

**MUNICIPIO DE CORRALES - BOYACÁ**

Nit. 891855748-2

Gestión Contractual - Contratación Directa

**ACTA PARCIAL****ALCALDÍA DE**  
**Corrales**  
Comisaria de Familia**ACTA DE RECIBO Y CUMPLIMIENTO PARCIAL 004**

|                                  |   |
|----------------------------------|---|
| <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 treinta (30) del mes de abril 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 Jimy 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 abril 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>5.073.276,00</b> |
| <b>Pago presente acta</b>     | <b>\$</b> | <b>2.084.908,00</b> |
| <b>Saldo Por Pagar</b>        | <b>\$</b> | <b>4.169.816,00</b> |

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



**ALCALDÍA DE**  
**Corrales**  
 Comisaría de Familia

| N° PAGO             | PERIODO | Valor Pagos           |
|---------------------|---------|-----------------------|
| Pago No. 1          | enero   | \$ 903.460,00         |
| Pago No. 2          | febrero | \$ 2.084.908,00       |
| Pago No. 3          | marzo   | \$ 2.084.908,00       |
| Pago No. 4          | abril   | \$ 2.084.908,00       |
| Pago No. 5          |         |                       |
| Pago N° 6           |         |                       |
| <b>TOTAL, PAGOS</b> |         | <b>\$7.158.184,00</b> |

|                                   |  |                 |
|-----------------------------------|--|-----------------|
| <b>Valor de la presente acta:</b> | DOS MILLONES OCHENTA Y CUATRO MIL NOVECIENTOS OCHO PESOS M/CTE | \$ 2.084.908,00 |
|-----------------------------------|--|-----------------|

**PORTES AL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL INTEGRAL**

|  | ENTIDAD                                       | % DE PAGO                       |
|--|---|---------------------------------|
| <b>RIESGO PROFESIONALES</b>                        | Positiva Seguros                              | 0,52%                           |
|  | Clase de Riesgo                               |                                 |
| <b>EMPRESA PRESTADORA DE LOS SERVICIOS - SALUD</b> | NUEVA EPS                                     | 12,50%                          |
| <b>FONDO DE PENSIONES</b>                          | Fondo de Pensiones Obligatorias<br>Protección | 16%                             |
| <b>Valor Total Contratado</b>                      | \$ 11.328.000,00                              |                                 |
| <b>Plazo (meses) y días</b>                        | 6   |                                 |
| <b>IBC</b>   | N/A   |                                 |
| <b>NUMERO DE PLANILLA</b>                          | 78384008                                      | <b>Fecha de pago</b> 28/04/2026 |
| <b>Total Pagado</b>                                | \$ 508.300,00                                 |                                 |

Las partes dejan constancia de lo siguiente:

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

Una vez leída y aprobada en su totalidad, es firmada por quienes en ella intervinieron, remitiendo el original al archivo de gestión del contrato y de la Secretaría de Hacienda.

**POR EL MUNICIPIO**

**JENIFER ALEXANDRA FIERRO VARGAS**  
 Comisaría de Familia

**EL CONTRATISTA**

**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: 04  | Fecha de Iniciación: 1/04/2028             | Fecha de Corte: 30/04/2026                |  |
| Supervisor: JENIFER ALEXANDRA FIERRO VARGAS   |  |   |  |
| Cargo: COMISARIA DE COMISARIA   |  |   |  |
| DATOS DEL CONTRATO  |  |   |  |
| Contratista: JIMY ORLANDO CRUZ CIFUENTES  |  |   |  |
| 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: 64%   |  | Porcentaje de ejecución en tiempo: CUMPLE |  |
| Modificaciones al contrato: NINGUNA   |  |   |  |
| En caso de tener anticipo, diligencie la siguiente información: N/A   |  |   |  |
| Anticipo \$   | Ejecución de Anticipo \$                   | Saldo por amortizar \$                    |  |
| LISTA DE DISTRIBUCIÓN   |  |   |  |
| DEPENDENCIA   | DESTINATARIO                               | DOCUMENTO                                 |  |
| Comisaria 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  |
|--|--|---|
| 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              |
| Levar 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 |
| 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          |
| Brindar apoyo técnico y profesional en el desarrollo de programas de promoción y prevención dirigidos a la comunidad del Municipio de Corrales, y las actividades en las que se requiera el apoyo profesional por parte de la EPS y PIC. | A la fecha, se han efectuado programas de promoción y prevención para 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          |
| Realizar lo valoración sociofamiliar de las personas mayores, para fijar procesos de conciliación de alimentos, cuidado y ubicación en hogares de paso.  | Se realizó la valoración de riesgo y análisis de indicadores de alto riesgo como control extremo para adultos mayores.   | ANEXO 1. Informes de los conceptos psicosociales de los casos reportados          |
| Apoyar el desarrollo de actividades de orientación, acompañamiento y fortalecimiento psicosocial dirigidas a personas mayores, en articulación con los programas sociales del Municipio.   | A la fecha, se han realizado diferentes actividades en educación inicial en primera infancia e infancia del Municipio de Corrales-Boyacá, a los agentes educativos.  | ANEXO 1. Informes de los conceptos psicosociales de los casos reportados          |
| Realizar lo 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   |   |  |   |  |  |
|--|---|--|---|--|--|
| <b>Imagen 1.</b>   |   | <b>Imagen 2 y 3</b>  |   | <b>Imagen 4 y 5</b>  |  |
|   |   |    |   |   |  |
| <b>Fuente:</b>   | 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>  | 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>  | Se realizo capacitacion a las madres de los hogares Fami, sobre vinculo afetivo y vinculo amoroso. |
| <b>Imagen 6</b>  |   | <b>Imagen 7 y 8</b>  |   | <b>Imagen 9 y 10</b>   |  |
|  |   |   |   |  |  |
| <b>Fuente:</b>   | Se realizó el acompañamiento a las diferentes actividades del municipio, conforme a la última obligación  | <b>Fuente</b>  | 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>  | Se realizó acompañamiento a las capacitaciones correspondientes a la Brujula 2026                  |
| <b>Imagen 11</b>   |   | <b>Imagen 12, 13</b>   |   |  |  |
| <b>Fuente:</b>   | Se implementaron actividades con el objetivo de promover un entorno familiar favorable y protector, esto con el fin de realizar acciones en pro del mes de la niñez.                                      |  |   |  |  |

CONTRATACION DE PRESTACION DE SERVICIOS

EL SUPERVISOR DE LA: No **CD-MDC 020 DE 2026** DIA **19** MES **01** AÑO **2026**

PROYECTO: **CERTIFICA**

Que, **JIMY ORLANDO CRUZ CIFUENTES** De: **TUNJA**

C.C. No. **1.049.690.312** NIT. No.  De: **TUNJA**

Representado legalmente por: C.C. No. De: **TUNJA**

Cumplió a satisfacción para el pago del periodo comprendido entre el, Día **1** Mes **04** Año **2026** y el, **30** Mes **4** Año **2026**

Del contrato u Orden así (Resumir objeto):

**PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES COMO TRABAJADOR SOCIAL PARA CONFORMAR EL EQUIPO INTERDISCIPLINAR DE LA COMISARIA DE FAMILIA DE CORRALES-BOYACA, EN LOS TERMINOS ESTABLECIDOS EN LA LEY 2126 DE 2021**

| CUMPLIMIENTO OBLIGACIONES CONTRACTUALES |  |              |    |  |                    |             |
|---|--|--------------|----|--|--------------------|-------------|
| N°                                      | Obligación específica  | Cumplimiento |    | Actividades  | Evidencia Soportes | Observación |
|   |  | SI           | NO |  |                    |             |
| 1                                       | Realizar visitas domiciliarias en el marco de procesos de verificación y restablecimiento de derechos.   | X            |    | Se realizó la aplicación de entrevistas individuales y familiares; observación directa en visitas domiciliarias; recolección de información sobre antecedentes de violencia; análisis de dinámicas familiares, roles y jerarquías. | ANEXO              |             |
| 2                                       | Levar a cabo seguimiento a medidas de protección decretadas, elaborando los respectivos informes sociofamiliares.  | X            |    | Se realizó la elaboración de informes y seguimientos con los conceptos psicosociales donde se plasmaron las sugerencias correspondientes.  | ANEXO              |             |
| 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 Comisaria de Familia.                       | X            |    | Se realizó la elaboración de informes con los conceptos psicosociales donde se plasmaron las sugerencias correspondientes.   | ANEXO              |             |
| 4                                       | Brindar apoyo técnico y profesional en el desarrollo de programas de promoción y prevención dirigidos a la comunidad del Municipio de Corrales, y las actividades en las que se requiera el apoyo profesional por parte de la EPS y PIC. | X            |    | Se realizó el diligenciamiento de instrumento de valoración de riesgo y análisis de indicadores de alto riesgo como control extremo, amenazas previas, uso de armas, aislamiento, entre otros.                                     | ANEXO              |             |
| 5                                       | Brindar orientación en educación inicial en primera infancia e infancia del Municipio de Corrales- Boyacá, a los agentes educativos, institución educativa sector urbano y rural.  | X            |    | A la fecha, se han realizado diferentes actividades en educación inicial en primera infancia e infancia del Municipio de Corrales- Boyacá, a los agentes educativos.   | ANEXO              |             |
| 6                                       | Realizar la búsqueda, identificación y fortalecimiento de redes vinculares, familiares y comunitarias en los procesos administrativos de restablecimiento de derechos de la Comisaria de Familia.  |              | X  | A la fecha, no se ha dado inicio a la ejecución de esta actividad, quedando pendiente conforme a las obligaciones contractuales establecidas.  |                    |             |
| 7                                       | Realizar la valoración sociofamiliar de las personas mayores, para fijar procesos de conciliación de alimentos, cuidado y ubicación en hogares de paso.  | X            |    | Se realizó el diligenciamiento de instrumento de valoración de riesgo y análisis de indicadores de alto riesgo como control extremo, amenazas previas, uso de armas, aislamiento, entre otros.                                     | ANEXO              |             |
| 8                                       | Apoyar la ejecución de talleres de prevención y promoción en articulación con la Casa del Menor, dirigidos a niños, niñas, adolescentes y jóvenes, de acuerdo con los lineamientos institucionales y la oferta social del Municipio.     |              | X  | A la fecha, no se ha dado inicio a la ejecución de esta actividad, quedando pendiente conforme a las obligaciones contractuales establecidas.  |                    |             |
| 9                                       | Apoyar el desarrollo de actividades de orientación, acompañamiento y fortalecimiento psicosocial dirigidas a personas mayores, en articulación con los programas sociales del Municipio.   | X            |    | Se realizó el diligenciamiento de instrumento de valoración de riesgo y análisis de indicadores de alto riesgo como control extremo, amenazas previas, uso de armas, aislamiento, entre otros.                                     | ANEXO              |             |
| 10                                      | Las demás funciones que asigne el supervisor de acuerdo a la necesidad y las demás relacionadas con el objeto del contrato necesario para garantizar su cumplimiento.  | X            |    | Se realizó el diligenciamiento de instrumento de valoración de riesgo y análisis de indicadores de alto riesgo como control extremo, amenazas previas, uso de armas, aislamiento, entre otros.                                     | ANEXO              |             |

| INFORMACIÓN FINANCIERA DEL CONTRATO |                  |
|-------------------------------------|------------------|
| Valor Inicial del contrato:         | \$ 11.328.000,00 |
| Adición No.                         | \$ -             |
| Valor Total del contrato:           | \$ 11.328.000,00 |
| Valor pagado:                       | \$ 5.073.276,00  |
| Valor a pagar en el periodo:        | \$ 2.084.908,00  |
| Saldo:                              | \$ 4.169.816,00  |

| VERIFICACIÓN APORTES SSS  |               |
|---------------------------|---------------|
| Valor Total Contratado \$ | 11.328.000,00 |
| Plazo (meses)             | 6             |
| IBC                       | 755.200,00    |
| Valor a pagar \$          | 263.673,00    |
| Número de planilla        | 78384008      |
| Total Pagado \$           | 508.300,00    |
| Verificación pago SSS     | CUMPLE        |

CDP No. **202600044**

| RUBRO N°   | REGISTRO PRESUPUESTAL | VALOR         |
|--|-----------------------|---------------|
| 2.3.45.4501082.08.2.3.2.02.02.009.0124.1.2.3.1.19.03 | 2026000033            | 11.328.000,00 |

Se expide la certificación en Corrales a los **30** días del mes **4** del año **2026**

REVISADO PAC RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS SUPERVISOR  
**JENIFER ALEXANDRA FIERRO VARGAS**  
 COMISARIA DE FAMILIA  
 DEPENDENCIA

# JIMY ORLANDO CRUZ CIFUENTES

PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES COMO TRABAJADOR SOCIAL

DOCUMENTO EQUIVALENTE A  
FACTURA PERSONA NATURAL

No. 004

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>30/04/2026</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 | \$ 2.084.908 | \$ 2.084.908 |

SON: **DOS MILLONES OCHENTA Y CUATRO MIL NOVECIENTOS OCHO 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 \$ | 2.084.908 |
|   |                                  | IVA \$      | -         |
|   |                                  | TOTAL \$    | 2.084.908 |

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                 | EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD |
| CC                  | 1049650312        | JIMY ORLANDO CRUZ CIFUENTES | cr 60 N 3 25 | 7174268      | cruzjimmy103@gmail.com |                                     |
| FORMA PRESENTACIÓN  | CLASE APORTANTE   | NOMBRE SUCURSAL             | CÓDIGO       | DEPARTAMENTO | CIUDAD / MUNICIPIO     |                                     |
| ÚNICA               | I - Independiente |                             |              | BOGOTÁ D. C. | BOGOTÁ, D.C.           | NO                                  |

| DATOS DE LA PLANILLA |                                    |                 |                           |                    |              |
|----------------------|------------------------------------|-----------------|---------------------------|--------------------|--------------|
| PLANILLA ASOCIADA    | FECHA PAGO ASOCIADA (DÍAS/MES/AÑO) | NÚMERO PLANILLA | FECHA PAGO (DÍAS/MES/AÑO) | CANTIDAD EMPLEADOS | CANTIDAD UPC |
|                      |                                    | 78384008        | 28/04/2026                | 1                  | 0            |
| PERIODO SALUD        | PERIODO PENSIÓN                    | TIPO PLANILLA   | TOTAL NÓMINA              | TOTAL A PAGAR      |              |
| 2026-04              | 2026-04                            | I               | \$0                       | \$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 |           |                       |                |               |               |
| EPS041        | NUEVA E.P.S. S.A. MOV | 900156264-2 | 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 |
|                 |        |     |                        |                            |                             |                          |                           |           |                       |                |               |               |

| 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              |
| <b>TOTALES</b>         | <b>3</b>                       | <b>508.300</b>                      | <b>508.300</b> |

| DATOS DEL APORTANTE |                   |                             |        |              |                    |                        |
|---------------------|-------------------|-----------------------------|--------|--------------|--------------------|------------------------|
| TIPO                | NÚMERO            | NOMBRE APORTANTE            |        | DIRECCIÓN    | TELÉFONO           | CORREO                 |
| CC                  | 1049650312        | JIMY ORLANDO CRUZ CIFUENTES |        | cr 60 N 3 25 | 7174258            | cruzjimny103@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 (DÍAS/AÑO) | NÚMERO PLANILLA | FECHA PAGO (DÍAS/AÑO) | CANTIDAD EMPLEADOS | CANTIDAD UPC |
|                      |                                | 78384008        | 28/04/2026            | 1                  | 0            |
| PERIODO SALUD        | PERIODO PENSIÓN                | TIPO PLANILLA   | TOTAL NÓMINA          | TOTAL A PAGAR      |              |
| 2026-04              | 2026-04                        | I               | \$0                   | \$988.300          |              |

| DETALLE POR COTIZANTE |                                 |                             |                       |        |           |           |           |           |           |           |           |           |           |           |           |           |           |           |           |                   |           |           |           |           |           |           |              |           |           |           |           |           |           |           |           |  |
|-----------------------|---------------------------------|-----------------------------|-----------------------|--------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-------------------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|--------------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|--|
| INFORMACIÓN COTIZANTE |                                 |                             | INFORMACIÓN NOVEDADES |        |           |           |           |           |           |           |           |           | PENSIÓN   |           |           |           | SALUD     |           |           | RIESGOS LABORALES |           |           |           | CCF       |           |           | PARAFISCALES |           |           |           |           |           |           |           |           |  |
| No.                   | Tipo y Número de Identificación | Apellidos y Nombres         | Compan                | Asocio | Exclusión | Exclusión | Exclusión | Exclusión | Exclusión | Exclusión | Exclusión | Exclusión | Exclusión | Exclusión | Exclusión | Exclusión | Exclusión | Exclusión | Exclusión | Exclusión         | Exclusión | Exclusión | Exclusión | Exclusión | Exclusión | Exclusión | Exclusión    | Exclusión | Exclusión | Exclusión | Exclusión | Exclusión | Exclusión | Exclusión | Exclusión |  |
|                       |                                 |                             |                       |        |           |           |           |           |           |           |           |           |           |           |           |           |           |           |           |                   |           |           |           |           |           |           |              |           |           |           |           |           |           |           |           |  |
| 1                     | CC 1049650312                   | CRUZ CIFUENTES JIMY ORLANDO | 10                    | 0      |           |           |           |           |           |           |           |           |           |           |           |           |           |           |           |                   |           |           |           |           |           |           |              |           |           |           |           |           |           |           |           |  |
|                       |                                 |                             |                       |        |           |           |           |           |           |           |           |           |           |           |           |           |           |           |           |                   |           |           |           |           |           |           |              |           |           |           |           |           |           |           |           |  |

# PAGADA