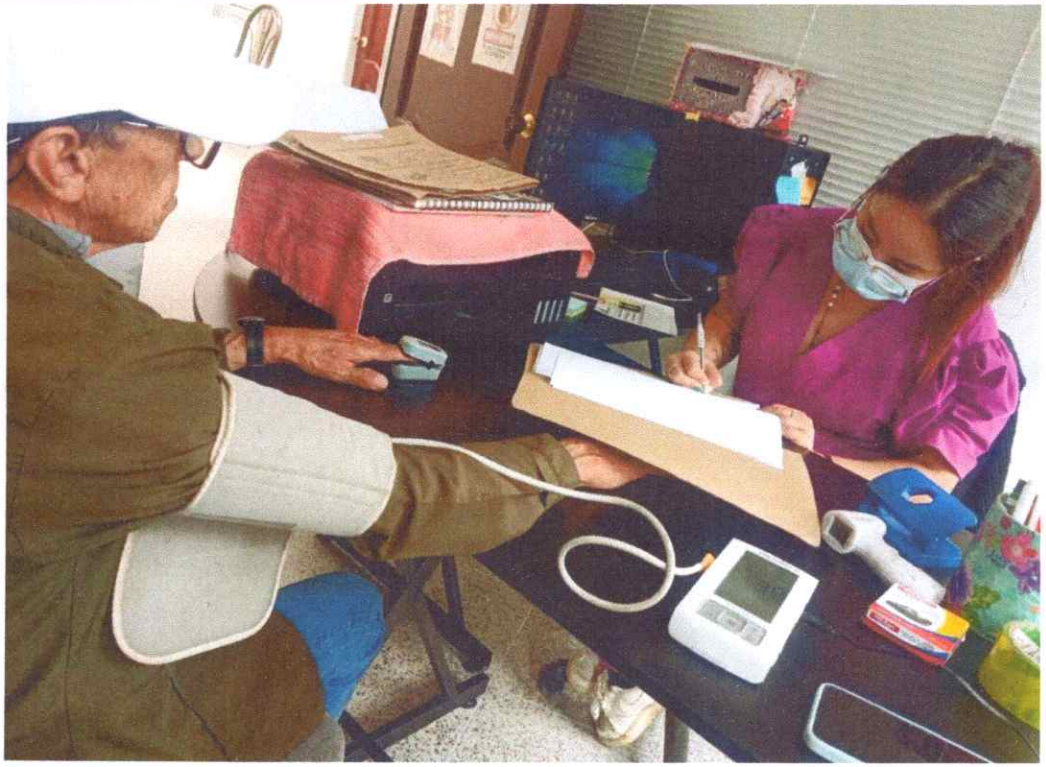
| **ANEXOS. REGISTRO FOTOGRÁFICO** |
|---|

**Imagen 1.**





| | |
|---|---|
| **Fuente:** | **Realizar acciones orientadas a la prevención de enfermedades en el centro de bienestar/protección del centro** |

| **ANEXOS. REGISTRO FOTOGRÁFICO** |
|---|
| **Imagen 2.** |
|   |
| **Fuente:** **Toma de signos vitales (TA, FC, FR, SPO2 y T°) y anotación grafica.** |

| ANEXOS. REGISTRO FOTOGRÁFICO |
|---|

| Imagen 3. | |
|---|---|
|  | |
| **Fuente:** | **Remitir a servicios de salud de la población del centro protección (Teleconsulta, Medicina general, interna, odontologia o laboratorios de I Y II nivel)** |

| **ANEXOS. REGISTRO FOTOGRÁFICO** | |
|---|---|
| **Imagen 4.** | |
|  | |
| **Fuente:** | **Realizar cambios de posición** |

| **ANEXOS. REGISTRO FOTOGRÁFICO** | |
|---|---|
| **Imagen 5.** | |
|  | |
| **Fuente:** | **Ayudar a los adultos en el momento de acostarse según necesidad de cada uno** |

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

| **Imagen 6.** | |
|---|---|
|  |  |
| **Fuente:** | **Prestar asistencia a los adultos a ir al baño o realizar cambio de pañal.** |

| **ANEXOS. REGISTRO FOTOGRÁFICO** | |
|---|---|
| **Imagen 7.** | |
|   | |
| **Fuente:** | **Administración de medicamentos según orden medica.** |

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

**Imagen 8.**





| **Fuente:** | **Aplicar cremas según orden medica o realizar curaciones de ser necesario** |
|---|---|

| ANEXOS. REGISTRO FOTOGRÁFICO |
|---|

**Imagen 9.**





| **Fuente:** | **Facilitar el desplazamiento a los adultos mayores en turno correspondiente.** |
|---|---|

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

**Imagen 10.**

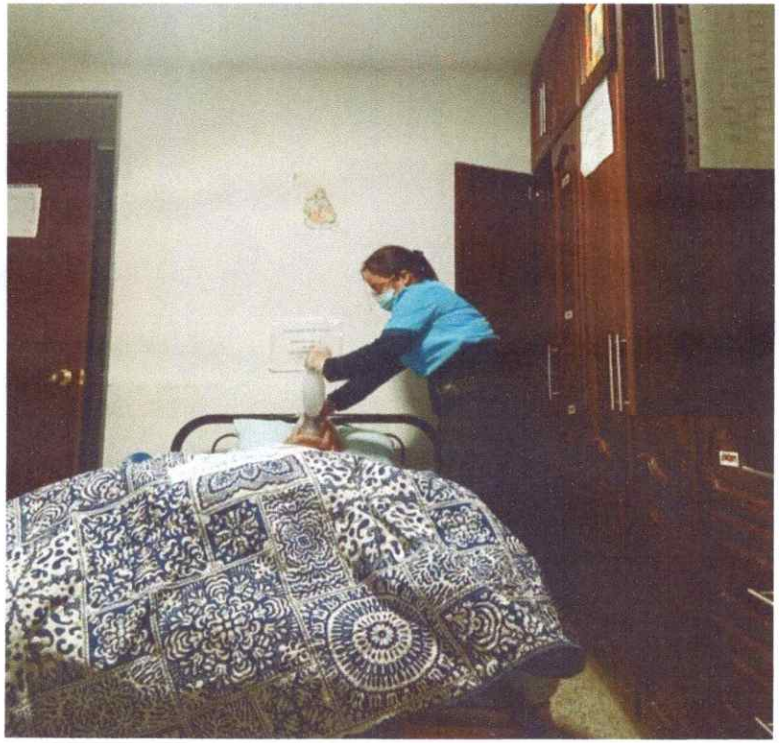





| **Fuente:** | **Asistencia en cualquier otra actividad que no puedan realizar por ellos mismos: Arreglo de uñas y perinado.** |
|---|---|

**ANEXOS. REGISTRO FOTOGRÁFICO**

**Imagen 11.**





| | |
|---|---|
| **Fuente:** | **Detectar cambios en la salud fisica o mental.** |

**ANEXOS. REGISTRO FOTOGRÁFICO**

**Imagen 12.**





| | |
|---|---|
| **Fuente:** | **Se realizan actividades de integración al adulto mayor donde les permita interactuar con sus compañeros.** |

**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-0109 DE 2025** DIA **18** MES **11** AÑO **2025**

PROYECTÓ:

**CERTIFICA**

Que, **LAURA XIMENA ROJAS CASTAÑEDA**

C.C. No. **1.053.302.893** [X] NIT. No. [ ] De : **CORRALES**

Representado legalmente por,

C.C. No. De : CORRALES

Cumplió a satisfacción para el pago del periodo comprendido entre el, Día **18** Mes **11** Año **2025** y el, **30** Mes **11** 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 DE BIENESTAR / PROTECCIÓN DEL ADULTO MAYOR DEL MUNICIPIO DE CORRALES – BOYACÁ.**

**CUMPLIMIENTO OBLIGACIONES CONTRACTUALES**

| N° | Obligación específica | Cumplimiento | | Actividades | Evidencia Soportes | Observación |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | | SI | NO | | | |
| 1 | Realizar acciones orientadas a la prevención de enfermedades en el centro de bienestar/protección del Municipio | X | | * Lavado de manos.<br>* Buena higiene.<br>*Control de peso y talla | ANEXO | |
| 2 | Observar acciones permanentes que permitan identificar síntomas de alerta que conduzcan a detección oportuna de patologías de los adultos mayores internos en el centro de protección. | X | | *Control de signos vitales | ANEXO | |
| 3 | Remitir a servicios de salud de la población del centro de protección. | X | | *Control de Medicina general, medicina interna u Odontología. | ANEXO | |
| 4 | Toma de constantes (T.A. Frecuencia, saturación de oxigeno) y anotación en gráfica. | X | | Se tomó constantes vitales (T.A, frecuencia, saturación de oxígeno) al llegar al turno y se anotó gráficamente en la planilla correspondiente. | ANEXO | |
| 5 | Atención general a los integrantes del Centro de protección del Adulto Mayor | X | | *Asistencia en actividades que no puedan realizar por sí mismos. | ANEXO | |
| 6 | Prestar auxilio en caso de urgencias de los adultos mayores internos en el centro de protección. | X | | Se lleva a urgencias a los adultos mayores en caso de que estos lo requieran | ANEXO | |
| 7 | 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 | ANEXO | |
| 8 | Ayudar a los adultos mayores a vestirse y acostarse. | X | | Se asiste a cada adulto según sea su necesidad para cambiarse de ropa antes de acostarse. | ANEXO | |
| 9 | Prestar asistencia a los adultos mayores a ir al baño. | X | | Se acompaña y asiste a los adultos mayores que lo necesiten en el momento de ir al baño o que necesiten cambio diario de pañal. | ANEXO | |
| 10 | Asistir a los adultos mayores en cuanto a la toma de la medicación y en las horas correspondientes prescritas por el médico | X | | Se les está administrando medicación según la orden médica que corresponda para cada adulto mayor. | ANEXO | |

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 11 | Aplicar cremas, apósitos o realizar curas de ser necesario. | X | | Se aplica o administra cremas para hidratación de la piel siguiendo orden médica. | ANEXO | | |
| 12 | Facilitar la tarea de desplazamiento y a acostarse de los adultos mayores. | X | | Se desplaza a los adultos mayores a dormitorio en caso de ser necesario. | ANEXO | | |
| 13 | Asistencia en cualquier otra actividad diaria que no puedan realizar por ellos mismos. | X | | *Arreglo de uñas, rasurar y baño diario según turno correspondiente. *Asistencia a control médico *Se ayuda a los adultos mayores que no puedan peinarse | ANEXO | | |
| 14 | Detectar cambios en la salud física o mental | X | | Se hace seguimiento con la constante toma de signos vitales y de igual forma a su estado de ánimo y salud mental. | ANEXO | | |
| 15 | 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. | ANEXO | | |
| 16 | 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. | ANEXO | | |
| 17 | Las demás que le sean asignadas en cumplimiento del objeto contractual. | X | | He cumplido con las obligaciones pactadas en mi contrato. | ANEXO | | |

| INFORMACIÓN FINANCIERA DEL CONTRATO | | |
|---|---|---|
| **Valor Inicial del contrato:** | **$** | **4.260.000,00** |
| **Adición No.** | $ | - |
| **Valor Total del contrato:** | **$** | 4.260.000,00 |
| **Valor pagado:** | $ - | |
| **Valor a pagar en el periodo:** | **$** | **1.420.000.00** |
| **Saldo:** | **$** | 2.840.000.00 |

| VERIFICACIÓN APORTES SSS | | |
|---|---|---|
| **Valor Total Contratado** | $ | 4.260.000,00 |
| **Plazo (meses)** | | 1 |
| **IBC** | | 1.423.500 |
| **Valor a pagar** | $ 440.500,00 | |
| **Número de planilla** | | 81240753 |
| **Total Pagado** | $ | 440.500,00 |
| **Verificación pago SSS** | NO CUMPLE | |

**CDP No. 2025000821**

| RUBRO N° | REGISTRO PRESUPUESTAL | | VALOR |
|---|---|---|---|
| 2.3.41.4104008.24.2.3.2.02.02.009.0124.1.3.3.3.20.01 | 2025000918 | | $ 4.260.000,00 |

Se expide la certificación en Corrales a los 1 días del mes 12 del año 2025

REVISADO PAC
RESPONSABLE

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

# XIMENA ROJAS

AUXILIAR DE ENFERMERIA CASA ADULTO MAYOR

**DOCUMENTO EQUIVALENTE A FACTURA PERSONA NATURAL**

No. 001


LAURA XIMENA ROJAS CASTAÑEDA

NIT: 1.053.302.893 No responsable de impuesto de IVA

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

DIRECCIÓN: CARRERA 5 N° 8-27 DE CORRALES

Correo electrónico:lxrc213@gmail.com


| | | | |
|---|---|---|---|
| **Señor :** | **MUNICIPIO DE CORRALES** | **Fecha:** | **1/12/2025** |
| **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 CENTRO DE BIENESTAR / PROTECCIÓN DEL ADULTO MAYOR DEL MUNICIPIO DE CORRALES – BOYACÁ. SEGÚN CONTRATO N° CD MDC-0109 DE 2025 | **1.420.000.00** | **1.420.000.00** |

**SON:** **UN MILLON CUATROCIENTOS VEINTE MIL PESOS M/CTE. ($ 1.420.000.00)**

**Favor girar a la cuenta de ahorros N°3203875166 de Banco Davivienda producto Daviplata a nombre de LAURA XIMENA ROJAS CASTAÑEDA**

| | | | |
|---|---|---|---|
| | | **SUBTOTAL $** | **1.420.000.00** |
| | | **IVA $** | - |
| 1053302893 ACEPTADA Nit C. C. | Laura X R. FIRMA AUTORIZADA | **TOTAL $** | **1.420.000.00** |

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

enlace operativo

# SuAporte | AUTOLIQUIDACION CONSOLIDADA

**Fecha creación reporte:** 2025-11-27, 02:15:41 PM **Tipo Planilla:** I: PLANILLA INDEPENDIENTES **Numéro Planilla:** 81240753

**Periodo Cotización:** noviembre de 2025 **Periodo Servicio:** noviembre de 2025 **Referencia pago (PIN):** 8909748115

## PAGADO 26/11/2025

### I. DATOS DEL APORTANTE

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Razón Social** | LAURA XIMENA ROJAS CASTAÑEDA | | |
| **Documento** | CC1053302893 | **Dirección** | CL 5 #8 - 27 |
| **Tipo de Empresa** | INDEPENDIENTE | **Teléfono** | 0 |
| **Tipo Persona** | NATURAL | **Forma Presentación** | ÚNICO |
| **Ciudad** | CORRALES | **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 | | | | Total |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 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 APP | 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 | Total |
| CC 1053302893 | LAURA XIMENA ROJAS CASTAÑEDA | 59 | 00 | | | | | | | | | | | | | | | | | 0 | 30 | 30 | 30 | 0 | (231001) COLFONDOS | $ 1.423.500 | $ 227.800 | (EPS037) NUEVA EPS | $ 1.423.500 | $ 178.000 | 2,436 | $ 1.423.500 | $ 34.700 | (NIN-CC) NINGUNA CCF | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 440.500 |

### 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 |



Enlace Operativo, Linea Expertos en PILA: Barranquilla: 385 24 44 - Bogotá: 485 4485 - Bucaramanga: 697 87 27 - Cali: 485 9444 - Cartagena: 693 77 27 - Pereira: 340 13 27 - Manizales: 892 80 27 - Medellin: 604 2727 - Desde otras ciudades: 018000 51 99 77.

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

EXPERTOS en PILA