INSTITUTO MUNICIPAL DE CULTURA Y TURISMO CAJICÁ	**INSTITUTO MUNICIPAL DE CULTURA Y TURISMO DE CAJICÁ**			
	INFORME MENSUAL			
CONTRATISTA	**Olinda Vanessa Barrios Galván**			
ÁREA	**33. Cultura**			
TIPO DE DOCUMENTO / NÚMERO DOCUMENTO	**CC**	**NÚMERO:**	**1070016235**	
NÚMERO DE CONTRATO Y FECHA DEL CONTRATO	**CONTRATO:**	**54**	**FECHA DE FIRMA:**	**2026-02-02**
PLAZO DE EJECUCION EN MESES Y DÍAS	**Seis (6)**			
PLAZO DE ADICIÓN DEL CONTRATO	**0**			
FECHA ACTA DE INICIO	**2026-02-02**	**FECHA DE TERMINACIÓN:**	**2026-08-31**	
FECHA DE LA ADICIÓN	**00/00/0000**	NUEVA FECHA DE TERMINACIÓN(fecha máxima de terminación luego de la adición)	**00/00/0000**	
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	**$17.250.000**			
VALOR ADICIÓN DEL CONTRATO	**$0**			
VALOR TOTAL DEL CONTRATO	**$17.250.000**			
MENOS PAGO DEL MES	**$2.250.000**			
SALDO DEL CONTRATO A LA FECHA	**$15.000.000**			
MES DE ACTIVIDADES	**FEBRERO**	**NÚMERO DE INFORME:**	**1**	
BANCO	**BANCO DE BOGOTÁ**			
NÚMERO DE CUENTA	**444159396**			
TIPO DE CUENTA (AHOROS O CORRIENTE)	**AHORROS**			
N° DE PLANILLA DE SEGURIDAD SOCIAL	**50546813**	**BASE DE APORTE / IBC**	**$1.750.905**	
ENTIDAD AFILIADA DE SALUD	**Famisanar**	**VALOR APORTE**	**$218.900**	
ENTIDAD AFILIADA DE PENSIÓN	**Positiva**		**$280.200**	
ENTIDAD AFILIADA DE ARL	**Protección**		**$9.200**	
TOTAL APORTE			**$508.300**	
OBJETO CONTRACTUAL	**PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTIÓN PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES COMO AUXILIAR DE ALMACÉN DEL INSTITUTO MUNICIPAL DE CULTURA Y TURISMO DE CAJICÁ**			

N°	ACTIVIDAD OBJETO CONTRACTUAL	DESCRIPCIÓN DE ACTIVIDADES REALIZADAS PARA EL CUMPLIMIENTO DE LA OBLIGACIÓN ÙNICAMENTE LAS ESPECÌFICAS (Realizar descripción de cada item en cada casilla)	Nº de ANEXO
1	1. Mantener organizado el almacén de acuerdo con las necesidades de la operación.	SE MANTUVO ORGANIZADO Y LIMPIO EL ALMACÉN PARA SU USO DIARIO ,ORGANIZANDO Y SEPARANDO INSTRUMENTOS DE INSUMOS DE PAPELERIA Y CAFETERIA	Anexo 1
2	2. Mantener el correcto almacenamiento y orden de los elementos de aseo y demás insumos que requieran de un lugar ytratamiento especial de acuerdo con lo indicado por el SG-SST.	EN ESTE SEMESTRE SE ORGANIZO LOS INSUMOS DE ASEO QUE INGRESARON AL ALMACÉN EL CUAL SE INGRESO Y ORGANIZO EN EL CUARTO DE ASEO CON EL FIN DE TENER UN POCO DE ORDEN	Anexo 2
3	3. Brindar apoyo en control diario en el módulo Sysman de los préstamos internos y externos de instrumentos, elementos, vestuario, enseres, así como hacer el seguimiento de estos hasta su devolución.	DURANTE ESTE PERIODO SE TUVO EL CONTROL DE LAS DIFERENTES SALIDAS REALIZADAS DENTRO Y FUERA DEL INSTITUTO MANTENIENDO ASI EL CONTROL DE LOS DIFERENTES INSUMOS E INSTRUMENTOS QUE FUERON ENTREGADOS PARA LAS DIFERENTES ACTIVIDADES REALLIZADAS.	Anexo 3
4	4. Custodiar y hacer toma de inventarios permanentes sobre los activos, insumos y accesorios del Instituto Municipal de Cultura y Turismo de Cajicá para el control de estos.	SE REALIZO LA CUSTODIA Y ORGANIZACIÓN DE LOS INSUMOS QUE HAN INGRESADO Y SALIDO DEL ALMACÉN	Anexo 4
5	5. Entregar insumos, elementos y accesorios que requieran las diferentes áreas del Instituto Municipal de Cultura y Turismo de Cajicá procurando por el uso racional de los mismos.	DURANTE ESTE PERIODO SE REALIZO LA ENTREGA DE ELEMENTOS E INSTRUMENTOS PARA LAS DIFERENTES AREAS Y ACTIVIDADES REALIZADAS DENTRO Y FUERA DEL INSTITUTO DE ACUERDO A SU NECESIDAD	Anexo 5
6	6. Prestar acompañamiento a los diferentes eventos institucionales que requieran del almacén para la custodia y buen manejo de estos elementos.	MEDIANTE EL CONTROL QUE SE HA TENIDO CON LAS SALIDAS,HEMOS TENIDO UN MEJOR MANEJO DE SALIDAS EN LOS INSTRUMENTOS E INSUMOS QUE SE ENCUENTRAN EN EL ALMACÉN PRESTANDO UN MEJOR SERVICIO A LA HORA DE LAS DIFERENTES ACTIVIDADES A REALIZAR	Anexo 6
7	7. Cumplir las medidas necesarias para el control de ingresos al almacén, restringiendo	DURANTE ESTE PERIODO SE MANTUVO EL CONTROL DEL INGRESO AL ALMACEN SOLO CON LA AUTORIZACIÓN DEL ALMACENISTA DE TURNO	Anexo 7

	el acceso a personas no autorizadas por el supervisor del contrato.		
8	8. Organizar los instrumentos, insumos, vestuarios y otros elementos que ingresen al almacén.	SE MANTUCO ORGANIZADO LOS INSTRUMENTOS Y VESTUARIOS PARA SU USO DIARIO EN SUS RESPECTIVO LUGAR	Anexo 8
9	9. Apoyar la actualización de las hojas de vida de los elementos que hacen parte del inventario del IMCTC.	Motivo: Durante este mes no se presentaron condiciones, requerimientos, solicitudes o hitos del contrato que hicieran necesaria la ejecución de esta actividad, o su realización quedó programada para una fase posterior del plan de trabajo, de acuerdo con la planeación contractual y las prioridades definidas por la supervisión. Observaciones: La no ejecución no afecta el cumplimiento general del objeto contractual. Se deja constancia para efectos de trazabilidad, control y seguimiento, y la actividad será retomada cuando existan las condiciones técnicas y administrativas para su desarrollo, previa coordinación con la supervisión, si aplica.	
10	10. Brindar apoyo en la realizar inventarios ciclicos segun cronograma entregado por el supervisor por muestreo y generar reportes de entradas y saldias de los elementos del almacen.	SE REALIZO EL APOYO DE INVENTARIO , REALIZANDO LA ENTRADA Y SALIDA Y DE LOS DEVOLUTIVOS ENTREGADOS AL PERSONAL DEL INTITUTO DE SU DIFERENTE AREAS Y CARGOS	Anexo 10
11	11. Brindar apoyo en la entrega de un inventario final consolidado y depurado a solicitud del supervisor.	SE BRINDO EL APOYO PARA LA ENTREGA DE UN INVENTARIO FINAL REVISANDO SALONES QUE INSTRUMENTOS Y EN QUE ESTADO SE ENCONTRABAN, DE IGUAL MANERA SE REALIZO CON LOS INSUMOS DE CAFETERIA Y PAPELERIA QUE SE ENCONTRABAN EN EL ALMACÉN	Anexo 11
12	12. Brindar apoyo en la entrega de informes consolidado en el cual se indique su gestion y administracion de los recursos disponibles, asi como la entrega de informacion pertinente al area, acompañado de evidencia fotofrafica y anexos si hay lugar.	Motivo: Durante este mes no se presentaron condiciones, requerimientos, solicitudes o hitos del contrato que hicieran necesaria la ejecución de esta actividad, o su realización quedó programada para una fase posterior del plan de trabajo, de acuerdo con la planeación contractual y las prioridades definidas por la supervisión. Observaciones: La no ejecución no afecta el cumplimiento general del objeto contractual. Se deja constancia para efectos de trazabilidad, control y seguimiento, y la actividad será retomada cuando existan las condiciones técnicas y administrativas para su desarrollo, previa coordinación con la supervisión, si aplica.	
13	13. Brindar apoyo y suministrar información para la elaboración de informes de gestión y la rendición de cuentas, asegurando su entrega dentro de los plazos establecidos.	Motivo: Durante este mes no se presentaron condiciones, requerimientos, solicitudes o hitos del contrato que hicieran necesaria la ejecución de esta actividad, o su realización quedó programada para una fase posterior del plan de trabajo, de acuerdo con la planeación contractual y las prioridades definidas por la supervisión. Observaciones: La no ejecución no afecta el cumplimiento general del objeto contractual. Se deja constancia para efectos de trazabilidad, control y seguimiento, y la actividad será retomada cuando existan las condiciones técnicas y administrativas para su desarrollo, previa coordinación con la supervisión, si aplica.	
14	14. Participar activamente en los sistemas de gestion de caldiad y el sistema de salud y seguridad en el trabajo pertenecientes en el IMCTC.	SE PARTICIPO ACTIVAMENTE EN LAS ACTIVIDADES REALIZADAS POR EL AREA DE BIENESTAR	Anexo 14

DATOS DEL CONTRATISTA

CONTRATISTA Yo, contratista firmante, certifico la veracidad de la información, bajo gravedad de juramento de buena fé.	
Firma del contratista	
CÉDULA DE CIUDADANÍA:	1070016235
CORREO ELECTRÓNICO PERSONAL:	Olindabarrios14@gmail.com
CELULAR:	3115642482

DOCUMENTO EQUIVALENTE PARA PERSONAS NATURALES NO OBLIGADAS A FACTURAR

(En cumplimiento de los requisitos de un documento equivalente según el articulo 3 del decreto 522 de 2003)

Ciudad:	Cajicá	Fecha Elaboración	2026-03-03

DATOS DEL ACREEDOR (Prestador Servicio o Venta Bien)			
Nombre Completo:	Olinda Vanessa Barrios Galván		
Identificación	CC	No.	1070016235
Dirección de residencia:	Calle 3 # 3-35		
Celular:	3115642482		
Correo Electronico:	Olindabarrios14@gmail.com		

DATOS DEL DEUDOR (Adquiriente del Bien o Servicio)			
Razón Social:	INSTITUTO MUNICIPAL DE CULTURA Y TURISMO DE CAJICÁ		
Identificación	TIPO: 31 - NIT	No.	900.132.302-0

Concepto	Periodo	Valor
CUENTA DE COBRO NO. 1 DEL CONTRATO CUYO OBJETO CORRESPONDE A PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTIÓN PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES COMO AUXILIAR DE ALMACÉN DEL INSTITUTO MUNICIPAL DE CULTURA Y TURISMO DE CAJICÁ	FEBRERO	$2.250.000
Número de Contrato:	CPS-054-2026	

Realizar transferencia a:			
Entidad Bancaria:	BANCO DE BOGOTÁ		
No. Cuenta	444159396	Tipo:	AHORROS

VENTANILLA UNICA

Recibido por: Ventanilla Única
Fecha: 2026-03-02 **Hora** 17:31:08
Folios: 0 **R:**
Rad_223_12489_20260302173108

Instituto Municipal de Cultura y Turismo De Cajicá

FIRMA



Olinda Vanessa Barrios Galván

No responsable de iva, no responsable de expedir factura (artículo 616-2 del Estatuto Tributario)

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	1070016235	OLINDA VANESSA BARRIOS GALVAN	Cr 5 # 2-34	5842235	Olindabarrios14@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente		CUNDINAMARCA	CAJICÁ		NO

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2026-02	2026-02	I	16/02/2026	50546813	$491.400	

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	211.600	0		0		0	0	0	0	211.600	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
230201	Proteccion (ING + Proteccion)	800229739-0	270.900	0	0	0	0	0	0		270.900	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	8.900				8.900	0	0	8.900			89	8.900	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	211.600	211.600
Pensión	1	270.900	270.900
Riesgos Laborales	1	8.900	8.900
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	491.400	491.400

PAGADA

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	1070016235	OLINDA VANESSA BARRIOS GALVAN		Cr 5 # 2-34	5842235	Olindabarrios14@gmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
ÚNICA	I – Independiente			CUNDINAMARCA	CAJICÁ	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	
2026-02	2026-02	I	16/02/2026	50546813	$491.400	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE									INFORMACIÓN NOVEDADES																		PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES				
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Colom. exterior	Exonerado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntario 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	1070016235	BARRIOS GALVAN OLINDA VANESSA	59	0			N	X																230201	1.692.542	270.900	0	0	0	0	EPS017	1.692.542	211.600	14-23	1.692.542	1	8.900		0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	1070016235	OLINDA VANESSA BARRIOS GALVAN	Cr 5 # 2-34	5842235	Olindabarrios14@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente		CUNDINAMARCA	CAJICÁ		NO

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
50546813	16/02/2026	61291008	02/03/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-02	2026-02	N	$0	$16.900	

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					
EPS017	Famisanar EPS	830003564-7	7.300	0		0		0	0	0	0	7.300	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
230201	Proteccion (ING + Proteccion)	800229739-0	9.300	0	0	0	0	0	0		9.300	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	300				300	0	0	300			3	300	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	7.300	7.300
Pensión	1	9.300	9.300
Riesgos Laborales	1	300	300
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	16.900	16.900

PAGADA

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	1070016235	OLINDA VANESSA BARRIOS GALVAN	Cr 5 # 2-34	5842235	Olindabarrios14@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente		CUNDINAMARCA	CAJICÁ		NO

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
50546813	16/02/2026	61291008	02/03/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-02	2026-02	N	$0	$16.900	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE								INFORMACIÓN NOVEDADES																		PENSIÓN								SALUD					RIESGOS LABORALES					CCF				PARAFISCALES				
No.	Tipo y Número de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Colom. exterior	Exonerado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Días	Cotización	Voluntario Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Días	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Días	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Días	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
1	CC 1070016235	BARRIOS GALVAN OLINDA VANESSA	59	0			N	X																230201	1.750.905	30	280.200	0	0	0	0	EPS017	1.750.905	30	218.900	14-23	1.750.905	30	1	9.200		0	0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

CERTIFICA QUE:

El(La) Señor(a) OLINDA VANESSA BARRIOS GALVAN identificado(a) con CC. 1070016235 se encuentra afiliado(a) a la EPS en condición de 1° COTIZANTE.

Fecha de Activación de Servicios:	**2016/05/23**
Estado de la Afiliación:	**ACTIVO**
IPS:	**NORDVITAL IPS S.A.S. - SEDE CAJICA**
Categoría:	**A**

La presente certificación se expide a solicitud del (de la) interesado(a) en Bogotá para **QUIEN INTERESE**, a los 02 días del mes de 03 del año 2026.

La certificación tiene validez de un mes con respecto a la fecha de generación.

Observaciones:

NO VÁLIDO PARA TRASLADO A OTRA EPS.

Cordialmente,

Fredy Alexander Caicedo Sierra

Director Operaciones Comerciales

EPS FAMISANAR S.A.S.

CER_AFI_2026020902464

LA GERENCIA DE AFILIACIONES Y NOVEDADES

CERTIFICA QUE:

OLINDA VANESSA BARRIOS GALVAN identificado con CC. 1070016235 registra la siguiente información en el ramo de Riesgos Laborales:

INFORMACIÓN DEL CONTRATANTE	
Nombres y/o Razón	INSTITUTO MUNICIPAL DE CULTURA Y TURISMO
Tipo y Numero de Documento	NI - 900132302

INFORMACIÓN RELACIÓN LABORAL			
Fecha de inicio de cobertura	2026/02/02	**Fecha inicio contrato**	2026/02/02
Tipo de vinculación	Independiente con Contrato	**Fecha de fin contrato**	2026/08/31
Riesgo	1	**Código actividad económica**	1855301 - Ensenanza cultural, incluye actividades de formacion artistica, teatral y musical las clases de piano y otras actividades
Estado afiliación	Activa		
Fecha retiro	2026/08/31	**Estado del contrato**	Activa

Esta certificación se expide a los 2 días del mes de marzo del 2026.

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: **CC02032026N1070016235A11731482.** Este código es válido por un mes.

Cordialmente,

Gerencia de afiliaciones y novedades ARL

POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S. A.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA
APO_13_2_2_FR01 V_08
MIS_4_1_3_FR15 v_010