CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTIÓN NO. 005 DE 2026 SUSCRITO ENTRE LA FUNDACIÓN SOCIAL PARA EL DESARROLLO Y BIENESTAR DE LA NIÑEZ DESAMPARADA – FUNDANIÑEZ Y LINZADY CAROLINA ZUÑIGA ALVAREZ

CONTRATANTE	FUNDACIÓN SOCIAL PARA EL DESARROLLO Y BIENESTAR DE LA NIÑEZ DESAMPARADA – FUNDANIÑEZ NIT 900.515.982-3
CONTRATISTA	LINZADY CAROLINA ZUÑIGA ALVAREZ CC. 1.004.419.226 San Agustin Huila DIR. Calle 5 No. 2 – 6 B/ Centro E-MAIL. linzadyzuniga2@gmail.com
OBJETO	PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTIÓN COMO AUXILIAR DE ENFERMERÍA, BRINDANDO ATENCIÓN INTEGRAL A LOS ADULTOS MAYORES RESIDENTES EN EL CENTRO DE BIENESTAR PARA EL ADULTO MAYOR DEL MUNICIPIO DE ACEVEDO HUILA.
VALOR TOTAL DEL CONTRATO	NUEVE MILLONES CIENTO SETENTA Y SEIS MIL CUATROCIENTOS PESOS M/CTE ($ 9.176.400,00)
FECHA DE SUSCRIPCIÓN DEL CONTRATO	03/02/2026
PLAZO TOTAL DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO	CUATRO (4) MESES, CONTADOS A PARTIR DE LA SUSCRIPCIÓN DEL ACTA DE INICIO, HASTA EL DÍA DOS (02) DE JUNIO DE 2026.
SUPERVISOR	DIRECCIÓN DEL CENTRO DE BIENESTAR PARA EL ADULTO MAYOR

Entre los suscritos, **ARLEY PERDOMO CORDOBA** mayor de edad, identificado con cedula de ciudadanía No. 1.075.238.937 expedida en Neiva - Huila, en calidad de representante legal de la FUNDACIÓN SOCIAL PARA EL DESARROLLO Y BIENESTAR DE LA NIÑEZ DESAMPARADA – FUNDANIÑEZ, identificada con NIT 900515982-3, según consta en la inscripción No. S0710004 ante la cámara de comercio del Huila de fecha 13 de abril de 2012, y quien en adelante se denominará **EL CONTRATANTE**; y por la otra parte **LINZADY CAROLINA ZUÑIGA ALVAREZ,** identificada con cedula de ciudadanía No. 1.004.419.226 expedida en San Agustin Huila, quien actúa en nombre propio y en adelante se denominará **EL CONTRATISTA**. Hemos acordado suscribir el presente contrato de prestación de servicios de apoyo a la gestión, el cual se regirá por la Ley 80 de 1993 y demás normas reglamentadas y complementarias y por las cláusulas que más adelante se señalan, previa las siguientes consideraciones: a) **EL CONTRATISTA** declara expresamente bajo la gravedad de juramento que se entiende prestado con la firma del presente contrato, que no se halla incurso en ninguna de las causales de inhabilidad e incompatibilidad para contratar, previstas en los Artículos 8 y 9 de la Ley 80 de 1993, Articulo 18 literal J, Articulo 44 de la Ley de 2000 y Articulo 1 de la Ley 821 de 2003 y demás normas legales y constitucionales; b) El presente contrato de prestación de servicios de apoyo a la gestión se celebra de conformidad con lo dispuesto en el Articulo 25, numerales 6°, 7° y 12° de la Ley 80 de 1993, Artículo 3° y Articulo 2.2.1.2.1.4.9 del Decreto 1082 de 2015. c) Que en el presente contrato se suscribe previo a las obligaciones descritas en la CLAUSULA SEXTA del CONVENIO DE ASOCIACION No. 071-POC-2026, CELEBRADO ENTRE EL MUNICIPIO DE ACEVEDO HUILA Y LA FUNDACIÓN SOCIAL PARA EL DESARROLLO Y BIENESTAR DE LA NIÑEZ DESAMPARADA – FUNDANIÑEZ; y en base a los documentos presentados por EL CONTRATISTA. En consecuencia, las cláusulas del presente contrato son las siguientes: **CLÁUSULA PRIMERA. OBJETO DEL CONTRATO: PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTIÓN COMO AUXILIAR DE ENFERMERÍA, BRINDANDO ATENCIÓN INTEGRAL A LOS ADULTOS MAYORES RESIDENTES EN EL CENTRO DE BIENESTAR PARA EL ADULTO MAYOR DEL MUNICIPIO DE ACEVEDO HUILA. PARÁGRAFO PRIMERO:** EL CONTRATISTA declara que tiene previo conocimiento de la forma de ejecutarse el contrato; se ha enterado de los requisitos y que está plenamente familiarizado con el trabajo que realizará, además que cumplirá con las obligaciones aquí dispuestas. **CLÁUSULA SEGUNDA. OBLIGACIONES DEL CONTRATISTA:** Fuera de las obligaciones inherentes al adecuado ejercicio del desarrollo del objeto del Contrato señalado en la Cláusula anterior, EL CONTRATISTA

establecido en inciso 2° numeral 3° del artículo 32 de la ley 80 de 1993. **CLÁUSULA DECIMA TERCERA. RESPONSABILIDAD DEL CONTRATISTA:** EL CONTRATISTA responderá a EL CONTRATANTE por los daños que le cause a los bienes de este o de terceros en el desarrollo de su objeto contractual, resarciendo los perjuicios a satisfacción del CONTRATANTE. **CLÁUSULA DÉCIMA CUARTA. MULTAS:** En caso de incumplimiento total o parcial de cualesquiera de las obligaciones a cargo del CONTRATISTA, el CONTRATANTE podrá aplicar multas sucesivas del 1% diario del valor del contrato, sin que esta sobrepase del diez por ciento (10%) del valor total del contrato, para conminarlo a cumplir las obligaciones incumplidas. Las multas solo podrán imponerse mientras se halle pendiente la ejecución de la obligación u obligaciones a cargo del CONTRATISTA. Las multas se impondrán mediante resolución motivada susceptible de impugnar mediante recurso de reposición, de conformidad con el art. 77 de la ley 80 de 1993. Previamente a la imposición de la multa, el CONTRATANTE requerirá al CONTRATISTA para que explique el incumplimiento dentro del término que le señale y aporte las pruebas pertinentes. Los hechos generadores de sanción son: 1. Incumplimiento parcial o total de las obligaciones del contrato. 2. Incumplimiento parcial o total de las obligaciones legales. PARAGRAFO: la causación o exigibilidad de las multas no exonerara al CONTRATISTA del cumplimiento de sus obligaciones contractuales hasta la terminación del contrato. **CLÁUSULA DECIMA QUINTA. PENAL PECUNIARIA:** En caso de incumplimiento total o parcial de este contrato o de declaratoria de caducidad del CONTRATISTA, se entenderá pactada una sanción a título de cláusula penal pecuniaria, equivalente el diez por ciento (10%) del valor total de este contrato, suma que se hará efectiva directamente por EL CONTRATISTA. El valor por cancelar se considerará como pago parcial pero no definitivo de los perjuicios que reciba dicha Entidad. El CONTRATANTE podrá tomar directamente el valor de la Cláusula Penal pecuniaria, de los saldos que se adeuden EL CONTRATISTA. Contra el acto que declare el incumplimiento y haga efectiva la cláusula penal pecuniaria procede el recurso de reposición, de conformidad con el art. 77 de la ley 80 de 1993. **CLÁUSULA DECIMA SEXTA. DOCUMENTOS DEL CONTRATO:** Hacen parte del presente contrato el acta de inicio y los demás documentos expedidos en la etapa precontractual, contractual, poscontractual. **CLÁUSULA DECIMA SEPTIMA. NOTIFICACIONES:** Los avisos, solicitudes, comunicaciones y notificaciones que las partes deban a ver en virtud de la relación contractual constaran por escrito y se entenderá debidamente efectuadas solo si son entregadas personalmente o por correo electrónico a la persona y a las direcciones indicadas a continuación: i) Por parte de la FUNDACIÓN SOCIAL PARA EL DESARROLLO Y BIENESTAR DE LA NIÑEZ DESAMPARADA – FUNDANIÑEZ a la dirección Carrera 16 No. 41 – 113 Local 104 municipio de Neiva Huila o al correo electrónico gerenciafundaninez@gmail.com. ii) Al contratista, a la dirección Calle 5 No. 2 – 6 B/ Centro del municipio de Acevedo Huila o al correo electrónico linzadyzuniga2@gmail.com.

Para constancia se firma en Acevedo Huila, a los tres (3) días del mes de febrero del año 2026.

POR FUNDANIÑEZ

ARLEY PERDOMO CORDOBA
CC. 1.075.238.937 de Neiva Huila
Representante legal
FUNDANIÑEZ

POR EL CONTRATISTA

LINZADY CAROLINA ZUÑIGA ALVAREZ
CC. 1.004.419.226 San Agustin Huila

ACTA DE INICIO

TIPO DE CONTRATO	CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTIÓN				
FECHA DE SUSCRIPCIÓN	03/02/2026	**NO. CONTRATO**	005	**AÑO**	2026

CONTRATANTE	FUNDACIÓN SOCIAL PARA EL DESARROLLO Y BIENESTAR DE LA NIÑEZ DESAMPARADA - FUNDANIÑEZ	
CONTRATISTA	**NOMBRE O RAZÓN SOCIAL**	LINZADY CAROLINA ZUÑIGA ALVAREZ
	NIT O CEDULA	1.004.419.226 de San Agustin Huila
	DIRECCIÓN	Calle 5 No. 2 – 6 B/ Centro
	CIUDAD	ACEVEDO HUILA
OBJETO	PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTIÓN COMO AUXILIAR DE ENFERMERÍA, BRINDANDO ATENCIÓN INTEGRAL A LOS ADULTOS MAYORES RESIDENTES EN EL CENTRO DE BIENESTAR PARA EL ADULTO MAYOR DEL MUNICIPIO DE ACEVEDO HUILA.	
VALOR DEL CONTRATO	NUEVE MILLONES CIENTO SETENTA Y SEIS MIL CUATROCIENTOS PESOS M/CTE ($ 9.176.400,00)	
PLAZO DE EJECUCIÓN	CUATRO (4) MESES, CONTADOS A PARTIR DE LA SUSCRIPCIÓN DEL ACTA DE INICIO, HASTA EL DÍA DOS (02) DE JUNIO DE 2026.	

En la oficina de la coordinación del centro de bienestar para el adulto mayor del municipio de Acevedo Huila, se reunieron **ARLEY PERDOMO CORDOBA** en su calidad de representante legal de la FUNDACIÓN SOCIAL PARA EL DESARROLLO Y BIENESTAR DE LA NIÑEZ DESAMPARADA – FUNDANIÑEZ, y **CONTRATANTE** del contrato arriba definido; y la señora **LINZADY CAROLINA ZUÑIGA ALVAREZ** identificada con cedula de ciudadanía No. 1.004.419.226 de San Agustin Huila, en su calidad de **CONTRATISTA**, con el fin de dar inicio a la ejecución del contrato descrito en la presente acta.

En constancia se firma, a los tres (3) días del mes de febrero del año 2026.

POR FUNDANIÑEZ

ARLEY PERDOMO CORDOBA
CC. 1.075.238.937 de Neiva Huila
Representante legal
FUNDANIÑEZ

POR EL CONTRATISTA

LINZADY CAROLINA ZUÑIGA ALVAREZ
CC. 1.004.419.226 de San Gustin Huila

Centro de Bienestar para el adulto mayor
Calle8a6-25 Barrio Centro, Acevedo Huila

Fundaniñez

CERTIFICACIÓN SUPERVISOR

NUMERO DE CONTRATO	CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTIÓN NO. 005 DE 2026
OBJETO	PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTIÓN COMO AUXILIAR DE ENFERMERÍA, BRINDANDO ATENCIÓN INTEGRAL A LOS ADULTOS MAYORES RESIDENTES EN EL CENTRO DE BIENESTAR PARA EL ADULTO MAYOR DEL MUNICIPIO DE ACEVEDO HUILA.
CONTRATISTA	LINZADY CAROLINA ZUÑIGA ALVAREZ CC. 1.004.419.226 San Agustin Huila DIR. Calle 5 No. 2 – 6 B/ Centro E-MAIL. linzadyzuniga2@gmail.com
VALOR	NUEVE MILLONES CIENTO SETENTA Y SEIS MIL CUATROCIENTOS PESOS M/CTE ($ 9.176.400,00)
PLAZO	CUATRO (4) MESES, CONTADOS A PARTIR DE LA SUSCRIPCIÓN DEL ACTA DE INICIO, HASTA EL DÍA DOS (02) DE JUNIO DE 2026.
FECHA DE INICIO	03/02/2024
FECHA DE TERMINACIÓN	02/06/2026
SUPERVISOR	DIANA MILENA HERNANDEZ SANCHEZ

La suscrita directora del centro de bienestar para el adulto mayor del municipio de Acevedo Huila, en calidad de supervisora del contrato arriba mencionado, certifica la ejecución de las actividades anexadas en el informe del contratista las cuales se relacionan en el contrato de este. En ese orden de ideas a los cuatro (04) días del mes de marzo de 2026, se efectúa el recibo parcial de las actividades contratadas por LINZADY CAROLINA ZUÑIGA ALVAREZ, con cedula de ciudadanía No. 1.004.419.226 de San Agustin Huila.

PERIODO EJECUTADO	Del 03/02/2026 al 04/03/2026
NETO POR PAGAR DE LA PRESENTE ACTA	$ 2.294.100,00

Dado en Acevedo Huila, a los cuatro (04) días del mes de marzo del año 2026.

DIANA MILENA HERNÁNDEZ SÁNCHEZ
Directora CBAM
Supervisor

CUENTA DE COBRO No. 01

FUNDACIÓN SOCIAL PARA EL DESARROLLO Y BIENESTAR DE LA NIÑEZ DESAMPARADA – FUNDANIÑEZ
NIT. 900515982-3

DEBE A:

LINZADY CAROLINA ZUÑIGA ALVAREZ
CC. 1.044.192.26

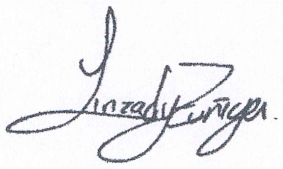
LA SUMA DE: DOS MILLONES DOSCIENTOS NOVENTA Y CUATRO MIL CIEN PESOS M/CTE ($ 2.294.100,00)

POR COCEPTO DE:

PAGO PARCIAL No. 1. PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTIÓN COMO AUXILIAR DE ENFERMERÍA, BRINDANDO ATENCIÓN INTEGRAL A LOS ADULTOS MAYORES RESIDENTES EN EL CENTRO DE BIENESTAR PARA EL ADULTO MAYOR DEL MUNICIPIO DE ACEVEDO HUILA. DE ACUERDO AL CONTRATO No. 005 DESARROLLADO DURANTE EL MES DE FEBRERO DEL 2026.

Por favor consignar en la cuenta de NEQUI No. 3106784775 a nombre de LINZADY TORO

Cordialmente,



CC. 1.044.192.26
Celular: 3106784775

INFORME DE ACTIVIDADES

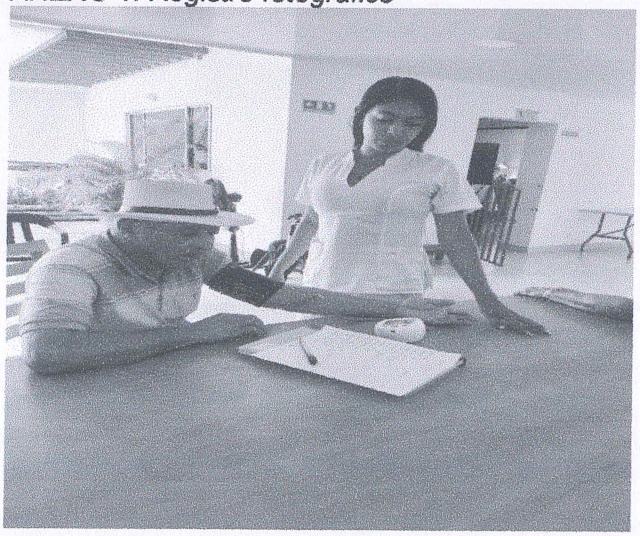
CONSECUTIVO	INFORME DE ACTIVIDADES	Pág. 1	DE	5	No. FOLIOS	5
TIPOLOGÍA – No. CONTRATO	Contrato De Prestación De Servicios Profesionales No. 005 de 2026					
NOMBRE DEL CONTRATISTA	LINZADY CAROLINA ZUÑIGA ALVAREZ					
CEDULA DE CIUDADANÍA	1.004.419.226					
DATOS DE CONTACTO	DIRECCIÓN: K 8 1 161 AP 101	BARRIO: SAN FRANCISCO				
	CELULAR: 3106784775	E-MAIL: Linzadyzuniga2@gmail.com				
OBJETO:	PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTIÓN COMO AUXILIAR DE ENFERMERÍA, BRINDANDO ATENCIÓN INTEGRAL A LOS ADULTOS MAYORES RESIDENTES EN EL CENTRO DE BIENESTAR PARA EL ADULTO MAYOR DEL MUNICIPIO DE ACEVEDO HUILA					
VALOR DEL CONTRATO	$ 9.176.400,00					
DURACION DEL CONTRATO	CUATRO (04) MESES					
FECHA DE ACTA DE INICIO	03 DE FEBRERO DE 2026					
FECHA DE TERMINACIÓN	02 DE JUNIO DE 2026					
SUPERVISOR	COORDINACION CBAM					
PERIODO DE EJECUCIÓN	03 DE FEBRERO AL 04 DE MARZO DE 2026					

OBLIGACIONES GENERALES:

OBLIGACIÓN 1.
Realizar procedimientos de auxiliar de enfermería de baja complejidad asignadas bajo la normatividad, protocolos, manuales, programas y escalas que orientan su actividad; según cronograma de actividades concertado y acordado entre las partes

ACTIVIDADES REALIZADAS
Realizo procedimientos de auxiliar de enfermería de baja complejidad, conforme a la normatividad, protocolos, manuales y programas establecidos por la institución. Cumplo con el cronograma de actividades previamente concertado, ejecutando funciones como toma de signos vitales, administración de medicamentos, apoyo en curaciones básicas, asistencia en higiene y movilización, entre otros cuidados propios del servicio. Estas actividades se desarrollan siguiendo las indicaciones del personal responsable y garantizando una atención segura, oportuna y de calidad para los adultos mayores.

ANEXO 1. Registro fotográfico



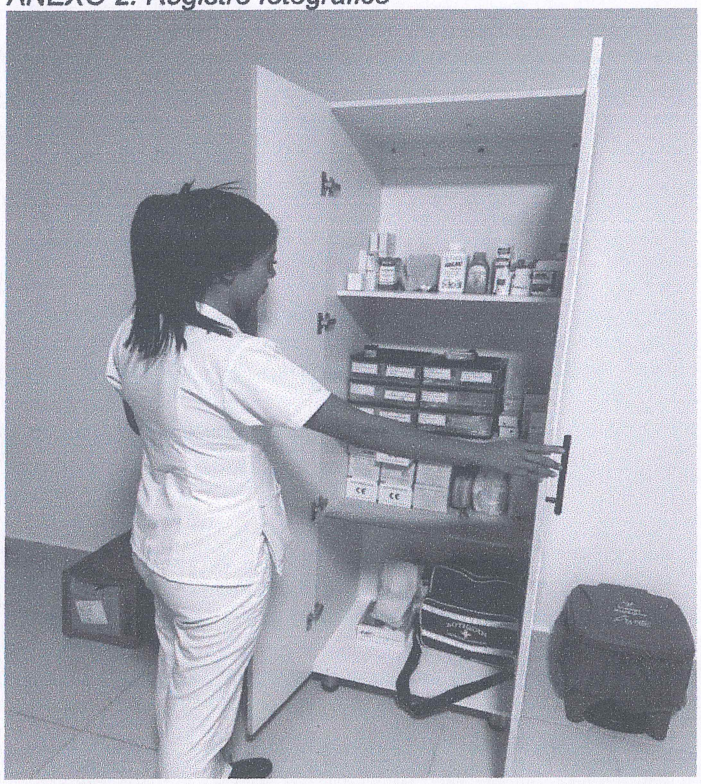
INFORME DE ACTIVIDADES

OBLIGACIÓN 2.
Verificar y garantizar que los diferentes espacios físicos donde se desarrollaran las actividades cuenten con la dotación, herramientas e insumos necesarios y condiciones óptimas, para la adecuada operación

ACTIVIDADES REALIZADAS

Verifico que los diferentes espacios físicos del centro de bienestar para el adulto mayor cuenten con la dotación, herramientas e insumos necesarios para el adecuado desarrollo de las actividades diarias. Reviso que el salón de enfermería, las habitaciones y demás áreas utilizadas en la atención de los adultos mayores dispongan de los elementos requeridos, tales como medicamentos, guantes, tapabocas y demás materiales de apoyo. Asimismo, compruebo que los espacios se encuentren organizados, limpios y en condiciones óptimas, garantizando un entorno seguro y adecuado para la prestación del servicio.

ANEXO 2. Registro fotográfico



OBLIGACIÓN 3.
Brindar a los adultos mayores internos en el centro de bienestar, los cuidados y atenciones necesarias en el aseo, la alimentación, la movilización y el suministro de equipos y materiales, garantizando la prestación de un servicio oportuno e integral.

ACTIVIDADES REALIZADAS

Brindo a los adultos mayores internos los cuidados y atenciones necesarias en su aseo personal, alimentación y movilización, garantizando su bienestar y dignidad. Apoyo en la higiene diaria, asegurando una adecuada limpieza corporal, cambio de ropa y cuidado de la piel. Asimismo, colaboro en la alimentación de quienes lo requieren, verificando que consuman sus alimentos de manera adecuada según las indicaciones establecidas.

De igual manera, realizo la movilización y asistencia en traslados y cambios de posición, previniendo riesgos como caídas o lesiones. También verifico y suministro los equipos y materiales necesarios para la atención diaria, asegurando que se encuentren disponibles y en buen estado para la prestación de un servicio oportuno e integral.

INFORME DE ACTIVIDADES

Anexo 3. Registro fotográfico









INFORME DE ACTIVIDADES

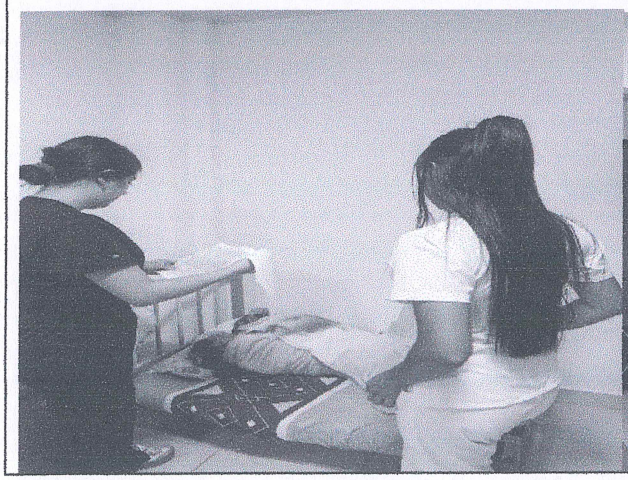


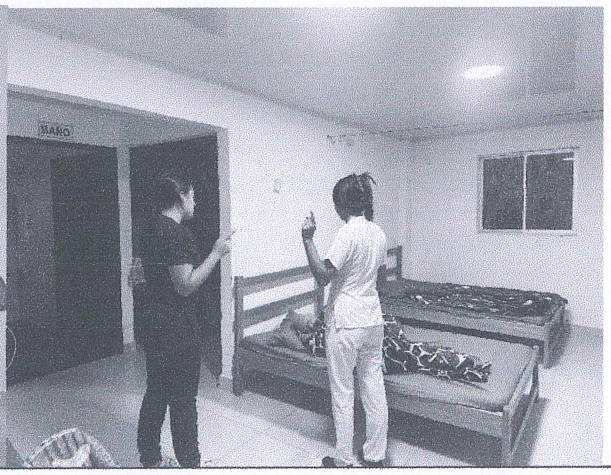


OBLIGACIÓN 4.
Participar activamente en el recibo y entrega de turno, identificando el estado, alteraciones y proceso de evolución de cada uno de ellos

ACTIVIDADES REALIZADAS
Participo en el recibo y entrega de turno, reportando el estado de los adultos mayores, las novedades presentadas y su evolución, garantizando la continuidad y calidad en la atención brindada.

Anexo 4. Registro fotográfico

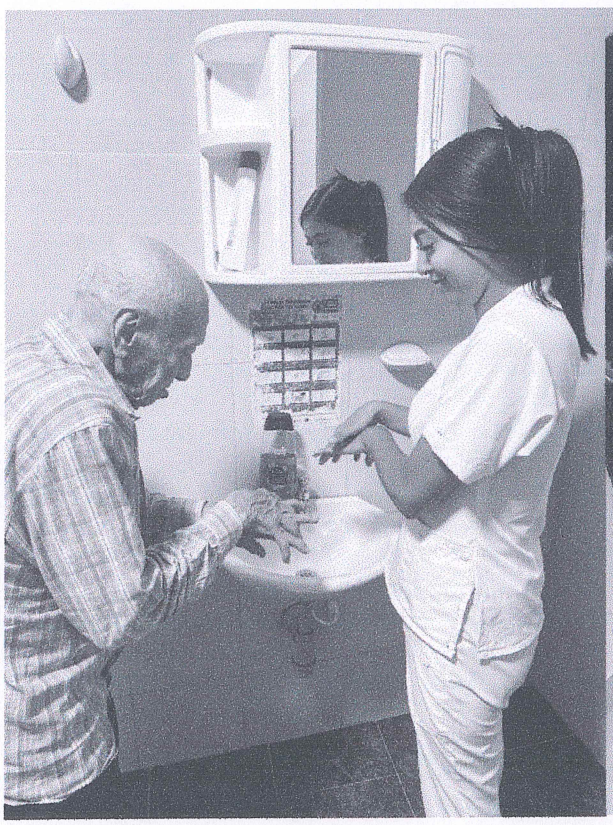


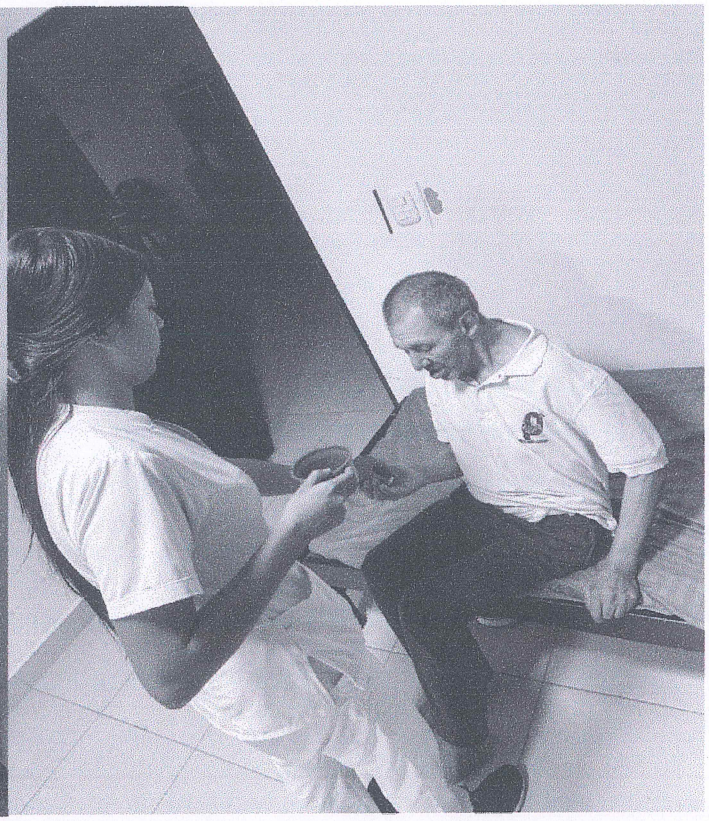


INFORME DE ACTIVIDADES

OBLIGACIÓN 5.
Orientar a los adultos mayores internos en el centro de bienestar en cuanto a prevención, curación y rehabilitación de la salud, explicándoles las ordenes médicas, tratamiento, higiene, alimentación, etc.

ACTIVIDADES REALIZADAS
Brindo acompañamiento y educación a los adultos mayores en relación con el cuidado de su salud, reforzando las recomendaciones médicas y orientándolos sobre el adecuado cumplimiento de los tratamientos formulados. Asimismo, promuevo prácticas de higiene, hábitos saludables y una alimentación balanceada, explicando de manera comprensible la importancia de cada indicación. Con ello, favorezco la prevención de enfermedades y el fortalecimiento de su proceso de recuperación y bienestar.





OBLIGACIÓN 6.
Informar a la coordinación del centro de bienestar las reacciones alérgicas o cualquier otra complicación en la administración de los medicamentos ordenados y hacer el registro en notas de enfermería respectiva, destacando la hora del aviso.

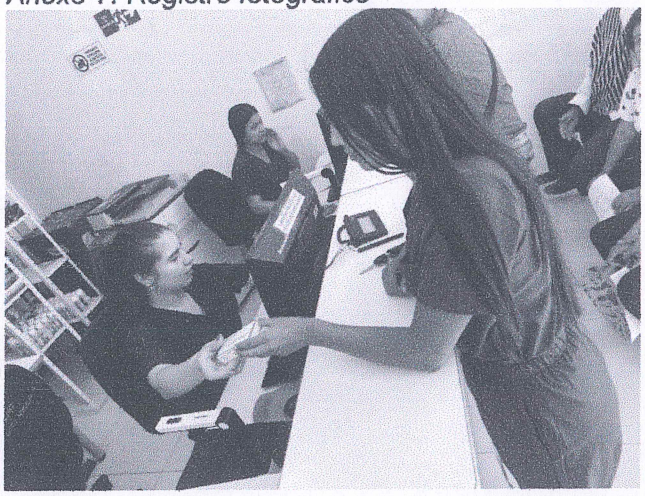
ACTIVIDADES REALIZADAS
Durante el presente mes no se presentaron reacciones alérgicas ni complicaciones en la administración de medicamentos. Se realizó vigilancia constante y no fue necesario informar novedades a la coordinación, manteniendo los registros correspondientes en enfermería.

INFORME DE ACTIVIDADES

OBLIGACIÓN 7.
Acompañar a los adultos mayores internos en el centro de bienestar a las diferentes consultas médicas y eventos de urgencias que se presenten, teniendo en cuenta las normas de seguridad y calidad, previniendo accidentes y acciones inseguras que pongan en peligro la integridad física de los adultos mayores, cumpliendo siempre con los procedimientos respectivos.

ACTIVIDADES REALIZADAS
Durante el mes de febrero, acompañé a los adultos mayores internos a sus consultas médicas y eventos de urgencias, asegurando el cumplimiento de las normas de seguridad y los procedimientos establecidos. Se previnieron accidentes y acciones inseguras, garantizando la integridad física y el bienestar de los residentes, manteniendo coordinación con el personal médico y administrativo en todo momento.

Anexo 7. Registro fotográfico



OBLIGACIÓN 8.
Efectuar procedimientos de limpieza, desinfección y esterilización de áreas, material e instrumental utilizados en los diferentes procedimientos, aplicando las normas de bioseguridad, asepsia y manejo de residuos hospitalarios establecida en la guía existente para este fin.

ACTIVIDADES REALIZADAS
Realicé la limpieza, desinfección y esterilización de las camas y la zona de enfermería, así como del material e instrumental utilizado, aplicando las normas de bioseguridad, asepsia y manejo de residuos hospitalarios, garantizando un ambiente seguro y saludable para los adultos mayores internos.

Anexo 8. Registro fotográfico

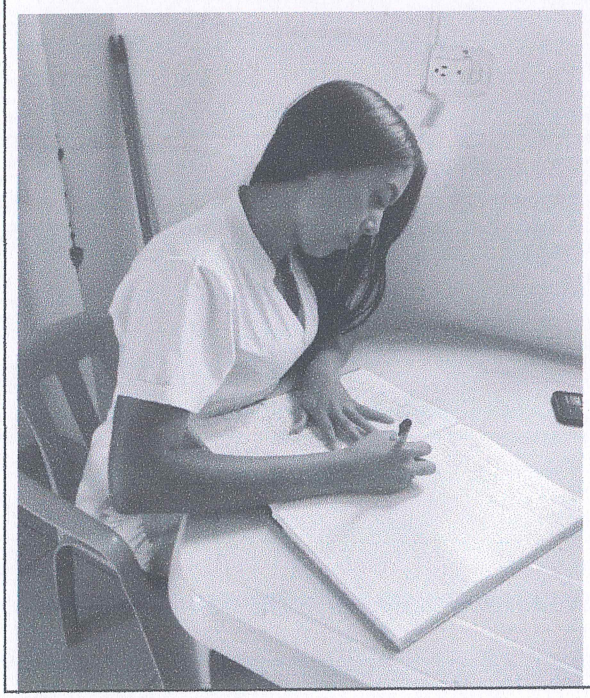
INFORME DE ACTIVIDADES



OBLIGACIÓN 9.
Registrar en la historia clínica y formatos diseñados para tal fin toda la información que se genera en el desarrollo y control de todos los procesos y procedimientos que se ejecuten en el servicio, a fin de garantizar la generación de información estadística.

ACTIVIDADES REALIZADAS
Registro en la historia clínica, en el libro de enfermería y en el Kardex toda la información generada en los procesos y procedimientos del servicio. Esto garantiza trazabilidad, facilita la generación de información estadística y contribuye a una atención segura y de calidad para los adultos mayores internos del ancianato.

Anexo 9. Registro fotográfico



INFORME DE ACTIVIDADES

OBLIGACIÓN 10.
Acreditar los pagos al Sistema General de Seguridad Social en Salud (salud, pensión y ARL), para cada pago

ACTIVIDADES REALIZDAS

- ✓ Realicé el pago a salud, pensión y riesgos laborales en virtud del presente contrato, correspondiente al mes de **febrero de 2026**, según la Planilla **No. 57676615**; discriminada así:

APORTES	PERÍODO DE PAGO	VALOR
SALUD	Febrero 2026	$ 218.900
PENSIÓN	Febrero 2026	$ 280.200
RIESGOS PROFESIONALES	Febrero 2026	$ 9.200
TOTAL		**$ 508.300**

Anexo 3. Soporte de pago seguridad social mes febrero 2026

OBLIGACIÓN 11.
Presentar informe de las actividades realizadas, con todos los soportes que acrediten el cumplimiento de las obligaciones pactadas.

ACTIVIDADES REALIZADAS

- El día 28 de Febrero se presentó informe de las actividades realizadas con todos los soportes requeridos al supervisor del contrato.

OBLIGACIÓN 12.
Las demás actividades que considere o sugiera el supervisor del contrato y estén acorde al objeto contractual.

ACTIVIDADES REALIZADAS

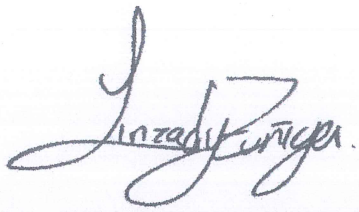
- Durante la ejecución de las obligaciones del presente contrato, no se presentaron actividades adicionales sugeridas por parte del supervisor.

El presente reporte sobre las actividades realizadas junto con sus anexos, hacen parte del lleno de los requisitos para el trámite del pago correspondiente al periodo mencionado.

Informe presentado en Acevedo, coordinación del centro de bienestar a los veintiocho (28) días del mes de febrero del año 2026.

INFORME DE ACTIVIDADES

Cordialmente,



LINZY CAROLINA ZUÑIGA ALVAREZ
Contratista

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	1004419226	LINZADY CAROLINA ZUÑIGA ALVAREZ	centr parque	3106784775	Linzadyzuniga2@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente		HUILA	ACEVEDO		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	25/02/2026	57676615	$508.300	

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					
ESSC62	ASMET SALUD EPS SAS	900935126-7	218.900	0		0		0	0	0	0	218.900	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	280.200	0	0	0	0	0	0		280.200	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	9.200				9.200	0	0	9.200			92	9.200	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	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	218.900	218.900
Pensión	1	280.200	280.200
Riesgos Laborales	1	9.200	9.200
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	508.300	508.300

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	1004419226	LINZADY CAROLINA ZUÑIGA ALVAREZ	centr parque	3106784775	Linzadyzuniga2@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente		HUILA	ACEVEDO		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	25/02/2026	57676615	$508.300	

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	NVO	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	1004419226	ZUÑIGA ALVAREZ LINZADY CAROLINA	59	0			N																	230201	1.750.905	280.200	0	0	0	0	ESSC62	1.750.905	218.900	14-23	1.750.905	1	9.200		0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

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