

 ALCALDÍA DE FLORIDABLANCA	ACTA DE TERMINACIÓN (EJECUCIÓN FINAL)		CÓDIGO	GC-F-12
	CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES Y/O DE APOYO A LA GESTIÓN		VERSIÓN	12
	OFICINA DE CONTRATACIÓN		FECHA	22/05/2025
	PROCESO: GESTIÓN DE LA CONTRATACIÓN		TRD	103

FECHA DE ACTA:	16/12/2025	ACTA N°	05
-----------------------	------------	----------------	----

INFORMACIÓN GENERAL DEL CONTRATO			
N° DE CONTRATO	2209-2025-CO1.PCCNTR.8314494	FECHA CONTRATO	11/09/2025
NOMBRE CONTRATISTA E IDENTIFICACIÓN	ELMER RICARDO CORTÉS PEÑA, identificado(a) con cédula de ciudadanía No. 11.350.011 expedida en Guasca.		
OBJETO DEL CONTRATO			
Prestación de servicios profesionales para las acciones de inspección y vigilancia frente a los problemas derivados de la salud ambiental del municipio de Floridablanca en concordancia al plan de atención en salud 2025.			
LUGAR DE EJECUCIÓN	MUNICIPIO DE FLORIDABLANCA		
NOMBRE DEL SUPERVISOR	CONSUELO AMAYA JAIMES		
CARGO DEL SUPERVISOR	SECRETARIA DE SALUD (E)		
OFICINA GESTORA	SECRETARIA DE SALUD		
PLAZO DEL CONTRATO	TRES (3) MESES, CONTADOS A PARTIR DE LA SUSCRIPCIÓN DEL ACTA DE INICIO O HASTA EL 19 DE DICIEMBRE DE 2025 (LO QUE PRIMERO OCURRA)	PLAZO ADICIONAL DEL CONTRATO (si aplica)	N/A
VALOR DEL CONTRATO	TRECE MILLONES QUINIENTOS MIL PESOS M/CTE (\$13.500.000)	VALOR ADICIONAL DEL CONTRATO (si aplica)	N/A
FECHA DE INICIO DEL CONTRATO	16/09/2025		
FECHA DE TERMINACIÓN INICIAL	15/12/2025	FECHA DE TERMINACIÓN	

REGISTROS PRESUPUESTALES			
REGISTROS INICIALES			
N° DE CDP	25-03729	FECHA DE EXPEDICIÓN	10/09/2025
N° DE RP	25-04560	FECHA DE EXPEDICIÓN	12/09/2025
REGISTROS ADICIONALES (si aplica)			
N° DE CDP	N/A	FECHA DE EXPEDICIÓN	N/A
N° DE RP	N/A	FECHA DE EXPEDICIÓN	N/A

PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL					
PERIODO	FECHA DE PAGO	N° DE PLANILLA	VALOR SALUD	VALOR PENSIÓN	VALOR ARL
			SANITAS EPS	PORVENIR AFP	POSITIVA
Noviembre	12/12/2025	91594639	\$226.300	\$289.700	\$44.200
Diciembre	16/12/2025	92396378	\$225.000	\$288.000	\$43.900

	ACTA DE TERMINACIÓN (Ejecución Final) CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES Y/O DE APOYO A LA GESTIÓN	CÓDIGO	GC-F-12
		VERSIÓN	12
	OFICINA DE CONTRATACIÓN	FECHA	22/05/2025
	PROCESO: GESTIÓN DE LA CONTRATACIÓN	TRD	103

PÓLIZA DE GARANTÍAS (si aplica)		
NOMBRE ASEGURADORA	NUMERO DE PÓLIZA	FECHA DE APROBACIÓN
N/A	N/A	N/A

ESTAMPILLA DEPARTAMENTAL		
TIPO DE ESTAMPILLA	Nº ESTAMPILLA	FECHA PAGO
Departamental	2502500845209	16/12/2025

PERIODO DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO	
PERIODO CUMPLIDO DE EJECUCIÓN	16/09/2025 a 15/12/2025

OBSERVACIONES SUPERVISOR DEL CONTRATO
N/A.
Que, en atención a lo estipulado por el inciso 4 del artículo 60 de la ley 80 de 1993 que señala: “ARTÍCULO 60.- De Su Ocurrencia y Contenido (...) La liquidación a que se refiere el presente artículo no será obligatoria en los contratos de prestación de servicios profesionales y de apoyo a la gestión”, por lo tanto, será competencia de cada supervisor suscribir la respectiva acta de terminación – ejecución final de cada contrato a su cargo. Teniendo en cuenta lo anterior, el suscrito Supervisor se sirve certificar que el Contratista cumplió a cabalidad con el objeto contratado y con sus actividades designadas correspondientes al periodo cumplido de ejecución (señalar periodo) 16/09/2025 al 15/12/2025. 1. El SUPERVISOR del contrato revisó, verificó, aprobó y suscribió los diferentes informes de actividades que surgieron desde el inicio de ejecución del contrato, haciendo constar que el contratista cumplió a cabalidad con el objeto contractual y las actividades designadas por el periodo cumplido de ejecución. Por lo cual, se entiende pertenecerle a esta Acta dichos informes. 2. Las partes acuerdan que no habrá reconocimientos posteriores por concepto de honorarios, multas, sanciones o indemnizaciones a cargo de alguna de ellas a favor de la otra, como consecuencia de la terminación del contrato, por lo cual, no hay lugar a consignar observaciones ni objeciones. 3. Se deja la salvedad que el contratista de este contrato de prestación de servicios estuvo afiliado a la Administradora de Riesgos Laborales de su elección, con cobertura desde el inicio de ejecución del contrato hasta la fecha de terminación del mismo. (Si aplica) 4. El SUPERVISOR del contrato verificó que el CONTRATISTA cumplió con sus deberes de legalización, de acuerdo con lo establecido en la cláusula que señala la forma de pago, en especial, el de haber sufragado los pagos de aportes parafiscales relativos al Sistema de Seguridad Integral, así como los propios del Sena, ICBF y Cajas de Compensación Familiar, según corresponda, por el periodo cumplido de ejecución. 5. El CONTRATISTA y el SUPERVISOR del contrato, de común acuerdo, dan por terminado el presente contrato y declaran estar a paz y salvo una vez la Tesorería del Municipio efectuó el pago de los valores adeudados por valor de <\$4.500.000> resulta procedente que las partes intervinientes se declaren a paz y salvo por todo concepto derivado de la ejecución del contrato N°2209-2025-CO1.PCCNTR.8314494 de fecha 11/09/2025, comprometiéndose la SECRETARIA DE SALUD a surtir los trámites necesarios para efectuar el pago del saldo por cancelar.

	ACTA DE TERMINACIÓN (EJECUCIÓN FINAL) CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES Y/O DE APOYO A LA GESTIÓN	CÓDIGO	GC-F-12
		VERSIÓN	12
	OFICINA DE CONTRATACIÓN	FECHA	22/05/2025
	PROCESO: GESTIÓN DE LA CONTRATACIÓN	TRD	103

En consecuencia, las partes manifiestan entender y estar de acuerdo que el balance final de la ejecución de este contrato es el siguiente:

BALANCE FINAL DE LA EJECUCIÓN DEL CONTRATO		
DETALLE	CONTRATADO	PAGOS REALIZADOS
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	\$ 13.500.000	N/A
VALOR ADICIONAL DEL CONTRATO (si aplica)	N/A	N/A
PRIMER PAGO		\$4.500.000
SEGUNDO PAGO		\$4.500.000
TERCER PAGO		\$4.500.000
CUARTO PAGO		\$N/A
SALDO A FAVOR DEL MUNICIPIO (si aplica)	N/A	\$N/A
TOTAL (sumas iguales)	\$13.500.000	\$13.500.000

Para constancia de lo anterior, se suscribe la presente acta de terminación (ejecución final) por quienes en ella intervinieron, en el municipio de Floridablanca - Santander, a los dieciséis (16) días del mes de diciembre del año 2025.



CONSUELO AMAYA JAIMES

Secretaria de salud (E)
Supervisor



ELMER RICARDO CORTÉS PEÑA

Contratista

Proyectó: Elmer Ricardo Cortés Peña – CPS 

Revisó: Consuelo Amaya Jaimes – Secretaria de salud (E)

 Alcaldía Municipal de Floridablanca	OBLIGACIÓN CONTRAIDA	CÓDIGO	GMFP- F- 07
		VERSIÓN	08
	SECRETARÍA DE HACIENDA	FECHA ELAB	28-Agosto-2019
		FECHA APROB	2/01/2024
	PROCESO: GESTIÓN Y MANEJO DE LAS FINANZAS PUBLICAS	TRD	900

INFORMACIÓN GENERAL DEL CONTRATISTA									
NOMBRE COMPLETO		ELMER RICARDO CORTÉS PEÑA							
C.C. O NIT		C.C. No. 11.350.011							
NÚMERO TELEFÓNICO DE CONTACTO		3015005894							
VALOR COBRADO		\$4.500.000							
PERIODO DEL VALOR COBRADO		DÍA: 16	MES: 11	AÑO: 2025	—	DÍA: 15	MES: 12	AÑO: 2025	
INFORMACIÓN DEL CONTRATO:									
TIPO DE CONTRATO		CONTRATO No.				FECHA INICIO DEL CONTRATO			
Contrato de prestación de Servicios Profesionales		2209-2025-CO1.PCCNTR.8314494				DÍA: 16	MES: 09	AÑO: 2025	
CDP: 25-03729		FECHA: 10/09/2025		RP: 25-04560		FECHA: 12/09/2025			
CDP ADICIONAL:		FECHA:		RP ADICIONAL:		FECHA:			
OBJETO CONTRACTUAL:		Prestación de servicios profesionales para las acciones de inspección y vigilancia frente a los problemas derivados de la salud ambiental del municipio de Floridablanca en concordancia al plan de atención en salud 2025.							
CONTROL CUENTA BANCARIA DEL CONTRATISTA									
ENTIDAD BANCARIA		Bancolombia							
NÚMERO DE CUENTA		23290074789				AHORROS	X	CORRIENTE	
DECLARO QUE LA INFORMACIÓN QUE SUMINISTRO EN EL CUADRO “CONTROL CUENTA BANCARIA DEL CONTRATISTA” ES VERDADERA, SE ENCUENTRA ACTUALIZADA Y ES DE MI PROPIEDAD.									
CONTROL DE SUPERVISIÓN									
NOMBRE SUPERVISOR		CONSUELO AMAYA JAIMES							
CARGO SUPERVISOR		SECRETARIA DE SALUD (E)							
FECHA DE REVISIÓN Y APROBACIÓN		DÍA: 16		MES: 12		AÑO: 2025			
CERTIFICO QUE CUMPLO CON LAS RESPONSABILIDADES COMO SUPERVISOR DE ESTE CONTRATO DEFINIDAS EN EL DOCUMENTO MECI [CO-F-103-18.005] “DESIGNACIÓN Y/O NOTIFICACIÓN DEL SUPERVISOR DEL CONTRATO”.									
FIRMAS RESPONSABLES									
 Elmer Ricardo Cortés Peña Contratista RESPONSABLE DEL TRÁMITE  Consuelo Amaya Jaimes Secretaria Salud SUPERVISOR DEL CONTRATO REVISÓ Y APROBÓ OFICINA DE RADICACIÓN Y DIGITALIZACIÓN No. Folios: NÚMERO DE RADICADO Fecha: _____ Hora: _____									

 Alcaldía Municipal de Floridablanca	INFORME FINAL DE ACTIVIDADES Y CERTIFICADO DE SUPERVISOR CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS	CÓDIGO	GC-F-15
		VERSIÓN	07
	OFICINA DE CONTRATACIÓN	FECHA ELAB	Febrero-2016
		FECHA APROB	02/01/2024
	PROCESO: GESTION DE LA CONTRATACIÓN	TRD	103-14

No. DE CONTRATO	2209-2025-CO1.PCCNTR.8314494	FECHA DE CONTRATO	11/09/2025
NOMBRE CONTRATISTA	ELMER RICARDO CORTÉS PEÑA, identificado(a) con cédula de ciudadanía No. 11.350.011 expedida en Guasca.		
OBJETO DEL CONTRATO			
Prestación de servicios profesionales para las acciones de inspección y vigilancia frente a los problemas derivados de la salud ambiental del municipio de Floridablanca en concordancia al plan de atención en salud 2025.			
NOMBRE DEL SUPERVISOR		CONSUELO AMAYA JAIMES	
CARGO DEL SUPERVISOR		SECRETARIA DE SALUD (E)	
OFICINA GESTORA		SECRETARIA DE SALUD	
PERIODO DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO			
PERIODO CUMPLIDO DE EJECUCIÓN		16/11/2025 a 15/12/2025	
VALOR A PAGAR		CUATRO MILLONES QUINIENTOS MIL PESOS M/CTE (\$4.500.000).	
DANDO CUMPLIMIENTO A LA CLÁUSULA TERCERA DEL PRESENTE CONTRATO, SE RELACIONAN LAS SIGUIENTES ACTIVIDADES REALIZADAS DURANTE EL CUMPLIMIENTO DE ESTE PERÍODO DE EJECUCIÓN:			
No.	ACTIVIDAD CONTRACTUAL	ACTIVIDAD REALIZADA	EVIDENCIA/SOPORTE
1.	Realizar actividades de inspección y vigilancia según problemas derivados de la salud ambiental (PQRs), bajo las directrices y formatos definidos por la secretaría de salud, en el municipio de Floridablanca	Se realizó de forma diaria la revisión, análisis técnico y ajuste de las proyecciones de respuesta a las PQRs elaborados por los contratistas de los diferentes grupos técnicos del programa de Salud Ambiental para garantizar que cada respuesta cumpla con los requisitos técnicos y con el marco normativo vigente. Una vez consolidado el documento, estos son remitidos para revisión legal final y la posterior firma de la Secretaría de Salud de Floridablanca. Actividad desarrollada durante los tres meses del contrato, cumpliendo así el 100% de su ejecución final	Archivo digital PQRs – 22 PDF
2.	Llevar a cabo actividades de inspección y vigilancia según solicitudes radicadas en NEXURA, bajo las directrices y formatos definidos por la secretaría de salud, en el municipio de Floridablanca.	Aunque no se realizaron visitas de inspección ocular directa en campo, se llevó a cabo una actividad diaria de inspección y vigilancia documental y técnica sobre el contenido y las respuestas proyectadas para las solicitudes de la comunidad ingresadas a través del sistema de información NEXURA. En este sentido se realizó el apoyo en la revisión de conceptos técnicos sanitarios en el periodo 2, registrando así un cumplimiento de 100% de la actividad.	N/A
3.	Realizar jornadas de vigilancia y sensibilización del área de salud ambiental que adelante la secretaría de salud en el municipio.	Se realiza apoyo en la jornada de rendición de cuentas de la administración municipal el día 22 de noviembre de 2025. Por último, se continúa con el apoyo documental al realizar el análisis y ajuste técnico de las PQRs, las cuales podrán ser de utilidad en la información de las jornadas de sensibilización al público de manera técnica y legalmente sustentada. Actividad desarrollada durante los periodos 2 y 3 del contrato, cumpliendo así el 100% de su ejecución final	Archivo digital 1 PDF

 Alcaldía Municipal de Floridablanca	INFORME FINAL DE ACTIVIDADES Y CERTIFICADO DE SUPERVISOR CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS	CÓDIGO	GC-F-15
		VERSIÓN	07
	OFICINA DE CONTRATACIÓN	FECHA ELAB	Febrero-2016
		FECHA APROB	02/01/2024
	PROCESO: GESTION DE LA CONTRATACIÓN	TRD	103-14

4.	Apoyar a la Secretaría de Salud en los procesos que se llevan a cabo en ejercicio de sus obligaciones y/o en los que se requiere su desempeño, preparación y/o experiencia	En el periodo reportado se participa en las jornadas de capacitación en estilos de vida saludable (20 de noviembre de 2025) y mecanismos de participación social, deberes y derechos (diciembre 4 de 2025). Complementariamente, se realiza el apoyo constante y diario en el proceso de gestión y respuesta técnica de las PQRS que ingresan por las plataformas NEPTUNO y el correo institucional y asignadas a los diferentes equipos técnicos del programa de Salud Ambiental. Actividad desarrollada durante los periodos 2 y 3 del contrato, cumpliendo así el 100% de su ejecución final	Archivo digital 2 PDF
5.	Hacer entrega en medio magnético al finalizar el contrato de toda la documentación producida y clasificarla en razón a sus funciones (formatos Word y PDF), cada documento que sea producido o recibido por la dependencia debe ir dentro de la serie o subserie correspondiente según la TRD vigente	Al final del presente contrato se entrega USB con la relación de la información de PQRS y demás apoyos realizados durante la ejecución del contrato. Actividad desarrollada durante todos los periodos del CPS, cumpliendo así el 100% de su ejecución final	Archivos digitales en USB
6.	Comprometerse de manera expresa, tanto durante, la vigencia del contrato, como después de su extinción, a no difundir, transmitir, revelar a terceras personas cualquier información del Municipio de Floridablanca, a la que tenga acceso como consecuencia del desempeño de su actividad contractual, ni a utilizar tal información en interés propio o de sus familiares o amigos.	Para esta actividad, se mantiene el compromiso de confidencialidad en la información manejada a través de los medios institucionales. Acta de declaración juramentada. Actividad ejecutada al 100% en todos los periodos reportados de la CPS	Archivo digital 1 formato
ANEXOS: Especificar el tipo de anexo: Actas, procedimientos, formatos, PDF, Excel, fotografías			
OBSERVACIONES SUPERVISOR DEL CONTRATO			
Descripción breve de la situación o N/A			
Se reunieron el SUPERVISOR del contrato y el CONTRATISTA con el fin de revisar, verificar y aprobar las actividades realizadas por el contratista durante el cumplimiento de este periodo de ejecución. En consecuencia, el suscrito SUPERVISOR se sirve CERTIFICAR que el contratista cumplió a cabalidad con las actividades designadas en este periodo de ejecución, las cuales, se relacionan en la presente Acta; así como también, de cumplir con sus deberes de legalización, de acuerdo con lo establecido en la cláusula que señala la forma de pago, en especial, el de haber sufragado los pagos de aportes parafiscales relativos al Sistema de Seguridad Integral, así como los propios del Sena, ICBF y Cajas de Compensación Familiar, según corresponda, por este periodo de ejecución.			

Para constancia de lo anterior, se suscribe la presente Acta por quienes en ella intervinieron, en el municipio de Floridablanca - Santander, el día dieciséis (16) de diciembre del año dos mil veinticinco (2025).


CONSUELO AMAYA JAIMES
SECRETARIA DE SALUD (E)
SUPERVISOR DEL CONTRATO


ELMER RICARDO CORTÉS PEÑA
C.C. No. 11.350.011 expedida en Guasca
CONTRATISTA

**CERTIFICADO DE NO UTILIZACION DE COSTOS Y DEDUCCIONES
ASOCIADOS A RENTAS DE TRABAJO**

(Inciso 1 del Parágrafo 2 del Artículo 383 del E.T., modificado por el artículo 8 de la Ley 2277 de 2022 - Numeral 6 del artículo 1.2.4.1.6 y parágrafo 4 del artículo 1.2.4.1.17 del Decreto 1625 de 2016 modificados por los artículos 9 y 11 del Decreto 2231 de 2023)

Yo, ELMER RICARDO CORTÉS PEÑA con documento de identificación No. 11.350.011 expedida en Guasca - Cundinamarca

**MANIFIESTO BAJO LA GRAVEDAD DE JURAMENTO
QUE:**

Estoy vinculado a la Alcaldía de Floridablanca, hasta el 15 de diciembre de 2025 mediante contrato por prestación de servicios y para efectos de la aplicación de la tabla de retención en la fuente de que trata el artículo 383 del Estatuto tributario a las renta de trabajo, informo que **NO** haré uso de costos y deducciones asociados 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 del Decreto 2231 de 2023.

CIUDAD Y FECHA Floridablanca 16 de diciembre de 2025.

FIRMA 

Recaudo de Estampillas

Gobernación de Santander
Secretaría de Hacienda



Recibo N°
2502500845209

Contribuyente

Trámite	
CONTRATOS - ORDENES DE PRESTACION DE SERVICIOS Y CONTRATOS DE ADICION	
PRO HOSPITAL	\$90.000
PRO UIS	\$90.000
Total	\$180.000
Ordenanza 012	\$18.000
Total a Pagar	\$198.000

Fecha de Expedición 2025/12/16 Fecha Limite de Pago 2025/12/22
Con destino a: Alcaldía de Floridablanca

Contribuyente	
Tipo de Doc. C.C.	Número 11350011
Nombre ELMER RICARDO CORTES PEÑA	Teléfono
Dirección	Departamento
Municipio	



(415)7709998038639(8020)02502500845209(3900)00000000198000(96)20251222

UNICO DE OCCIDENTE 96002	VALOR TOTAL CONTRATO	13.500.000
RECAUDO CODIGO BARRAS	FECHA CONTRATO	11/09/2025
14:54:35 2025/12/16	VALOR ORDEN DE PAGO	4.500.000
7709998038639	NUMERO ORDEN DE PAGO	3
89599039	VALOR BASE	4.500.000
	NRO. CONTRATO	8314494
		198.000.00 D
		198.000.00 EF

Referencial : 02502500845209
Referencia2 :
TGO ESTAMPILLAS

Trámite	
CONTRATOS - ORDENES DE PRESTACION DE SERVICIOS Y CONTRATOS DE ADICION	
Con destino a: Alcaldía de Floridablanca	
Tipo de Doc. C.C.	Número: 11350011
Nombre: ELMER RICARDO CORTES PEÑA	Teléfono:
Dirección	

Recibo N°
2502500845209

VALOR TOTAL CONTRATO	13.500.000
FECHA CONTRATO	11/09/2025
VALOR ORDEN DE PAGO	4.500.000
NUMERO ORDEN DE PAGO	3
VALOR BASE	4.500.000
NRO. CONTRATO	8314494
Total	\$180.000
Ordenanza 012	\$18.000
Total a Pagar	\$198.000

PRO HOSPITAL \$90.000
PRO UIS \$90.000

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	11350011	ELMER RICARDO CORTES PEÑA		Carrera 25 # 36 - 84 Torre C Apto 301	8835482	ia.elmercortes@gmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I – Independiente			SANTANDER	FLORIDABLANCA	
					NO	

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
						1
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2025-09	2025-09	I	06/10/2025	90294332	\$558.100	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD													
Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS017	Famisanar EPS	830003564-7	225.000	0		0		0	3	500	0	225.500	1

TOTALES PENSIÓN												
Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
230301	Porvenir	800224808-8	288.000	0	0	0	0	3	600	0	288.600	1

TOTALES RIESGOS LABORALES															
Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-23	Positiva Seguros	860011153-6	43.900				43.900	3	100	44.000			439	44.000	1

TOTALES CAJAS							
Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados

TOTALES PARAFISCALES				
Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	3	0	0	0
ICBF				
0	3	0	0	0
ESAP				
MEN				

TOTALES POR SUBSISTEMA			
Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	225.000	225.500
Pensión	1	288.000	288.600
Riesgos Laborales	1	43.900	44.000
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	556.900	558.100

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	11350011	ELMER RICARDO CORTES PEÑA		Carrera 25 # 36 - 84 Torre C Apto 301	8835482	ia.elmercortes@gmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I – Independiente			SANTANDER	FLORIDABLANCA	
						EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
						NO

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD
					EMPLEADOS
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				UPC
2025-09	2025-09	I	06/10/2025	90294332	10
					TOTAL A PAGAR
					\$558.100

DETALLE POR COTIZANTE																																														
INFORMACIÓN COTIZANTE										INFORMACIÓN NOVEDADES							PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES			CCF			PARAFISCALES													
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subjeto	Exonerado	Clase de Riesgo	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VBP	VBT	SILN	IDE	MA	MA	APP	VCT	RL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntari o Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN	
1	CC	11350011	CORTES PEÑA ELMER RICARDO	59	0	N	X																	230301	1.800.000	288.000	0	0	0	0	EPS017	1.800.000	225.000	14-23	1.800.000	3	43.900		0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIAMES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES	TOTAL A PAGAR				
2025-10	2025-10	I	10/11/2025	90793378	\$558.500	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD													
Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS005	Sanitas EPS	800251440-6	225.000	0		0		0	4	600	0	225.600	1

TOTALES PENSIÓN												
Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
230301	Porvenir	800224808-8	288.000	0	0	0	0	4	800	0	288.800	1

TOTALES RIESGOS LABORALES															
Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-23	Positiva Seguros	860011153-6	43.900				43.900	4	200	44.100			439	44.100	1

TOTALES CAJAS							
Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados

TOTALES PARAFISCALES				
Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	4	0	0	0
ICBF				
0	4	0	0	0
ESAP				
MEN				

TOTALES POR SUBSISTEMA			
Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	225.000	225.600
Pensión	1	288.000	288.800
Riesgos Laborales	1	43.900	44.100
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	556.900	558.500

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	11350011	ELMER RICARDO CORTES PEÑA		Carrera 25 # 36 - 84 Torre C Apto 301	8835482	ia.elmercortes@gmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I – Independiente			SANTANDER	FLORIDABLANCA	
						EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
						NO

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD
					EMPLEADOS
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				UPC
2025-10	2025-10	I	10/11/2025	90793378	10
					TOTAL A PAGAR
					\$558.500

DETALLE POR COTIZANTE																																																
INFORMACIÓN COTIZANTE										INFORMACIÓN NOVEDADES							PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES			CCF			PARAFISCALES															
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Sueldo	Exonerado	Clase exterior	Exonerado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VBP	VBT	SILN	IOE	MA	MA	MA	MA	MA	MA	MA	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntari o Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN	
1	CC	11350011	CORTES PEÑA ELMER RICARDO	59	0		N																		230301	1.800.000	288.000	0	0		0	0	EPS005	1.800.000	225.000	14-23	1.800.000	3	43.900		0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	11350011	ELMER RICARDO CORTES PEÑA		Carrera 25 # 36 - 84 Torre C Apto 301	8835482	ia.elmercortes@gmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I – Independiente			SANTANDER	FLORIDABLANCA	
EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD						NO

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD
					EMPLEADOS UPC
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				1 0
2025-11	2025-11	I	12/12/2025	91594639	\$560.200
TOTAL A PAGAR					

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD													
Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS005	Sanitas EPS	800251440-6	225.000	0		0		0	9	1.300	0	226.300	1

TOTALES PENSIÓN												
Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
230301	Porvenir	800224808-8	288.000	0	0	0	0	9	1.700	0	289.700	1

TOTALES RIESGOS LABORALES															
Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-23	Positiva Seguros	860011153-6	43.900				43.900	9	300	44.200			439	44.200	1

TOTALES CAJAS							
Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados

TOTALES PARAFISCALES				
Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	9	0	0	0
ICBF				
0	9	0	0	0
ESAP				
MEN				

TOTALES POR SUBSISTEMA			
Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	225.000	226.300
Pensión	1	288.000	289.700
Riesgos Laborales	1	43.900	44.200
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	556.900	560.200

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	11350011	ELMER RICARDO CORTES PEÑA		Carrera 25 # 36 - 84 Torre C Apto 301	8835482	ia.elmercortes@gmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I – Independiente			SANTANDER	FLORIDABLANCA	
						EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
						NO

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD
					EMPLADOS
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				UPC
2025-11	2025-11	I	12/12/2025	91594639	\$560.200
					TOTAL A PAGAR

DETALLE POR COTIZANTE																																															
INFORMACIÓN COTIZANTE										INFORMACIÓN NOVEDADES							PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES			CCF			PARAFISCALES														
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Sueldo	Exonerado	Clase exterior	Exonerado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VBP	VBT	SILN	IOE	IVA	IVA	APP	VCT	RL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntari o Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN	
1	CC	11350011	CORTES PEÑA ELMER RICARDO	59	0		N																	230301	1.800.000	288.000	0	0		0	0	EPS005	1.800.000	225.000	14-23	1.800.000	3	43.900		0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	11350011	ELMER RICARDO CORTES PEÑA		Carrera 25 # 36 - 84 Torre C Apto 301	8835482	ia.elmercortes@gmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I – Independiente			SANTANDER	FLORIDABLANCA	
					NO	

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2025-12	2025-12	I	16/12/2025	92396378	\$556.900	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD													
Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS005	Sanitas EPS	800251440-6	225.000	0		0		0	0	0	0	225.000	1

TOTALES PENSIÓN												
Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
230301	Porvenir	800224808-8	288.000	0	0	0	0	0	0		288.000	1

TOTALES RIESGOS LABORALES															
Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-23	Positiva Seguros	860011153-6	43.900				43.900	0	0	43.900			439	43.900	1

TOTALES CAJAS							
Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados

TOTALES PARAFISCALES				
Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	0	0	0	0
ICBF				
0	0	0	0	0
ESAP				
MEN				

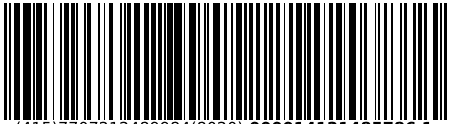
TOTALES POR SUBSISTEMA			
Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	225.000	225.000
Pensión	1	288.000	288.000
Riesgos Laborales	1	43.900	43.900
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	556.900	556.900

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	11350011	ELMER RICARDO CORTES PEÑA		Carrera 25 # 36 - 84 Torre C Apto 301	8835482	ia.elmercortes@gmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I – Independiente			SANTANDER	FLORIDABLANCA	
						EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
						NO

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD
					EMPLEADOS
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				UPC
2025-12	2025-12	I	16/12/2025	92396378	10
					TOTAL A PAGAR
					\$556.900

DETALLE POR COTIZANTE																																															
INFORMACIÓN COTIZANTE										INFORMACIÓN NOVEDADES							PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES			CCF			PARAFISCALES														
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Sueldo	Exonerado	Clase exterior	Exonerado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VBP	VBT	SILN	IOE	IVA	IVA	APP	VCT	RL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntari o Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN	
1	CC	11350011	CORTES PEÑA ELMER RICARDO	59	0		N																	230301	1.800.000	288.000	0	0		0	0	EPS005	1.800.000	225.000	14-23	1.800.000	3	43.900		0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

DIAN		Formulario del Registro Único Tributario				001	
2. Concepto 02 Actualización				4. Número de formulario 141214857861			
				 (415)7707212489984(8020) 000014121485786 1			
5. Número de Identificación Tributaria (NIT) 1 1 3 5 0 0 1 1		6. DV 2		12. Dirección seccional Impuestos de Bogotá		14. Buzón electrónico 3 2	
IDENTIFICACIÓN							
24. Tipo de contribuyente Persona natural o sucesión ilíquida 2		25. Tipo de documento Cédula de Ciudadanía 1 3		26. Número de Identificación 1 1 3 5 0 0 1 1			
Lugar de expedición 28. País COLOMBIA 1 6 9		29. Departamento Cundinamarca 2 5		30. Ciudad/Municipio Guasca 3 2 2			
31. Primer apellido CORTES		32. Segundo apellido PEÑA		33. Primer nombre ELMER		34. Otros nombres RICARDO	
35. Razón social							
36. Nombre comercial							
37. Sigla							
UBICACIÓN							
38. País COLOMBIA 1 6 9		39. Departamento Cundinamarca 2 5		40. Ciudad/Municipio Guasca 3 2 2			
41. Dirección principal CR 25 36 84 TO C AP 301 CON SANTA MARIA DE CAÑAVERAL							
42. Correo electrónico ia.elmercortes@gmail.com							
43. Código postal		44. Teléfono 1 3 1 0 7 1 9 9 9 6 2		45. Teléfono 2 3 0 1 5 0 0 5 8 9 4			
CLASIFICACIÓN							
Actividad económica				Ocupación			
Actividad principal		Actividad secundaria		Otras actividades		52. Número establecimientos	
46. Código 7 1 1 2	47. Fecha inicio actividad 2 0 2 5 0 8 0 1	48. Código 8 2 9 9	49. Fecha inicio actividad 2 0 1 4 0 3 3 1	50. Código 5 6 3 0	51. Código		1
Responsabilidades, Calidades y Atributos							
53. Código 05- Impto. renta y compl. régimen ordinario 49 - No responsable de IVA							
Usuarios aduaneros				Exportadores			
54. Código				55. Forma 56. Tipo Servicio 1 2 3			
				57. Modo			
				58. CPC			
IMPORTANTE: Sin perjuicio de las actualizaciones a que haya lugar, la inscripción en el Registro Único Tributario -RUT-, tendrá vigencia indefinida y en consecuencia no se exigirá su renovación							
Para uso exclusivo de la DIAN							
59. Anexos SI NO X				60. No. de Folios: 0			
La información suministrada a través del formulario oficial de inscripción, actualización, suspensión y cancelación del Registro Único Tributario (RUT), deberá ser exacta y veraz; en caso de constatar inexactitud en alguno de los datos suministrados se adelantarán los procedimientos administrativos sancionatorios o de suspensión, según el caso, Parágrafo del artículo 1.6.1.2.6 del Decreto 1625 del 2016. De igual manera al formalizar el trámite el usuario fue informado y acepta la política de tratamiento de datos ley 1581 de 2012. Firma del solicitante:				Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice. Firma autorizada: 984. Nombre CORTES PEÑA ELMER RICARDO 985. Cargo CONTRIBUYENTE			

 ALCALDÍA DE FLORIDABLANCA	ACTO ADMINISTRATIVO	CÓDIGO	GD-F-16
		VERSIÓN	04
	SECRETARÍA GENERAL	FECHA	04/10/2024
	PROCESO: GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO	TRD	800.26

DECRETO No. 0310- DE 2025

(07 NOV 2025)

“POR MEDIO DEL CUAL SE HACE UN ENCARGO”

EL ALCALDE MUNICIPAL DE FLORIDABLANCA, SANTANDER, En uso de sus atribuciones constitucionales y legales, en particular las conferidas por la Ley 489 de 1994, Ley 489 de 1998, Ley 1551 de 2012, y demás normas concordantes y,

CONSIDERANDO:

Que mediante Decreto N° 0305 de fecha 06 de noviembre de 2025, se aceptó renuncia a la Doctora **GENNY LILIANA URIBE GOMEZ**, identificada con la cédula de ciudadanía N° 37.753.624 expedida en Bucaramanga (Sder) y quien se viene desempeñando en el cargo de Secretaria Local de Salud del Municipio de Floridablanca, a partir del 07 de noviembre de 2025.

Que se hace necesario encargar a un funcionario para que desempeñe las funciones del cargo mientras se designa nuevo titular.

Que la Doctora **CONSUELO AMAYA JAIMES**, identificada con la cédula de ciudadanía N° 28.296.472 expedida en Piedecuesta (Sder) y quien se viene desempeñando en el cargo de Profesional Especializado, Nivel Profesional, Código 222, Grado 04 con funciones en la Secretaría de Salud del Municipio de Floridablanca, cumple con los requisitos y el perfil para desempeñar el cargo durante el periodo de ausencia del titular.

Que en mérito de lo anteriormente expuesto,

DECRETA:

ARTÍCULO PRIMERO: Encargar del cargo de Secretario de Despacho, Nivel Directivo, Código 020, Grado 04 adscrito a la Secretaría de Salud del Municipio de Floridablanca a la Doctora **CONSUELO AMAYA JAIMES**, identificada con la cédula de ciudadanía N° 28.296.472 expedida en Piedecuesta (Sder) y quien se viene desempeñando en el cargo de Profesional Especializado, Nivel Profesional, Código 222, Grado 04 con funciones en la Secretaría de Salud del Municipio de Floridablanca, mientras se designa nuevo titular.

ARTÍCULO SEGUNDO: Dar posesión a la Doctora **CONSUELO AMAYA JAIMES**.

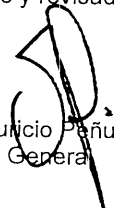
COMUNÍQUESE Y CUMPLASE.

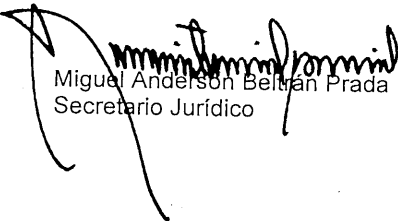
Dado en Floridablanca, Santander, a los 07 NOV 2025

07 NOV 2025


JOSE FERNANDO SANCHEZ CARVAJAL
Alcalde Municipal

Proyectado y revisado los documentos del presente acto administrativo este cumple con todos los requisitos de Ley.


Edgar Mauricio Peña Arce
Secretario General


Miguel Anderson Beltrán Prada
Secretario Jurídico


Claudia Milena Romero Ríos
Prof. Univ. Talento Humano

LA GERENCIA DE AFILIACIONES Y NOVEDADES

CERTIFICA QUE:

ELMER RICARDO CORTES PEÑA identificado con CC. 11350011 registra la siguiente información en el ramo de Riesgos Laborales:

INFORMACIÓN DEL CONTRATANTE	
Nombres y/o Razón	MUNICIPIO DE FLORIDABLANCA
Tipo y Numero de Documento	NI - 890205176

INFORMACIÓN RELACIÓN LABORAL			
Fecha de inicio de cobertura	2025/09/13	Fecha inicio contrato	2025/09/12
Tipo de vinculación	Independiente con Contrato	Fecha de fin contrato	2025/12/15
Riesgo	3	Código actividad económica	3721001 - INVESTIGACIONES Y DESARROLLO EXPERIMENTAL EN EL CAMPO DE LAS CIENCIAS
Estado afiliación	Inactivo		
Fecha retiro	2025/12/15	Estado del contrato	Retirado

Esta certificación se expide a los 22 días del mes de diciembre del 2025.

Tenga en cuenta que, una vez finalice la fecha de terminación del contrato, el sistema aplicará automáticamente el retiro. Si tiene un nuevo contrato o prórroga, registre la novedad en www.positivaenlinea.gov.co para mantener la cobertura.

Para verificar la autenticidad de este certificado, escanea el código QR incluido o visita nuestra página web. Selecciona la opción "Validar certificados de afiliación" e ingresa el siguiente código: **CC22122025E11350011C1796799**. Este código es válido por un mes.

Cordialmente,

Gerencia de afiliaciones y novedades ARL
POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS

Positiva Compañía de Seguros S.A.:
Nit. 860.011.153-6 | **Línea Gratuita Nacional:** (+57) 01-8000-111-170 - **Teléfono:** +57 (601) 330 7000

Defensor del Consumidor Financiero: Ana María Giraldo (Principal) - Pablo Valencia(Suplente) | defensordelcliente@positiva.gov.co | Carrera 10 #97A - 13, Oficina 502. Bogotá | +57 (601) 610 8164 | Lunes a Viernes 8:00 a. m. – 6:00 p. m. | El Defensor, resolverá las quejas o reclamos, actuará como Conciliador ante Positiva.

Más información: <https://www.positiva.gov.co/web/guest/defensoria-del-consumidor>
Puedes interponer una queja ante Positiva, o el Defensor, o la SFC u otro organismo de



Tipo de declaración Fecha de publicación

Nombres y apellidos completos			
Primer nombre	Segundo nombre	Primer apellido	Segundo apellido
ELMER	RICARDO	CORTES	PEÑA

Documento de identificación	
Tipo CEDULA DE CIUDADANIA	Número 11350011

Lugar de nacimiento			
País COLOMBIA	Departamento CUNDINAMARCA	Municipio ZIPAQUIRÁ	

Lugar de domicilio			
País COLOMBIA	Departamento SANTANDER	Municipio FLORIDABLANCA	

Nombre de la entidad/organismo/institución/persona jurídica pública o privada que presten función pública o servicios públicos o que administren, celebren contratos y ejecuten bienes o recursos públicos/Notarías/Curadurías/ u otra donde trabaje	ALCALDIA DE FLORIDABLANCA	
Lugar de sede		
País COLOMBIA	Departamento SANTANDER	Municipio FLORIDABLANCA
Dirección	<input 5="" 8-25="" antiguo"]"="" calle="" casco="" no.="" type="text" value="["/>	
Cargo o función que cumple	CONTRATISTA	

Tipo de sujeto obligado de acuerdo con el artículo 2 de la Ley 2013 de 2019: Persona natural y jurídica, pública o privada, que presten función pública, que presten servicios públicos respecto de la información directamente relacionada con la prestación del servicio público.

1. DECLARACIÓN JURAMENTADA DE BIENES Y RENTAS

De acuerdo con lo consagrado en la Ley 2013 de 2019, a continuación procedo a publicar y divulgar proactivamente mi declaración de bienes y rentas y manifiesto que los únicos bienes y rentas que poseo a la fecha, en forma personal o por interpuesta persona, son los que relaciono a continuación.

1.1. DE INGRESOS, BIENES Y ACREENCIAS

Los ingresos y rentas que obtuve en el año gravable 2024 fueron:

CONCEPTO	VALOR
Salarios y demás ingresos laborales	\$156.975.000,00
Cesantías e intereses de cesantías	\$12.497.430,00
Gastos de representación	
Arriendos	
Honorarios	
Otros ingresos y rentas	\$4.033.000,00
TOTAL	\$173.505.430,00

Las cuentas bancarias de las que soy titular en Colombia y en el exterior son:

Tipo de cuenta	Sede de la cuenta (País)	Saldo total de la cuenta a diciembre 31 del año inmediatamente anterior
CUENTA DE AHORROS	COLOMBIA	\$2.310.825,00
CUENTA DE AHORROS	COLOMBIA	\$248.095,00

Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

Tipo de bien	País	Departamento	Municipio	Valor
MUEBLE	COLOMBIA	CUNDINAMARCA	GUASCA	\$35.000.000,00
MUEBLE	COLOMBIA	SANTANDER	FLORIDABLANCA	\$128.000.000,00
VEHICULO	COLOMBIA	SANTANDER	FLORIDABLANCA	\$32.337.650,00

Mis acreencias y obligaciones vigentes a la fecha son:

Concepto	Saldo
CREDITOS	\$124.718.851,00

1.2. PARTICIPACIÓN EN JUNTAS, CONSEJOS, CORPORACIONES, SOCIEDADES Y/O ASOCIACIONES

Tengo participación en juntas, consejos o directivos: Sí ☐ No ☒

En la actualidad participo como miembro de las siguientes Juntas o Consejos Directivos:

Nombre entidad o institución	Órgano	Calidad de miembro	País

Tengo participación en corporaciones, sociedades y asociaciones: Sí ☐ No ☒

A la fecha soy socio de las siguientes corporaciones, sociedades y/o asociaciones:

Nombre corporación, sociedad o asociación	Tipo	Calidad de socio	País

1.3. DECLARACIÓN DE LAS ACTIVIDADES ECONÓMICAS DE CARÁCTER PRIVADO

Tengo actividades económicas privadas: Sí ☐ No ☒

Las actividades económicas de carácter privado, adicionales a las declaradas anteriormente, que he venido desarrollando de forma ocasional o permanente son las siguientes:

Detalle de las actividades	Forma participación

2. CONFLICTOS DE INTERÉS

De acuerdo con lo consagrado en la Ley 2013 de 2019, a continuación procedo a publicar y divulgar proactivamente el registro de la información que puede ser susceptible de generarme un conflicto de interés, así como aquella relacionada con los intereses de mi cónyuge o compañero(a) permanente, parientes y socios de hecho o de derecho.

2.1. INFORMACIÓN DE CÓNYUGE O COMPAÑERO(A) PERMANENTE

Tengo cónyuge o compañero(a) permanente: Sí ☒ No ☐

Los intereses personales de mi cónyuge o compañero o compañera permanente son susceptibles de generar una posible situación de conflicto de interés frente a la labor o actividad que desempeño: Sí ☐ No ☒

Primer nombre	Segundo nombre	Primer apellido	Segundo apellido
ESMERALDA		VELANDIA	BARAJAS

Tipo documento CEDULA DE CIUDADANIA Número 63534604

Descripción del potencial conflicto de interés con su cónyuge o compañero(a) permanente:

2.2. INFORMACIÓN DE PARIENTES POR CONSANGUINIDAD, AFINIDAD Y CIVIL

Tengo parientes hasta el cuarto grado de consanguinidad, segundo de afinidad o primero civil con Intereses personales que son susceptibles de generar una posible situación de conflicto de interés frente a la labor o actividad que desempeño: Sí ☐ No ☒

A continuación presento la información de los parientes hasta el cuarto grado de consanguinidad, segundo de afinidad y primero civil que son susceptibles de generar conflicto de interés frente a la labor o actividad que desempeño.

De acuerdo con la Ley 2003 de 2019, los congresistas deben registrar sus parientes hasta el segundo grado de consanguinidad, segundo de afinidad y primero civil si son susceptibles de generar conflicto de interés frente a la labor o actividad que desempeñan.

Parentesco	Pariente	Tipo de documento de identidad	Documento de identidad	Descripción del potencial conflicto de interés

2.3. INTERÉS DIRECTO O ACTUACIONES DENTRO DEL AÑO ANTERIOR

Tuve intereses directos o actué como representante, asesor, presidente, gerente, director, miembro de junta directiva o socio de gremio, sindicato, sociedad, asociación, grupo social u organización con ánimo o sin ánimo de lucro y esto puede influir en mis decisiones y acciones en el desempeño de mi cargo actual:

Sí ☐ No ☒

Dentro del año anterior tuve interés directo o actué como representante, asesor, presidente, gerente, director, miembro de junta directiva o socio de gremio, sindicato, sociedad, asociación, grupo social u organización con ánimo o sin ánimo de lucro (nacional o extranjera), y a continuación describo cómo puede influir en las decisiones y acciones de mi cargo actual:

2.4. OTRAS INVERSIONES

Tengo fideicomisos en Colombia o en el exterior:

Sí ☐ No ☒

Los fideicomisos y encargos fiduciarios de los cuales soy constituyente o beneficiario en Colombia y en el exterior son:

Nombre del fideicomiso o encargo fiduciario	Calidad	Valor	País

Tengo inversiones en Colombia o en el exterior:

Sí ☒ No ☐

Las inversiones en bonos, fondos de inversión, fondos de ahorro voluntario y otras que tengo en Colombia y en el exterior son:

Tipo de inversión	Valor	País
CDT	\$33.753.706,00	COLOMBIA
FONDO AHORRO	\$1.407.843,00	COLOMBIA
ACCIONES	\$1.675.000,00	COLOMBIA

2.5. DONACIONES QUE REPRESENTARON REDUCCIONES EN LA DECLARACIÓN DE RENTA

Realicé donaciones: Sí ☐ No ☒

Las donaciones que me representaron reducciones en la declaración de renta del último año gravable son:

Nombre entidad	Valor

2.6. POTENCIALES CONFLICTOS DE INTERÉS

Tengo potenciales conflictos personales de interés: Sí ☐ No ☒

- Los conflictos de interés pueden generarse a partir de, por ejemplo:
- > Actividades y negocios que realiza o tiene con socio o socios de hecho o de derecho.
 - > Establecimientos que posee.
 - > Litigio o controversia ante autoridades administrativas o jurisdiccionales.
 - > Haber hecho parte de listas de candidatos a cuerpos colegiados de elección popular.

Los potenciales conflictos personales de interés que tengo son: