

**MUNICIPIO DE CORRALES - BOYACÁ**

Nit. 891855748-2

Gestión Contractual - Contratación Directa

**ACTA PARCIAL**
**ALCALDÍA DE**  
**Corrales**  
 Comisaría de Familia
**ACTA DE RECIBO Y CUMPLIMIENTO PARCIAL 001**

|                                  |   |
|----------------------------------|---|
| <b>NATURALEZA JURÍDICA</b>       | CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS   |
| <b>MODALIDAD DE CONTRATACIÓN</b> | CONTRATACIÓN DIRECTA  |
| <b>OBJETO</b>                    | PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES COMO TRABAJADOR SOCIAL PARA CONFORMAR EL EQUIPO INTERDISCIPLINAR DE LA COMISARIA DE FAMILIA DE CORRALES-BOYACÁ, EN LOS TÉRMINOS ESTABLECIDOS EN LA LEY 2126 DE 2021 |
| <b>PLAZO Y VIGENCIA</b>          | EL PLAZO DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO SERÁ EL TIEMPO COMPRENDIDO ENTRE LA FECHA DE SUSCRIPCIÓN Y PROTOCOLIZACIÓN DEL ACTA DE INICIO Y EL 30 DE JUNIO DE 2026, INCLUSIVE                                      |
| <b>LUGAR DE EJECUCIÓN</b>        | MUNICIPIO DE CORRALES   |
| <b>VALOR</b>                     | ONCE MILLONES TRESCIENTOS VEINTIOCHO MIL PESOS MC. (\$11,328,000.00)..  |
| <b>CDP</b>                       | 2026000044  |

En el Municipio de Corrales– Boyacá, el día dos (2) del mes de febrero de 2026, se reúnen, por parte de municipio, La doctora, JENIFER ALEXANDRA FIERRO VARGAS, Comisaria de Familia quien actúa en su condición como supervisor del contrato en mención y el señor Jimmy Orlando Cruz Cifuentes, como representante legal del Contratista con el fin de suscribir acta de cumplimiento parcial del contrato N° CD-MDC 020 DE 2026, Correspondiente a las actividades desarrolladas por el contratista durante el mes de enero del 2026; como se estipula en la cláusula 04, valor y forma de pago;

**FORMA DE PAGO**

El Municipio pagará al contratista el valor del presente contrato de la siguiente forma: mediante el pago de actas parciales, para lo cual el contratista deberá realizar la presentación de cuenta de cobro, informe de actividades correspondiente a cada periodo y el respectivo soporte de pago al sistema de Seguridad Social integral y Riesgos Laborales, y deberá suscribir con el supervisor del contrato acta de recibo parcial donde conste el cumplimiento de las actividades contratadas, el recibo a satisfacción por parte del mencionado Supervisor del Contrato, para el pago final adicionalmente se deberá suscribir acta de liquidación y terminación. PARAGRAFO: los pagos estarán sujetos a la disponibilidad de PAC elaborado por la Tesorería Municipal para la vigencia 2026

**INFORME FINANCIERO**

|                               |           |                      |
|-------------------------------|-----------|----------------------|
| <b>Valor Total Contratado</b> |           | <b>11.328.000,0</b>  |
| <b>Total, Pagos</b>           | <b>\$</b> | <b>-</b>             |
| <b>Pago presente acta</b>     | <b>\$</b> | <b>903.460,00</b>    |
| <b>Saldo Por Pagar</b>        | <b>\$</b> | <b>10.424.540,00</b> |

| <b>N° PAGO</b> | <b>PERIODO</b> | <b>Valor Pagos</b>   |
|----------------|----------------|----------------------|
| Pago No. 1     | enero          | <b>\$ 903.460,00</b> |
| Pago No. 2     |                |                      |
| Pago No. 3     |                |                      |
| Pago No. 4     |                |                      |

MUNICIPIO DE CORRALES - BOYACÁ

Nit. 891855748-2

Gestión Contractual - Contratación Directa

ACTA PARCIAL



ALCALDÍA DE  
**Corrales**  
Comisaría de Familia

|                     |  |                     |
|---------------------|--|---------------------|
| Pago No. 5          |  |                     |
| Pago N° 6           |  |                     |
|                     |  |                     |
|                     |  |                     |
| <b>TOTAL, PAGOS</b> |  | <b>\$903.460,00</b> |

|                                   |  |               |
|-----------------------------------|--|---------------|
| <b>Valor de la presente acta:</b> | NOVECIENTOS TRES MIL CUATROCIENTOS SESENTA PESOS M/CTE | \$ 903.460,00 |
|-----------------------------------|--|---------------|

**PORTES AL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL INTEGRAL**

|   | ENTIDAD                                       | % DE PAGO               |
|---|---|-------------------------|
| RIESGO PROFESIONALES                        | Positiva Seguros                              | 0,52%                   |
|   | Clase de Riesgo                               |                         |
| EMPRESA PRESTADORA DE LOS SERVICIOS - SALUD | NUEVA EPS                                     | 12,50%                  |
| FONDO DE PENSIONES                          | Fondo de Pensiones Obligatorias<br>Protección | 16%                     |
| Valor Total Contratado                      | \$ 11.328.000,00                              |                         |
| Plazo (meses) y días                        | 6   |                         |
| IBC   | N/A   |                         |
| NUMERO DE PLANILLA                          | 44304056                                      | Fecha de pago 2/02/2026 |
| Total Pagado                                | \$ 186.500,00                                 |                         |

Las partes dejan constancia de lo siguiente:


1. Se mantuvo el objeto del contrato.
2. Se cumplieron las condiciones técnicas que rigen para la ejecución del contrato.
3. Se ha guardado para ambas partes el equilibrio económico.

Una vez leída y aprobada en su totalidad,  
es firmada por quienes en ella

**POR EL MUNICIPIO**

**EL CONTRATISTA**

  
JENIFER ALEXANDRA FIERRO VARGAS  
Comisaria de Familia

  
JIMY ORLANDO CRUZ CIFUENTES  
CC. 1049650312

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



ALCALDÍA DE  
**Corrales**  
Comisaría de Familia

**DATOS DEL INFORME**

|  |                                 |                            |
|--|---------------------------------|----------------------------|
| N° Informe: <b>01</b>                              | Fecha de Iniciación: 19/01/2026 | Fecha de Corte: 31/01/2026 |
| Supervisor: <b>JENIFER ALEXANDRA FIERRO VARGAS</b> |                                 |                            |
| Cargo: <b>COMISARIA DE COMISARIA</b>               |                                 |                            |

**DATOS DEL CONTRATO**

|   |  |   |  |
|---|--|---|--|
| Contratista: <b>JIMY ORLANDO CRUZ CIFUENTES</b>   |  |   |  |
| Contrato N° CD-MDC 020 DE 2026  |  |   |  |
| Objeto: PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES COMO TRABAJADOR SOCIAL PARA CONFORMAR EL EQUIPO INTERDISCIPLINAR DE LA COMISARIA DE FAMILIA DE CORRALES-BOYACÁ, EN LOS TÉRMINOS ESTABLECIDOS EN LA LEY 2126 DE 2021 |  |   |  |
| Plazo:<br><b>Seis (06) Meses.</b>   | Valor contrato:<br><b>\$ 11,328,000.00</b> | Fecha de Iniciación<br><b>19-ene-26</b>   | Fecha de Terminación<br><b>30-jun-26</b> |
| Porcentaje de ejecución financiera: 16,67%  |  | Porcentaje de ejecución en tiempo: CUMPLE |  |
| Modificaciones al contrato: <b>NINGUNA</b>  |  |   |  |
| En caso de tener anticipo, diligencie la siguiente información: <b>N/A</b>  |  |   |  |
| Anticipo \$   | Ejecución de Anticipo \$                   | Saldo por amortizar \$                    |  |

**LISTA DE DISTRIBUCIÓN**

| DEPENDENCIA                        | DESTINATARIO                    | DOCUMENTO           |
|------------------------------------|---------------------------------|---------------------|
| Comisaría de Familia               | JENIFER ALEXANDRA FIERRO VARGAS | Original con anexos |
| Secretaría de Hacienda y Tesorería | NURI ANDREA ALVAREZ NIÑO        | Copia               |









**EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES FRENTE A LAS OBLIGACIONES DURANTE EL PERÍODO REPORTADO**

| Obligaciones Contractuales  | Actividades realizadas  | Soportes  |
|---|---|---|
| 1. Realizar visitas domiciliarias en el marco de procesos de verificación y restablecimiento de derechos.   | A la fecha, se han realizado visitas domiciliarias en el marco de los procesos de verificación y restablecimiento de derechos, conforme a las solicitudes y requerimientos presentados.   | ANEXO 1. Informe del conceptos psicosociales de los casos reportados              |
| 2. Llevar a cabo seguimiento a medidas de protección decretadas, elaborando los respectivos informes sociofamiliares.   | A la fecha, se ha realizado seguimiento a las medidas de protección decretadas, elaborando los respectivos informes sociofamiliares conforme a los casos asignados.   | ANEXO 1. Informe seguimientos de los concepto psicosocial de los casos reportados |
| 3. Efectuar valoraciones sociofamiliares que permitan identificar dinámicas familiares, factores de riesgo y factores protectores, como insumo para la toma de decisiones administrativas de la Comisaría de Familia. | A la fecha, se han efectuado valoraciones sociofamiliares orientadas a la identificación de dinámicas familiares, factores de riesgo y factores protectores, como insumo para la toma de decisiones administrativas de la Comisaría de Familia. | ANEXO 1. Informes de los conceptos psicosociales de los casos reportados          |
| 7. Realizar la valoración sociofamiliar de las personas mayores, para fijar procesos de conciliación de alimentos, cuidado y ubicación en hogares de paso.  | A la fecha, se han realizado valoraciones sociofamiliares de personas mayores, como insumo para los procesos de conciliación de alimentos, cuidado y posible ubicación en hogares de paso.  | ANEXO 1. Informes de los conceptos psicosociales de los casos reportados          |

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

  
**JIMY ORLANDO CRUZ CIFUENTES**  
Contratista

  
**JENIFER ALEXANDRA FIERRO VARGAS**  
Supervisora

| ANEXOS. REGISTRO FOTOGRÁFICO  |  |  |
|---|--|--|
| Imagen 1.   | Imagen 2 y 3   | Imagen 4 y 5   |
|   |    |                                 |
| <b>Fuente:</b><br>Se realiza visitas domiciliarias y valoraciones psicosociales, con el fin de verificar las condiciones psicosociales y proporcionar estrategias que beneficien la convivencia de las personas implicadas. | <b>Fuente</b><br>Se realiza visitas domiciliarias y valoraciones psicosociales, con el fin de verificar las condiciones psicosociales y proporcionar estrategias que beneficien la convivencia de las personas implicadas. | <b>Fuente</b><br>conforme a la ultima obligacion se realizo jornada de aseo en el parque municipal                 |
| Imagen 6  | Imagen 7 y 8   | Imagen 9 y 10  |
|    |   |                                 |
| <b>Fuente:</b><br>Se realizó acompañamiento en las lecturas de las medidas protección adelantadas por este despacho   | <b>Fuente</b><br>Se realiza visitas domiciliarias y valoraciones psicosociales, con el fin de verificar las condiciones psicosociales y proporcionar estrategias que beneficien la convivencia de las personas implicadas. | <b>Fuente</b><br>Se realizó acompañamiento en las lecturas de las medidas protección adelantadas por este despacho |
| Imagen 11   | Imagen 12, 13  |  |
| <b>Fuente:</b><br>Se implementaron actividades en el ámbito domiciliario con el objetivo de promover un entorno familiar favorable y protector  |    |                               |





**DOCUMENTO EQUIVALENTE A  
FACTURA PERSONA NATURAL**

**No. 001**

JIMY ORLANDO CRUZ CIFUENTES  
 NIT: 1.049.650.312 No responsable de impuesto de IVA  
 D.R.522 DE 2003 Compilado Decreto Unico Reglamentario 1325 de 2016  
 DIRECCIÓN: CARRERA 4 # 10A - 45  
 Correo electrónico: [cleon7813@gmail.com](mailto:cleon7813@gmail.com)

|           |                              |           |                   |
|-----------|------------------------------|-----------|-------------------|
| Señor :   | <b>MUNICIPIO DE CORRALES</b> | Fecha:    | <b>2/02/2026</b>  |
| Nit:      | <b>891855748-2</b>           |           |                   |
| Dirección | <b>CALLE 8 N° 3 - 40</b>     | Telefono: | <b>3138174434</b> |

| CANT | NOMBRE DEL PRODUCTO   | V/UNITARIO | V/TOTAL    |
|------|---|------------|------------|
| 1    | PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES COMO TRABAJADOR SOCIAL PARA CONFORMAR EL EQUIPO INTERDISCIPLINAR DE LA COMISARIA DE FAMILIA DE CORRALES-BOYACÁ, EN LOS TÉRMINOS ESTABLECIDOS EN LA LEY 2126 DE 2021 | \$ 903.460 | \$ 903.460 |

**SON: NOVECIENTOS TRES MIL CUATROCIENTOS SESENTA PESOS M/CTE**

Favor girar a la cuenta de ahorros N° 882- 523908-09 de Bancolombia a nombre de JIMY ORLANDO CRUZ CIFUENTES

|                      |                                  |             |                |
|----------------------|----------------------------------|-------------|----------------|
| <br>FIRMA AUTORIZADA | 1049650312<br>ACEPTADA Nit C. C. | SUBTOTAL \$ | <b>903.460</b> |
|                      |                                  | IVA \$      | -              |
|                      |                                  | TOTAL \$    | <b>903.460</b> |

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

| DATOS DEL APORTANTE |                   |                             |        |              |                    |                        |
|---------------------|-------------------|-----------------------------|--------|--------------|--------------------|------------------------|
| TIPO                | NÚMERO            | NOMBRE APORTANTE            |        | DIRECCIÓN    | TELÉFONO           | CORREO                 |
| CC                  | 1049650312        | JIMY ORLANDO CRUZ CIFUENTES |        | cr 60 N 3 25 | 7174268            | cruzjimry103@gmail.com |
| FORMA PRESENTACIÓN  | CLASE APORTANTE   | NOMBRE SUCURSAL             | CÓDIGO | DEPARTAMENTO | CIUDAD / MUNICIPIO |                        |
| ÚNICA               | I - Independiente |                             |        | BOGOTÁ D. C. | BOGOTÁ, D.C.       |                        |

| 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 |     |
| 2026-01              | 2026-01                           | I             | 02/02/2026               | 44304056        | \$186.500     |     |

### 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 |           |                       |                |               |               |
| EPS041        | NUEVA E.P.S. S.A. MOV | 900158264-2 | 80.300                 | 0             |                  | 0     |                     | 0     | 0         | 0                     | 0              | 80.300        | 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 | 102.800                | 0                          | 0                           | 0                        | 0                         | 0         | 0                     | 0              | 102.800       | 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 | 3.400                  |                  |       |                        | 3.400                 | 0         | 0                     | 3.400               |                            |                     | 34                | 3.400         | 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 |
| <b>SENA</b>          |           |                   |               |               |
| 0                    | 0         | 0                 | 0             | 0             |
| <b>ICBF</b>          |           |                   |               |               |
| 0                    | 0         | 0                 | 0             | 0             |
| <b>ESAP</b>          |           |                   |               |               |
|                      |           |                   |               |               |
| <b>MEN</b>           |           |                   |               |               |
|                      |           |                   |               |               |

| TOTALES POR SUBSISTEMA |                                |                                     |                |
|------------------------|--------------------------------|-------------------------------------|----------------|
| Tipo Administradora    | No. Administradoras Reportadas | Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora | Total a Pagar  |
| Salud                  | 1                              | 80.300                              | 80.300         |
| Pensión                | 1                              | 102.800                             | 102.800        |
| Riesgos Laborales      | 1                              | 3.400                               | 3.400          |
| CCF                    | 0                              | 0                                   | 0              |
| ESAP                   | 0                              | 0                                   | 0              |
| ICBF                   | 0                              | 0                                   | 0              |
| MEN                    | 0                              | 0                                   | 0              |
| SENA                   | 0                              | 0                                   | 0              |
| <b>TOTALES</b>         | <b>3</b>                       | <b>186.500</b>                      | <b>186.500</b> |

| DATOS DEL APORTANTE |                   |                             |        |              |                    |                        |
|---------------------|-------------------|-----------------------------|--------|--------------|--------------------|------------------------|
| TIPO                | NÚMERO            | NOMBRE APORTANTE            |        | DIRECCIÓN    | TELÉFONO           | CORREO                 |
| CC                  | 1049650312        | JIMY ORLANDO CRUZ CIFUENTES |        | cr 60 N 3 25 | 7174268            | cruzjimry103@gmail.com |
| FORMA PRESENTACIÓN  | CLASE APORTANTE   | NOMBRE SUCURSAL             | CÓDIGO | DEPARTAMENTO | CIUDAD / MUNICIPIO |                        |
| ÚNICA               | I - Independiente |                             |        | BOGOTÁ D. C. | BOGOTÁ D. C.       |                        |

| 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 |     |
| 2026-01              | 2026-01                           | I             | 02/02/2026               | 44304056        | \$186.500     |     |

| DETALLE POR COTIZANTE |      |                       |                             |                       |        |           |                 |           |     |     |     |     |     |         |     |     |     |       |     |     |                  |     |     |          |         |            |                      |                      |                               |                                 |          |         |                        |          |         |                |            |            |         |            |                        |             |             |             |            |   |   |
|-----------------------|------|-----------------------|-----------------------------|-----------------------|--------|-----------|-----------------|-----------|-----|-----|-----|-----|-----|---------|-----|-----|-----|-------|-----|-----|------------------|-----|-----|----------|---------|------------|----------------------|----------------------|-------------------------------|---------------------------------|----------|---------|------------------------|----------|---------|----------------|------------|------------|---------|------------|------------------------|-------------|-------------|-------------|------------|---|---|
| INFORMACIÓN COTIZANTE |      |                       |                             | INFORMACIÓN NOVEDADES |        |           |                 |           |     |     |     |     |     | PENSIÓN |     |     |     | SALUD |     |     | RESGOS LABORALES |     |     | CCF      |         |            | PARAFISCALES         |                      |                               |                                 |          |         |                        |          |         |                |            |            |         |            |                        |             |             |             |            |   |   |
| No.                   | Tipo | No. de Identificación | Apellidos y Nombres         | Cotización            | Resgpo | Extempora | Calen. anterior | Extempora | REI | REI | REI | REI | REI | REI     | REI | REI | REI | REI   | REI | REI | REI              | REI | REI | Cód. AFP | IBC AFP | Cotización | Voluntari o Afiliado | Voluntario Aportante | Fondo pensional de soltaridad | Fondo pensional de subsistencia | Cód. EPS | IBC EPS | Cotización / Valor UPC | Cód. ARL | IBC ARL | Clase de Resgo | Cotización | Código CCF | IBC CCF | Aporte CCF | IBC otros parafiscales | Aporte SENA | Aporte ICBF | Aporte ESAP | Aporte MEN |   |   |
| 1                     | CC   | 1049650312            | CRUZ CIFUENTES JIMY ORLANDO | 59                    | 0      |           |                 |           |     |     |     |     |     |         |     |     |     |       |     |     |                  |     |     | 230201   | 642.034 | 102.800    | 0                    | 0                    | 0                             | 0                               | EP5041   | 642.034 | 80.300                 | 14-23    | 642.034 | 1              | 3.400      |            | 0       | 0          | 0                      | 0           | 0           | 0           | 0          | 0 | 0 |

# PAGADA