FUNDACIÓN GESTIÓN SOCIAL "FUNGES"
GESTIÓN COMPROBADA
NIT. 900556022-3

REFRIGERIO (x vez)

18 DE MARZO AL 17 DE ABRIL DE 2026

1541

Dirección: Calle 3 No. 7-28 Barrio El Manguito
Teléfono: 3208639029
gestionsocialfunges@gmail.com
Puerto Rondón – Arauca

República de Colombia
Gobernación de Arauca
Alcaldia Municipal de Tame
Convenio de Asociación No. 002 de 2026

FUNGES

CONTROL DE ENTREGA DE RACIÓN PREPARADA PROGRAMA DE ALIMENTACIÓN PARA EL ADULTO MAYOR

OBJETO: Desarrollar el Programa de Atención Integral a la Persona Mayor del municipio de Tame, departamento de Arauca. **DEPARTAMENTO:** Arauca **MUNICIPIO:** Tame

CONTRATISTA: Fundación Gestión Social – FUNGES - R/L Gustavo Alexis Sarmiento **PUNTO DE ATENCIÓN:** Centro de Bienestar del Adulto Mayor (CBAM)

CONTRATO: Convenio de Asociación No. 002 de 2026 **TIPO DE RACIÓN:** Refrigerio (x vez) **PERIODO DEL SERVICIO:** Del 18 de marzo al 17 de abril de 2026

N°	TIPO DE IDENTIFICACIÓN	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	NOMBRES Y APELLIDOS	SEXO	Racion servida diaria (Marque con una x)																																	TOTAL RACIONES	FIRMA O HUELLA
					18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17		
1	CC	52.447.619	NICOMEDES PAEZ ROMERO	F	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	37	
2	CC	68.306.998	DEYANIRE GOMEZ MALAGON	F	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	37	
3	CC	1.116.860.655	ERNESTO CASTIBLANCO VARGAS	M	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	37	
4	CC	13.254.371	RAUL BENITO QUIÑONES	M	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	37	
5	CC	68.300.962	MARIA GLORIA CUTA RINCON	F	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	37	
6	CC	29.463.268	DORASILVIA HERNANDEZ HERNANDEZ	F	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	37	
7	CC	24.248.255	MARIA FILOMENA MALAGON PEREZ	F	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	37	
8	CC	1.116.852.417	SOFIA BALLESTEROS	F	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	37	
9	CC	21.421.389	ELVA CORDERO CORNIALES	F	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	37	
10	CC	68.304.925	MARIA INES LOPEZ VERA	F	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	37	

RESPONSABLE QUIEN ENTREGA (Operador / Contratista): Fundación Gestión Social – FUNGES - R/L Gustavo Alexis Sarmiento **CEDULA:** 96.194.978 **FIRMA:** Gustavo Alex. Sarmiento

COORDINADOR PUNTO DE ATENCION (CBAM): Jorge Eliecer Plazas Lugo **CEDULA:** 92.226.105 **FIRMA:** Jorge 7.7.

SUPERVISORA - SECRETARIA DE BIENESTAR SOCIAL: Margery Esperanza Zorro Lamus **FIRMA:**

605

República de Colombia
Gobernación de Arauca
Alcaldía Municipal de Tame
Convenio de Asociación No. 002 de 2026

FUNGES

CONTROL DE ENTREGA DE RACIÓN PREPARADA PROGRAMA DE ALIMENTACIÓN PARA EL ADULTO MAYOR

OBJETO: Desarrollar el Programa de Atención Integral a la Persona Mayor del municipio de Tame, departamento de Arauca. **DEPARTAMENTO:** Arauca **MUNICIPIO:** Tame

CONTRATISTA: Fundación Gestión Social – FUNGES - R/L Gustavo Alexis Sarmiento **PUNTO DE ATENCIÓN:** Centro de Bienestar del Adulto Mayor (CBAM)

CONTRATO: Convenio de Asociación No. 002 de 2026 **TIPO DE RACIÓN:** Refrigerio (x vez) **PERIODO DEL SERVICIO:** Del 18 de marzo al 17 de abril de 2026

N°	TIPO DE IDENTIFICACIÓN	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	NOMBRES Y APELLIDOS	SEXO	Racion servida diaria (Marque con una x)																															TOTAL RACIONES	FIRMA O HUELLA
					18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17		
11	CC	2.004.707	PABLO EMILIO PEÑALOZA GONZALES	M	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	37	
12	CC	91.202.605	PEDRO RIVERA CONTRERAS	M	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	37	
13	CC	68.304.654	OLGA BARRETO	F	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	37	
14	CC	417.615	LUCAS MURCIA	M	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	37	
15	CC	1.191.696	BAYARDO RAVELO ULEGELO	M	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	37	
16	CC	17.092.535	ANGEL ABIGAIL BARON	M	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	37	
17	CC	1.116.852.428	ANDRES DIAZ	M	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	37	
18	CC	24.248.137	ISTELIA PAUL ARIAS	F	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	37	
19	CC	2.005.825	JOSE DEL CARMEN MORA CAMARGO	M	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	37	
20	CC	4.302.278	ANTONIO MARIA REINA BELISARIO	M	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	37	

RESPONSABLE QUIEN ENTREGA (Operador / Contratista): Fundación Gestión Social – FUNGES - R/L Gustavo Alexis Sarmiento **CEDULA:** 96.194.978 **FIRMA:** Gustavo Alexis S.

COORDINADOR PUNTO DE ATENCION (CBAM): Jorge Eliecer Plazas Lugo **CEDULA:** 92.226.105 **FIRMA:**

SUPERVISORA - SECRETARIA DE BIENESTAR SOCIAL: Margery Esperanza Zorro Lamus **FIRMA:**

República de Colombia
Gobernación de Arauca
Alcaldia Municipal de Tame
Convenio de Asociación No. 002 de 2026

FUNGES

CONTROL DE ENTREGA DE RACIÓN PREPARADA PROGRAMA DE ALIMENTACIÓN PARA EL ADULTO MAYOR

OBJETO: Desarrollar el Programa de Atención Integral a la Persona Mayor del municipio de Tame, departamento de Arauca. **DEPARTAMENTO:** Arauca **MUNICIPIO:** Tame

CONTRATISTA: Fundación Gestión Social – FUNGES - R/L Gustavo Alexis Sarmiento **PUNTO DE ATENCIÓN:** Centro de Bienestar del Adulto Mayor (CBAM)

CONTRATO: Convenio de Asociación No. 002 de 2026 **TIPO DE RACIÓN:** Refrigerio (x vez) **PERIODO DEL SERVICIO:** Del 18 de marzo al 17 de abril de 2026

N°	TIPO DE IDENTIFICACIÓN	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	NOMBRES Y APELLIDOS	SEXO	Racion servida diaria (Marque con una x)																															TOTAL RACIONES	FIRMA O HUELLA
					18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17		
21	CC	96.190.975	HERNANDO MORA AMAYA	M	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	37	
22	CC	3.291.355	MARTIN CETINA MESA	M	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	37	
23	CC	13.815.177	JESUS EMILIO OSPINA PULGARIN	M	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	37	
24	CC	7.212.199	HUMBERTO CENDALES HERRERA	M	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	37	
25	CC	3.289.862	RODRIGO DE JESUS VASCO GUTIERREZ	M	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	37	
26	CC	4.154.395	TULCANIR ESTRADA	M	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	37	
27	CC	1.116.856.294	MARIA ISABEL DURAN HERRERA	F	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	37	
28	CC	1.191.759	JOSE ANTONIO TORRES GALVIS	M	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	37	
29	CC	17.545.403	NACIANCENO LAMES LOPEZ	M	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	37	
30	CC	1.116.863.868	MARCO GONZALEZ	M	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	37	

RESPONSABLE QUIEN ENTREGA (Operador / Contratista): Fundación Gestión Social – FUNGES - R/L Gustavo Alexis Sarmiento **CEDULA:** 96.194.978 **FIRMA:** Gustavo Alexis S

COORDINADOR PUNTO DE ATENCION (CBAM): Jorge Eliecer Plazas Lugo **CEDULA:** 92.226.105 **FIRMA:** 7-7-

SUPERVISORA - SECRETARIA DE BIENESTAR SOCIAL: Margery Esperanza Zorro Lamus **FIRMA:**

República de Colombia
Gobernación de Arauca
Alcaldía Municipal de Tame
Convenio de Asociación No. 002 de 2026

FUNGES

CONTROL DE ENTREGA DE RACIÓN PREPARADA PROGRAMA DE ALIMENTACIÓN PARA EL ADULTO MAYOR

OBJETO: Desarrollar el Programa de Atención Integral a la Persona Mayor del municipio de Tame, departamento de Arauca. **DEPARTAMENTO:** Arauca **MUNICIPIO:** Tame

CONTRATISTA: Fundación Gestión Social – FUNGES - R/L Gustavo Alexis Sarmiento **PUNTO DE ATENCIÓN:** Centro de Bienestar del Adulto Mayor (CBAM)

CONTRATO: Convenio de Asociación No. 002 de 2026 **TIPO DE RACIÓN:** Refrigerio (x vez) **PERIODO DEL SERVICIO:** Del 18 de marzo al 17 de abril de 2026

N°	TIPO DE IDENTIFICACIÓN	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	NOMBRES Y APELLIDOS	SEXO	Racion servida diaria (Marque con una x)																															TOTAL RACIONES	FIRMA O HUELLA
					18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17		
31	CC	17.530.013	JOSE VICENTE HERRERA	M	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	37	
32	CC	5.720.836	ROSO ABRIL	M	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	37	
33	CC	96.192.472	AGUSTIN GOMEZ	M	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	37	
34	CC	79.309.330	ANTONIO MARIA BARRAGAN VILLALBA	M	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	37	
35	CC	17.545.623	JESUS GOYENECHE GOYENECHE	M	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	37	
36	CC	1.121.860.932	JORGE RICARDO PINZON	M	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	37	
37	CC	68.301.630	BLANCA INES GARCIA GARCIA	F	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	37	
38	CC	4.916.168	JOSE SERVIO GONZALEZ	M	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	37	
39	CC	3.555.386	JOSE ARTURO MONSALVE	M	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	37	
40	CC	68.306.445	FLOR MARIA LOBATON GOMEZ	F	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	37	

RESPONSABLE QUIEN ENTREGA (Operador / Contratista): Fundación Gestión Social – FUNGES - R/L Gustavo Alexis Sarmiento **CEDULA:** 96.194.978 **FIRMA:** Gustavo Alexis Sarmiento

COORDINADOR PUNTO DE ATENCION (CBAM): Jorge Eliecer Plazas Lugo **CEDULA:** 92.226.105 **FIRMA:** **SUPERVISORA - SECRETARIA DE BIENESTAR SOCIAL:** Margery Esperanza Zorro Lamus **FIRMA:**

República de Colombia
Gobernación de Arauca
Alcaldía Municipal de Tame
Convenio de Asociación No. 002 de 2026

FUNGES

CONTROL DE ENTREGA DE RACIÓN PREPARADA PROGRAMA DE ALIMENTACIÓN PARA EL ADULTO MAYOR

OBJETO: Desarrollar el Programa de Atención Integral a la Persona Mayor del municipio de Tame, departamento de Arauca. **DEPARTAMENTO:** Arauca **MUNICIPIO:** Tame

CONTRATISTA: Fundación Gestión Social – FUNGES - R/L Gustavo Alexis Sarmiento **PUNTO DE ATENCIÓN:** Centro de Bienestar del Adulto Mayor (CBAM)

CONTRATO: Convenio de Asociación No. 002 de 2026 **TIPO DE RACIÓN:** Refrigerio (x vez) **PERIODO DEL SERVICIO:** Del 18 de marzo al 17 de abril de 2026

N°	TIPO DE IDENTIFICACIÓN	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	NOMBRES Y APELLIDOS	SEXO	Racion servida diaria (Marque con una x)																															TOTAL RACIONES	FIRMA O HUELLA
					18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17		
41	CC	2.403.701	MIGUEL ARANZAZU MARIN	M	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	37	
42	CC	13.219.577	JOSE DEL CARMEN CRISTANCHO BERNAL	M	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	37	
43	CC	37.219.405	ANA JOSEFA TARAZONA	F	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	37	
44	CC	43.474.556	MARIA GILMA ZAPATA MARIN	F	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	37	
45	CC	2.244.680	PEDRO JOSE MARIN PADILLA	M	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	37	
46	CC	5.399.241	GREGORIO CELIS FLORES	M	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	37	
47	CC	1.191.974	SILVESTRE MISRAIN GONZALEZ LOZADA	M	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	37	
48	CC	21.179.393	MAGDALENA ALDANA	F	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	37	
49	CC	6.707.483	JOSE JOAQUIN SERRANO VARGAS	M	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	37	
50	CC	96193261	JOSE LUIS SARMIENTO RIOS	M	—	—	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	—												17	

RESPONSABLE QUIEN ENTREGA (Operador / Contratista): Fundación Gestión Social – FUNGES - R/L Gustavo Alexis Sarmiento **CEDULA:** 96.194.978 **FIRMA:** Gustavo Alexis Sarmiento

COORDINADOR PUNTO DE ATENCION (CBAM): Jorge Eliecer Plazas Lugo **CEDULA:** 92.226.105 **FIRMA:**

SUPERVISORA - SECRETARIA DE BIENESTAR SOCIAL: Margery Esperanza Zorro Lamus **FIRMA:**

609

República de Colombia
Gobernación de Arauca
Alcaldia Municipal de Tame
Convenio de Asociación No. 002 de 2026

FUNGES

CONTROL DE ENTREGA DE RACIÓN PREPARADA PROGRAMA DE ALIMENTACIÓN PARA EL ADULTO MAYOR

OBJETO: Desarrollar el Programa de Atención Integral a la Persona Mayor del municipio de Tame, departamento de Arauca. **DEPARTAMENTO:** Arauca **MUNICIPIO:** Tame

CONTRATISTA: Fundación Gestión Social – FUNGES - R/L Gustavo Alexis Sarmiento **PUNTO DE ATENCIÓN:** Centro de Bienestar del Adulto Mayor (CBAM)

CONTRATO: Convenio de Asociación No. 002 de 2026 **TIPO DE RACIÓN:** Refrigerio (x vez) **PERIODO DEL SERVICIO:** Del 18 de marzo al 17 de abril de 2026

N°	TIPO DE IDENTIFICACIÓN	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	NOMBRES Y APELLIDOS	SEXO	Racion servida diaria (Marque con una x)																															TOTAL RACIONES	FIRMA O HUELLA
					18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17		
51	CC	5096594	VICTOR JULIO LUQUEZ	M																													X	X	X	3	
52	CC	17530048	HECTOR JULIO SANCHEZ GONGORA	M																														X	X	2	
53																																					
54																																					
55																																					
56																																					
57																																					
58																																					
59																																					
60																																					

RESPONSABLE QUIEN ENTREGA (Operador / Contratista): Fundación Gestión Social – FUNGES - R/L Gustavo Alexis Sarmiento **CEDULA:** 96.194.978 **FIRMA:** Gustavo Alexis S.

COORDINADOR PUNTO DE ATENCION (CBAM): Jorge Eliecer Plazas Lugo **CEDULA:** 92.226.105 **FIRMA:**

SUPERVISORA - SECRETARIA DE BIENESTAR SOCIAL: Margery Esperanza Zorro Lamus **FIRMA:**

FUNDACIÓN GESTIÓN SOCIAL "FUNGES"
GESTIÓN COMPROBADA
NIT. 900556022-3

DESAYUNO

18 DE ABRIL AL 17 DE MAYO DE 2026

1529. R

Dirección: Calle 3 No. 7-28 Barrio El Manguito
Teléfono: 3208639029
gestionsocialfunges@gmail.com
Puerto Rondón – Arauca

República de Colombia
Gobernación de Arauca
Alcaldia Municipal de Tame
Convenio de Asociación No. 002 de 2026

FUNGES

CONTROL DE ENTREGA DE RACIÓN PREPARADA PROGRAMA DE ALIMENTACIÓN PARA EL ADULTO MAYOR

OBJETO: Desarrollar el Programa de Atención Integral a la Persona Mayor del municipio de Tame, departamento de Arauca. **DEPARTAMENTO:** Arauca **MUNICIPIO:** Tame

CONTRATISTA: Fundación Gestión Social – FUNGES - R/L Gustavo Alexis Sarmiento **PUNTO DE ATENCIÓN:** Centro de Bienestar del Adulto Mayor (CBAM)

CONTRATO: Convenio de Asociación No. 002 de 2026 **TIPO DE RACIÓN:** Desayuno **PERIODO DEL SERVICIO:** Del 18 de abril al 17 de mayo de 2026

N°	TIPO DE IDENTIFICACIÓN	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	NOMBRES Y APELLIDOS	SEXO	Racion servida diaria (Marque con una x)																													TOTAL RACIONES	FIRMA O HUELLA
					18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17		
1	CC	52.447.619	NICOMEDES PAEZ ROMERO	F	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	30	
2	CC	68.306.998	DEYANIRE GOMEZ MALAGON	F	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	30	
3	CC	1.116.860.655	ERNESTO CASTIBLANCO VARGAS	M	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	30	
4	CC	13.254.371	RAUL BENITO QUIÑONES	M	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	30	
5	CC	68.300.962	MARIA GLORIA CUTA RINCON	F	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	30	
6	CC	29.463.268	DORASILVIA HERNANDEZ HERNANDEZ	F	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	30	
7	CC	24.248.255	MARIA FILOMENA MALAGON PEREZ	F	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	30	
8	CC	1.116.852.417	SOFIA BALLESTEROS	F	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	30	
9	CC	21.421.389	ELVA CORDERO CORNIALES	F	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	30	
10	CC	68.304.925	MARIA INES LOPEZ VERA	F	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	30	

RESPONSABLE QUIEN ENTREGA (Operador / Contratista): Fundación Gestión Social – FUNGES - R/L Gustavo Alexis Sarmiento **CEDULA:** 96.194.978 **FIRMA:**

COORDINADOR PUNTO DE ATENCION (CBAM): Jorge Eliecer Plazas Lugo **CEDULA:** 92.226.105 **FIRMA:**

SUPERVISORA - SECRETARIA DE BIENESTAR SOCIAL: Margery Esperanza Zorro Lamus **FIRMA:**

612

República de Colombia
Gobernación de Arauca
Alcaldía Municipal de Tame
Convenio de Asociación No. 002 de 2026

FUNGES

CONTROL DE ENTREGA DE RACIÓN PREPARADA PROGRAMA DE ALIMENTACIÓN PARA EL ADULTO MAYOR

OBJETO: Desarrollar el Programa de Atención Integral a la Persona Mayor del municipio de Tame, departamento de Arauca. **DEPARTAMENTO:** Arauca **MUNICIPIO:** Tame

CONTRATISTA: Fundación Gestión Social – FUNGES - R/L Gustavo Alexis Sarmiento **PUNTO DE ATENCIÓN:** Centro de Bienestar del Adulto Mayor (CBAM)

CONTRATO: Convenio de Asociación No. 002 de 2026 **TIPO DE RACIÓN:** Desayuno **PERIODO DEL SERVICIO:** Del 18 de abril al 17 de mayo de 2026

N°	TIPO DE IDENTIFICACIÓN	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	NOMBRES Y APELLIDOS	SEXO	Racion servida diaria (Marque con una x)																														TOTAL RACIONES	FIRMA O HUELLA
					18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17		
11	CC	2.004.707	PABLO EMILIO PEÑALOZA GONZALES	M	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X																		13	
12	CC	91.202.605	PEDRO RIVERA CONTRERAS	M	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	30	
13	CC	68.304.654	OLGA BARRETO	F	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	30	
14	CC	417.615	LUCAS MURCIA	M	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	30	
15	CC	1.191.696	BAYARDO RAVELO ULEGELO	M	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	30	
16	CC	17.092.535	ANGEL ABIGAIL BARON	M	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	30	
17	CC	1.116.852.428	ANDRES DIAZ	M	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	30	
18	CC	24.248.137	ISTELIA PAUL ARIAS	F	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	30	
19	CC	2.005.825	JOSE DEL CARMEN MORA CAMARGO	M	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	30	
20	CC	4.302.278	ANTONIO MARIA REINA BELISARIO	M	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	30	

RESPONSABLE QUIEN ENTREGA (Operador / Contratista): Fundación Gestión Social – FUNGES - R/L Gustavo Alexis Sarmiento **CEDULA:** 96.194.978 **FIRMA:** Gustavo Alexis Sarmiento

COORDINADOR PUNTO DE ATENCION (CBAM): Jorge Eliecer Plazas Lugo **CEDULA:** 92.226.105 **FIRMA:**

SUPERVISORA - SECRETARIA DE BIENESTAR SOCIAL: Margery Esperanza Zorro Lamus **FIRMA:**

613

República de Colombia
Gobernación de Arauca
Alcaldía Municipal de Tame
Convenio de Asociación No. 002 de 2026

FUNGES

CONTROL DE ENTREGA DE RACIÓN PREPARADA PROGRAMA DE ALIMENTACIÓN PARA EL ADULTO MAYOR

OBJETO: Desarrollar el Programa de Atención Integral a la Persona Mayor del municipio de Tame, departamento de Arauca. **DEPARTAMENTO:** Arauca **MUNICIPIO:** Tame

CONTRATISTA: Fundación Gestión Social – FUNGES - R/L Gustavo Alexis Sarmiento **PUNTO DE ATENCIÓN:** Centro de Bienestar del Adulto Mayor (CBAM)

CONTRATO: Convenio de Asociación No. 002 de 2026 **TIPO DE RACIÓN:** Desayuno **PERIODO DEL SERVICIO:** Del 18 de abril al 17 de mayo de 2026

N°	TIPO DE IDENTIFICACIÓN	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	NOMBRES Y APELLIDOS	SEXO	Racion servida diaria (Marque con una x)																														TOTAL RACIONES	FIRMA O HUELLA
					18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17		
21	CC	96.190.975	HERNANDO MORA AMAYA	M	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	30	
22	CC	3.291.355	MARTIN CETINA MESA	M	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	30	
23	CC	13.815.177	JESUS EMILIO OSPINA PULGARIN	M	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	30	
24	CC	7.212.199	HUMBERTO CENDALES HERRERA	M	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	30	
25	CC	3.289.862	RODRIGO DE JESUS VASCO GUTIERREZ	M	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	30	
26	CC	4.154.395	TULCANIR ESTRADA	M	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	30	
27	CC	1.116.856.294	MARIA ISABEL DURAN HERRERA	F	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	30	
28	CC	1.191.759	JOSE ANTONIO TORRES GALVIS	M	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	30	
29	CC	17.545.403	NACIANCENO LAMES LOPEZ	M	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	30	
30	CC	1.116.863.868	MARCO GONZALEZ	M	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	30	

RESPONSABLE QUIEN ENTREGA (Operador / Contratista): Fundación Gestión Social – FUNGES - R/L Gustavo Alexis Sarmiento **CEDULA:** 96.194.978 **FIRMA:**

COORDINADOR PUNTO DE ATENCION (CBAM): Jorge Eliecer Plazas Lugo **CEDULA:** 92.226.105 **FIRMA:**

SUPERVISORA - SECRETARIA DE BIENESTAR SOCIAL: Margery Esperanza Zorro Lamus **FIRMA:**

619

República de Colombia
Gobernación de Arauca
Alcaldia Municipal de Tame
Convenio de Asociación No. 002 de 2026

FUNGES

CONTROL DE ENTREGA DE RACIÓN PREPARADA PROGRAMA DE ALIMENTACIÓN PARA EL ADULTO MAYOR

OBJETO: Desarrollar el Programa de Atención Integral a la Persona Mayor del municipio de Tame, departamento de Arauca. **DEPARTAMENTO:** Arauca **MUNICIPIO:** Tame

CONTRATISTA: Fundación Gestión Social – FUNGES - R/L Gustavo Alexis Sarmiento **PUNTO DE ATENCIÓN:** Centro de Bienestar del Adulto Mayor (CBAM)

CONTRATO: Convenio de Asociación No. 002 de 2026 **TIPO DE RACIÓN:** Desayuno **PERIODO DEL SERVICIO:** Del 18 de abril al 17 de mayo de 2026

N°	TIPO DE IDENTIFICACIÓN	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	NOMBRES Y APELLIDOS	SEXO	Racion servida diaria (Marque con una x)																													TOTAL RACIONES	FIRMA O HUELLA
					18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17		
31	CC	17.530.013	JOSE VICENTE HERRERA	M	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	30	
32	CC	5.720.836	ROSO ABRIL	M	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	30	
33	CC	96.192.472	AGUSTIN GOMEZ	M	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	30	
34	CC	79.309.330	ANTONIO MARIA BARRAGAN VILLALBA	M	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	30	
35	CC	17.545.623	JESUS GOYENECHE GOYENECHE	M	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	30	
36	CC	1.121.860.932	JORGE RICARDO PINZON	M	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	30	
37	CC	68.301.630	BLANCA INES GARCIA GARCIA	F	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	30	
38	CC	4.916.168	JOSE SERVIO GONZALEZ	M	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	30	
39	CC	3.555.386	JOSE ARTURO MACIAS MONSALVE	M	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	30	
40	CC	68.306.445	FLOR MARIA LOBATON GOMEZ	F	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	30	

RESPONSABLE QUIEN ENTREGA (Operador / Contratista): Fundación Gestión Social – FUNGES - R/L Gustavo Alexis Sarmiento **CEDULA:** 96.194.978 **FIRMA:**

COORDINADOR PUNTO DE ATENCION (CBAM): Jorge Eliecer Plazas Lugo **CEDULA:** 92.226.105 **FIRMA:**

SUPERVISORA - SECRETARIA DE BIENESTAR SOCIAL: Margery Esperanza Zorro Lamus **FIRMA:**

República de Colombia
Gobernación de Arauca
Alcaldia Municipal de Tame
Convenio de Asociación No. 002 de 2026

FUNGES

CONTROL DE ENTREGA DE RACIÓN PREPARADA PROGRAMA DE ALIMENTACIÓN PARA EL ADULTO MAYOR

OBJETO: Desarrollar el Programa de Atención Integral a la Persona Mayor del municipio de Tame, departamento de Arauca. **DEPARTAMENTO:** Arauca **MUNICIPIO:** Tame

CONTRATISTA: Fundación Gestión Social – FUNGES - R/L Gustavo Alexis Sarmiento **PUNTO DE ATENCIÓN:** Centro de Bienestar del Adulto Mayor (CBAM)

CONTRATO: Convenio de Asociación No. 002 de 2026 **TIPO DE RACIÓN:** Desayuno **PERIODO DEL SERVICIO:** Del 18 de abril al 17 de mayo de 2026

N°	TIPO DE IDENTIFICACIÓN	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	NOMBRES Y APELLIDOS	SEXO	Racion servida diaria (Marque con una x)																													TOTAL RACIONES	FIRMA O HUELLA
					18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17		
41	CC	2.403.701	MIGUEL ARANZAZU MARIN	M	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	30	
42	CC	13.219.577	JOSE DEL CARMEN CRISTANCHO BERNAL	M	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	30	
43	CC	37.219.405	ANA JOSEFA TARAZONA	F	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	30	
44	CC	43.474.556	MARIA GILMA ZAPATA MARIN	F	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	30	
45	CC	2.244.680	PEDRO JOSE MARIN PADILLA	M	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	30	
46	CC	5.399.241	GREGORIO CELIS FLORES	M	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	30	
47	CC	1.191.974	SILVESTRE MISRAIN GONZALEZ LOZADA	M	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	30	
48	CC	21.179.393	MAGDALENA ALDANA	F	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	30	
49	CC	6.707.483	JOSE JOAQUIN SERRANO VARGAS	M	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	30	
50	CC	5096594	VICTOR JULIO LUQUEZ	M	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	30	

RESPONSABLE QUIEN ENTREGA (Operador / Contratista): Fundación Gestión Social – FUNGES - R/L Gustavo Alexis Sarmiento **CEDULA:** 96.194.978 **FIRMA:**

COORDINADOR PUNTO DE ATENCION (CBAM): Jorge Eliecer Plazas Lugo **CEDULA:** 92.226.105 **FIRMA:**

SUPERVISORA - SECRETARIA DE BIENESTAR SOCIAL: Margery Esperanza Zorro Lamus **FIRMA:**

616

República de Colombia
Gobernación de Arauca
Alcaldia Municipal de Tame
Convenio de Asociación No. 002 de 2026

FUNGES

CONTROL DE ENTREGA DE RACIÓN PREPARADA PROGRAMA DE ALIMENTACIÓN PARA EL ADULTO MAYOR

OBJETO: Desarrollar el Programa de Atención Integral a la Persona Mayor del municipio de Tame, departamento de Arauca. **DEPARTAMENTO:** Arauca **MUNICIPIO:** Tame

CONTRATISTA: Fundación Gestión Social – FUNGES - R/L Gustavo Alexis Sarmiento **PUNTO DE ATENCIÓN:** Centro de Bienestar del Adulto Mayor (CBAM)

CONTRATO: Convenio de Asociación No. 002 de 2026 **TIPO DE RACIÓN:** Desayuno **PERIODO DEL SERVICIO:** Del 18 de abril al 17 de mayo de 2026

N°	TIPO DE IDENTIFICACIÓN	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	NOMBRES Y APELLIDOS	SEXO	Racion servida diaria (Marque con una x)																													TOTAL RACIONES	FIRMA O HUELLA
					18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17		
51	CC	17530048	HECTOR JULIO SANCHEZ GONGORA	M	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	30	
52	CC	5785372	NEMECIO PINZON SANTAMARIA	M																				X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	11	
53	CC	6750329	MARIO ARTURO RODRIGUEZ VARGAS	M																										X	X	X	X	X	5	
54																																				
55																																				
56																																				
57																																				
58																																				
59																																				
60																																				

RESPONSABLE QUIEN ENTREGA (Operador / Contratista): Fundación Gestión Social – FUNGES - R/L Gustavo Alexis Sarmiento **CEDULA:** 96.194.978 **FIRMA:**

COORDINADOR PUNTO DE ATENCION (CBAM): Jorge Eliecer Plazas Lugo **CEDULA:** 92.226.105 **FIRMA:**

SUPERVISORA - SECRETARIA DE BIENESTAR SOCIAL: Margery Esperanza Zorro Lamus **FIRMA:**

FUNGES

FUNDACIÓN GESTIÓN SOCIAL "FUNGES"
GESTIÓN COMPROBADA
NIT. 900556022-3

ALMUERZO

18 DE ABRIL AL 17 DE MAYO DE 2026

1529

Dirección: Calle 3 No. 7-28 Barrio El Manguito
Teléfono: 3208639029
gestionsocialfunges@gmail.com
Puerto Rondón – Arauca

República de Colombia
Gobernación de Arauca
Alcaldía Municipal de Tame
Convenio de Asociación No. 002 de 2026

FUNGES

CONTROL DE ENTREGA DE RACIÓN PREPARADA PROGRAMA DE ALIMENTACIÓN PARA EL ADULTO MAYOR

OBJETO: Desarrollar el Programa de Atención Integral a la Persona Mayor del municipio de Tame, departamento de Arauca. **DEPARTAMENTO:** Arauca **MUNICIPIO:** Tame

CONTRATISTA: Fundación Gestión Social – FUNGES - R/L Gustavo Alexis Sarmiento **PUNTO DE ATENCIÓN:** Centro de Bienestar del Adulto Mayor (CBAM)

CONTRATO: Convenio de Asociación No. 002 de 2026 **TIPO DE RACIÓN:** Almuerzo **PERIODO DEL SERVICIO:** Del 18 de abril al 17 de mayo de 2026

N°	TIPO DE IDENTIFICACIÓN	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	NOMBRES Y APELLIDOS	SEXO	Racion servida diaria (Marque con una x)																															TOTAL RACIONES	FIRMA O HUELLA
					18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17		
1	CC	52.447.619	NICOMEDES PAEZ ROMERO	F	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	30	
2	CC	68.306.998	DEYANIRE GOMEZ MALAGON	F	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	30	
3	CC	1.116.860.655	ERNESTO CASTIBLANCO VARGAS	M	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	30	
4	CC	13.254.371	RAUL BENITO QUIÑONES	M	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	30	
5	CC	68.300.962	MARIA GLORIA CUTA RINCON	F	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	30	
6	CC	29.463.268	DORASILVIA HERNANDEZ HERNANDEZ	F	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	30	
7	CC	24.248.255	MARIA FILOMENA MALAGON PEREZ	F	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	30	
8	CC	1.116.852.417	SOFIA BALLESTEROS	F	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	30	
9	CC	21.421.389	ELVA CORDERO CORNIALES	F	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	30	
10	CC	68.304.925	MARIA INES LOPEZ VERA	F	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	30	

RESPONSABLE QUIEN ENTREGA (Operador / Contratista): Fundación Gestión Social – FUNGES - R/L Gustavo Alexis Sarmiento **CEDULA:** 96.194.978 **FIRMA:** Gustavo Alexis Sarmiento

COORDINADOR PUNTO DE ATENCION (CBAM): Jorge Eliecer Plazas Lugo **CEDULA:** 92.226.105 **FIRMA:** 7-7-

SUPERVISORA - SECRETARIA DE BIENESTAR SOCIAL: Margery Esperanza Zorro Lamus **FIRMA:**

619

República de Colombia
Gobernación de Arauca
Alcaldia Municipal de Tame
Convenio de Asociación No. 002 de 2026

FUNGES

CONTROL DE ENTREGA DE RACIÓN PREPARADA PROGRAMA DE ALIMENTACIÓN PARA EL ADULTO MAYOR

OBJETO: Desarrollar el Programa de Atención Integral a la Persona Mayor del municipio de Tame, departamento de Arauca. **DEPARTAMENTO:** Arauca **MUNICIPIO:** Tame

CONTRATISTA: Fundación Gestión Social – FUNGES - R/L Gustavo Alexis Sarmiento **PUNTO DE ATENCIÓN:** Centro de Bienestar del Adulto Mayor (CBAM)

CONTRATO: Convenio de Asociación No. 002 de 2026 **TIPO DE RACIÓN:** Almuerzo **PERIODO DEL SERVICIO:** Del 18 de abril al 17 de mayo de 2026

N°	TIPO DE IDENTIFICACIÓN	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	NOMBRES Y APELLIDOS	SEXO	Racion servida diaria (Marque con una x)																															TOTAL RACIONES	FIRMA O HUELLA
					18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17		
11	CC	2.004.707	PABLO EMILIO PEÑALOZA GONZALES	M	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X																		13	
12	CC	91.202.605	PEDRO RIVERA CONTRERAS	M	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	30	
13	CC	68.304.654	OLGA BARRETO	F	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	30	
14	CC	417.615	LUCAS MURCIA	M	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	30	
15	CC	1.191.696	BAYARDO RAVELO ULEGELO	M	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	30	
16	CC	17.092.535	ANGEL ABIGAIL BARON	M	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	30	
17	CC	1.116.852.428	ANDRES DIAZ	M	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	30	
18	CC	24.248.137	ISTELIA PAUL ARIAS	F	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	30	
19	CC	2.005.825	JOSE DEL CARMEN MORA CAMARGO	M	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	30	
20	CC	4.302.278	ANTONIO MARIA REINA BELISARIO	M	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	30	

RESPONSABLE QUIEN ENTREGA (Operador / Contratista): Fundación Gestión Social – FUNGES - R/L Gustavo Alexis Sarmiento **CEDULA:** 96.194.978 **FIRMA:** Gustavo Alexis Sarmiento

COORDINADOR PUNTO DE ATENCION (CBAM): Jorge Eliecer Plazas Lugo **CEDULA:** 92.226.105 **FIRMA:**

SUPERVISORA - SECRETARIA DE BIENESTAR SOCIAL: Margery Esperanza Zorro Lamus **FIRMA:**

620

República de Colombia
Gobernación de Arauca
Alcaldia Municipal de Tame
Convenio de Asociación No. 002 de 2026

FUNGES

CONTROL DE ENTREGA DE RACIÓN PREPARADA PROGRAMA DE ALIMENTACIÓN PARA EL ADULTO MAYOR

OBJETO: Desarrollar el Programa de Atención Integral a la Persona Mayor del municipio de Tame, departamento de Arauca. **DEPARTAMENTO:** Arauca **MUNICIPIO:** Tame

CONTRATISTA: Fundación Gestión Social – FUNGES - R/L Gustavo Alexis Sarmiento **PUNTO DE ATENCIÓN:** Centro de Bienestar del Adulto Mayor (CBAM)

CONTRATO: Convenio de Asociación No. 002 de 2026 **TIPO DE RACIÓN:** Almuerzo **PERIODO DEL SERVICIO:** Del 18 de abril al 17 de mayo de 2026

N°	TIPO DE IDENTIFICACIÓN	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	NOMBRES Y APELLIDOS	SEXO	Racion servida diaria (Marque con una x)																															TOTAL RACIONES	FIRMA O HUELLA
					18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17		
21	CC	96.190.975	HERNANDO MORA AMAYA	M	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	30	
22	CC	3.291.355	MARTIN CETINA MESA	M	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	30	
23	CC	13.815.177	JESUS EMILIO OSPINA PULGARIN	M	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	30	
24	CC	7.212.199	HUMBERTO CENDALES HERRERA	M	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	30	
25	CC	3.289.862	RODRIGO DE JESUS VASCO GUTIERREZ	M	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	30	
26	CC	4.154.395	TULCANIR ESTRADA	M	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	30	
27	CC	1.116.856.294	MARIA ISABEL DURAN HERRERA	F	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	30	
28	CC	1.191.759	JOSE ANTONIO TORRES GALVIS	M	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	30	
29	CC	17.545.403	NACIANCENO LAMES LOPEZ	M	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	30	
30	CC	1.116.863.868	MARCO GONZALEZ	M	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	30	

RESPONSABLE QUIEN ENTREGA (Operador / Contratista): Fundación Gestión Social – FUNGES - R/L Gustavo Alexis Sarmiento **CEDULA:** 96.194.978 **FIRMA:**

COORDINADOR PUNTO DE ATENCION (CBAM): Jorge Eliecer Plazas Lugo **CEDULA:** 92.226.105 **FIRMA:**

SUPERVISORA - SECRETARIA DE BIENESTAR SOCIAL: Margery Esperanza Zorro Lamus **FIRMA:**

629

República de Colombia
Gobernación de Arauca
Alcaldía Municipal de Tame
Convenio de Asociación No. 002 de 2026

FUNGES

CONTROL DE ENTREGA DE RACIÓN PREPARADA PROGRAMA DE ALIMENTACIÓN PARA EL ADULTO MAYOR

OBJETO: Desarrollar el Programa de Atención Integral a la Persona Mayor del municipio de Tame, departamento de Arauca. **DEPARTAMENTO:** Arauca **MUNICIPIO:** Tame

CONTRATISTA: Fundación Gestión Social – FUNGES - R/L Gustavo Alexis Sarmiento **PUNTO DE ATENCIÓN:** Centro de Bienestar del Adulto Mayor (CBAM)

CONTRATO: Convenio de Asociación No. 002 de 2026 **TIPO DE RACIÓN:** Almuerzo **PERIODO DEL SERVICIO:** Del 18 de abril al 17 de mayo de 2026

N°	TIPO DE IDENTIFICACIÓN	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	NOMBRES Y APELLIDOS	SEXO	Racion servida diaria (Marque con una x)																															TOTAL RACIONES	FIRMA O HUELLA
					18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17		
31	CC	17.530.013	JOSE VICENTE HERRERA	M	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	30	
32	CC	5.720.836	ROSO ABRIL	M	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	30	
33	CC	96.192.472	AGUSTIN GOMEZ	M	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	30	
34	CC	79.309.330	ANTONIO MARIA BARRAGAN VILLALBA	M	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	30	
35	CC	17.545.623	JESUS GOYENECHE GOYENECHE	M	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	30	
36	CC	1.121.860.932	JORGE RICARDO PINZON	M	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	30	
37	CC	68.301.630	BLANCA INES GARCIA GARCIA	F	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	30	
38	CC	4.916.168	JOSE SERVIO GONZALEZ	M	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	30	
39	CC	3.555.386	JOSE ARTURO MACIAS MONSALVE	M	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	30	
40	CC	68.306.445	FLOR MARIA LOBATON GOMEZ	F	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	30	

RESPONSABLE QUIEN ENTREGA (Operador / Contratista): Fundación Gestión Social – FUNGES - R/L Gustavo Alexis Sarmiento **CEDULA:** 96.194.978 **FIRMA:** Gustavo Alexis Sarmiento

COORDINADOR PUNTO DE ATENCION (CBAM): Jorge Eliecer Plazas Lugo **CEDULA:** 92.226.105 **FIRMA:**

SUPERVISORA - SECRETARIA DE BIENESTAR SOCIAL: Margery Esperanza Zorro Lamus **FIRMA:**

229

República de Colombia
Gobernación de Arauca
Alcaldia Municipal de Tame
Convenio de Asociación No. 002 de 2026

FUNGES

CONTROL DE ENTREGA DE RACIÓN PREPARADA PROGRAMA DE ALIMENTACIÓN PARA EL ADULTO MAYOR

OBJETO: Desarrollar el Programa de Atención Integral a la Persona Mayor del municipio de Tame, departamento de Arauca. **DEPARTAMENTO:** Arauca **MUNICIPIO:** Tame

CONTRATISTA: Fundación Gestión Social – FUNGES - R/L Gustavo Alexis Sarmiento **PUNTO DE ATENCIÓN:** Centro de Bienestar del Adulto Mayor (CBAM)

CONTRATO: Convenio de Asociación No. 002 de 2026 **TIPO DE RACIÓN:** Almuerzo **PERIODO DEL SERVICIO:** Del 18 de abril al 17 de mayo de 2026

N°	TIPO DE IDENTIFICACIÓN	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	NOMBRES Y APELLIDOS	SEXO	Racion servida diaria (Marque con una x)																													TOTAL RACIONES	FIRMA O HUELLA
					18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17		
41	CC	2.403.701	MIGUEL ARANZAZU MARIN	M	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	30	
42	CC	13.219.577	JOSE DEL CARMEN CRISTANCHO BERNAL	M	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	30	
43	CC	37.219.405	ANA JOSEFA TARAZONA	F	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	30	
44	CC	43.474.556	MARIA GILMA ZAPATA MARIN	F	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	30	
45	CC	2.244.680	PEDRO JOSE MARIN PADILLA	M	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	30	
46	CC	5.399.241	GREGORIO CELIS FLORES	M	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	30	
47	CC	1.191.974	SILVESTRE MISRAIN GONZALEZ LOZADA	M	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	30	
48	CC	21.179.393	MAGDALENA ALDANA	F	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	30	
49	CC	6.707.483	JOSE JOAQUIN SERRANO VARGAS	M	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	30	
50	CC	5096594	VICTOR JULIO LUQUEZ	M	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	30	

RESPONSABLE QUIEN ENTREGA (Operador / Contratista): Fundación Gestión Social – FUNGES - R/L Gustavo Alexis Sarmiento **CEDULA:** 96.194.978 **FIRMA:** Gustavo Alexis Sarmiento

COORDINADOR PUNTO DE ATENCION (CBAM): Jorge Eliecer Plazas Lugo **CEDULA:** 92.226.105 **FIRMA:**

SUPERVISORA - SECRETARIA DE BIENESTAR SOCIAL: Margery Esperanza Zorro Lamus **FIRMA:**

623

República de Colombia
Gobernación de Arauca
Alcaldia Municipal de Tame
Convenio de Asociación No. 002 de 2026

FUNGES

CONTROL DE ENTREGA DE RACIÓN PREPARADA PROGRAMA DE ALIMENTACIÓN PARA EL ADULTO MAYOR

OBJETO: Desarrollar el Programa de Atención Integral a la Persona Mayor del municipio de Tame, departamento de Arauca. **DEPARTAMENTO:** Arauca **MUNICIPIO:** Tame

CONTRATISTA: Fundación Gestión Social – FUNGES - R/L Gustavo Alexis Sarmiento **PUNTO DE ATENCIÓN:** Centro de Bienestar del Adulto Mayor (CBAM)

CONTRATO: Convenio de Asociación No. 002 de 2026 **TIPO DE RACIÓN:** Almuerzo **PERIODO DEL SERVICIO:** Del 18 de abril al 17 de mayo de 2026

N°	TIPO DE IDENTIFICACIÓN	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	NOMBRES Y APELLIDOS	SEXO	Racion servida diaria (Marque con una x)																													TOTAL RACIONES	FIRMA O HUELLA
					18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17		
51	CC	17530048	HECTOR JULIO SANCHEZ GONGORA	M	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	30	
52	CC	5785372	NEMECIO PINZON SANTAMARIA	M																				x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	11	
53	CC	6750329	MARIO ARTURO RODRIGUEZ VARGAS	M																										x	x	x	x	x	5	
54																																				
55																																				
56																																				
57																																				
58																																				
59																																				
60																																				

RESPONSABLE QUIEN ENTREGA (Operador / Contratista): Fundación Gestión Social – FUNGES - R/L Gustavo Alexis Sarmiento **CEDULA:** 96.194.978 **FIRMA:** Gustavo Alexis Sarmiento

COORDINADOR PUNTO DE ATENCION (CBAM): Jorge Eliecer Plazas Lugo **CEDULA:** 92.226.105 **FIRMA:**

SUPERVISORA - SECRETARIA DE BIENESTAR SOCIAL: Margery Esperanza Zorro Lamus **FIRMA:**

629

FUNDACIÓN GESTIÓN SOCIAL "FUNGES"
GESTIÓN COMPROBADA
NIT. 900556022-3

COMIDA

18 DE ABRIL AL 17 DE MAYO DE 2026

1529

Dirección: Calle 3 No. 7-28 Barrio El Manguito
Teléfono: 3208639029
gestionsocialfunges@gmail.com
Puerto Rondón – Arauca

República de Colombia
Gobernación de Arauca
Alcaldía Municipal de Tame
Convenio de Asociación No. 002 de 2026

FUNGES

CONTROL DE ENTREGA DE RACIÓN PREPARADA PROGRAMA DE ALIMENTACIÓN PARA EL ADULTO MAYOR

OBJETO: Desarrollar el Programa de Atención Integral a la Persona Mayor del municipio de Tame, departamento de Arauca. **DEPARTAMENTO:** Arauca **MUNICIPIO:** Tame

CONTRATISTA: Fundación Gestión Social – FUNGES - R/L Gustavo Alexis Sarmiento **PUNTO DE ATENCIÓN:** Centro de Bienestar del Adulto Mayor (CBAM)

CONTRATO: Convenio de Asociación No. 002 de 2026 **TIPO DE RACIÓN:** Comida **PERIODO DEL SERVICIO:** Del 18 de abril al 17 de mayo de 2026

N°	TIPO DE IDENTIFICACIÓN	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	NOMBRES Y APELLIDOS	SEXO	Racion servida diaria (Marque con una x)																													TOTAL RACIONES	FIRMA O HUELLA
					18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17		
1	CC	52.447.619	NICOMEDES PAEZ ROMERO	F	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	30	
2	CC	68.306.998	DEYANIRE GOMEZ MALAGON	F	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	30	
3	CC	1.116.860.655	ERNESTO CASTIBLANCO VARGAS	M	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	30	
4	CC	13.254.371	RAUL BENITO QUIÑONES	M	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	30	
5	CC	68.300.962	MARIA GLORIA CUTA RINCON	F	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	30	
6	CC	29.463.268	DORASILVIA HERNANDEZ HERNANDEZ	F	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	30	
7	CC	24.248.255	MARIA FILOMENA MALAGON PEREZ	F	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	30	
8	CC	1.116.852.417	SOFIA BALLESTEROS	F	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	30	
9	CC	21.421.389	ELVA CORDERO CORNIALES	F	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	30	
10	CC	68.304.925	MARIA INES LOPEZ VERA	F	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	30	

RESPONSABLE QUIEN ENTREGA (Operador / Contratista): Fundación Gestión Social – FUNGES - R/L Gustavo Alexis Sarmiento **CEDULA:** 96.194.978 **FIRMA:**

COORDINADOR PUNTO DE ATENCION (CBAM): Jorge Eliecer Plazas Lugo **CEDULA:** 92.226.105 **FIRMA:**

SUPERVISORA - SECRETARIA DE BIENESTAR SOCIAL: Margery Esperanza Zorro Lamus **FIRMA:**

929

República de Colombia
Gobernación de Arauca
Alcaldía Municipal de Tame
Convenio de Asociación No. 002 de 2026

FUNGES

CONTROL DE ENTREGA DE RACIÓN PREPARADA PROGRAMA DE ALIMENTACIÓN PARA EL ADULTO MAYOR

OBJETO: Desarrollar el Programa de Atención Integral a la Persona Mayor del municipio de Tame, departamento de Arauca. **DEPARTAMENTO:** Arauca **MUNICIPIO:** Tame

CONTRATISTA: Fundación Gestión Social – FUNGES - R/L Gustavo Alexis Sarmiento **PUNTO DE ATENCIÓN:** Centro de Bienestar del Adulto Mayor (CBAM)

CONTRATO: Convenio de Asociación No. 002 de 2026 **TIPO DE RACIÓN:** Comida **PERIODO DEL SERVICIO:** Del 18 de abril al 17 de mayo de 2026

N°	TIPO DE IDENTIFICACIÓN	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	NOMBRES Y APELLIDOS	SEXO	Racion servida diaria (Marque con una x)																													TOTAL RACIONES	FIRMA O HUELLA
					18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17		
11	CC	2.004.707	PABLO EMILIO PEÑALOZA GONZALES	M	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	13	
12	CC	91.202.605	PEDRO RIVERA CONTRERAS	M	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	30	
13	CC	68.304.654	OLGA BARRETO	F	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	30	
14	CC	417.615	LUCAS MURCIA	M	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	30	
15	CC	1.191.696	BAYARDO RAVELO ULEGELO	M	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	30	
16	CC	17.092.535	ANGEL ABIGAIL BARON	M	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	30	
17	CC	1.116.852.428	ANDRES DIAZ	M	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	30	
18	CC	24.248.137	ISTELIA PAUL ARIAS	F	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	30	
19	CC	2.005.825	JOSE DEL CARMEN MORA CAMARGO	M	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	30	
20	CC	4.302.278	ANTONIO MARIA REINA BELISARIO	M	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	30	

RESPONSABLE QUIEN ENTREGA (Operador / Contratista): Fundación Gestión Social – FUNGES - R/L Gustavo Alexis Sarmiento **CEDULA:** 96.194.978 **FIRMA:**

COORDINADOR PUNTO DE ATENCION (CBAM): Jorge Eliecer Plazas Lugo **CEDULA:** 92.226.105 **FIRMA:**

SUPERVISORA - SECRETARIA DE BIENESTAR SOCIAL: Margery Esperanza Zorro Lamus **FIRMA:**

622

República de Colombia
Gobernación de Arauca
Alcaldia Municipal de Tame
Convenio de Asociación No. 002 de 2026

FUNGES

CONTROL DE ENTREGA DE RACIÓN PREPARADA PROGRAMA DE ALIMENTACIÓN PARA EL ADULTO MAYOR

OBJETO: Desarrollar el Programa de Atención Integral a la Persona Mayor del municipio de Tame, departamento de Arauca. **DEPARTAMENTO:** Arauca **MUNICIPIO:** Tame

CONTRATISTA: Fundación Gestión Social – FUNGES - R/L Gustavo Alexis Sarmiento **PUNTO DE ATENCIÓN:** Centro de Bienestar del Adulto Mayor (CBAM)

CONTRATO: Convenio de Asociación No. 002 de 2026 **TIPO DE RACIÓN:** Comida **PERIODO DEL SERVICIO:** Del 18 de abril al 17 de mayo de 2026

N°	TIPO DE IDENTIFICACIÓN	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	NOMBRES Y APELLIDOS	SEXO	Racion servida diaria (Marque con una x)																															TOTAL RACIONES	FIRMA O HUELLA
					18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17		
21	CC	96.190.975	HERNANDO MORA AMAYA	M	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	30	
22	CC	3.291.355	MARTIN CETINA MESA	M	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	30	
23	CC	13.815.177	JESUS EMILIO OSPINA PULGARIN	M	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	30	
24	CC	7.212.199	HUMBERTO CENDALES HERRERA	M	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	30	
25	CC	3.289.862	RODRIGO DE JESUS VASCO GUTIERREZ	M	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	30	
26	CC	4.154.395	TULCANIR ESTRADA	M	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	30	
27	CC	1.116.856.294	MARIA ISABEL DURAN HERRERA	F	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	30	
28	CC	1.191.759	JOSE ANTONIO TORRES GALVIS	M	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	30	
29	CC	17.545.403	NACIANCENO LAMES LOPEZ	M	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	30	
30	CC	1.116.863.868	MARCO GONZALEZ	M	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	30	

RESPONSABLE QUIEN ENTREGA (Operador / Contratista): Fundación Gestión Social – FUNGES - R/L Gustavo Alexis Sarmiento **CEDULA:** 96.194.978 **FIRMA:**

COORDINADOR PUNTO DE ATENCION (CBAM): Jorge Eliecer Plazas Lugo **CEDULA:** 92.226.105 **FIRMA:**

SUPERVISORA - SECRETARIA DE BIENESTAR SOCIAL: Margery Esperanza Zorro Lamus **FIRMA:**

829

República de Colombia
Gobernación de Arauca
Alcaldía Municipal de Tame
Convenio de Asociación No. 002 de 2026

FUNGES

CONTROL DE ENTREGA DE RACIÓN PREPARADA PROGRAMA DE ALIMENTACIÓN PARA EL ADULTO MAYOR

OBJETO: Desarrollar el Programa de Atención Integral a la Persona Mayor del municipio de Tame, departamento de Arauca. **DEPARTAMENTO:** Arauca **MUNICIPIO:** Tame

CONTRATISTA: Fundación Gestión Social – FUNGES - R/L Gustavo Alexis Sarmiento **PUNTO DE ATENCIÓN:** Centro de Bienestar del Adulto Mayor (CBAM)

CONTRATO: Convenio de Asociación No. 002 de 2026 **TIPO DE RACIÓN:** Comida **PERIODO DEL SERVICIO:** Del 18 de abril al 17 de mayo de 2026

N°	TIPO DE IDENTIFICACIÓN	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	NOMBRES Y APELLIDOS	SEXO	Racion servida diaria (Marque con una x)																													TOTAL RACIONES	FIRMA O HUELLA
					18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17		
31	CC	17.530.013	JOSE VICENTE HERRERA	M	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	30	
32	CC	5.720.836	ROSO ABRIL	M	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	30	
33	CC	96.192.472	AGUSTIN GOMEZ	M	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	30	
34	CC	79.309.330	ANTONIO MARIA BARRAGAN VILLALBA	M	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	30	
35	CC	17.545.623	JESUS GOYENECHE GOYENECHE	M	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	30	
36	CC	1.121.860.932	JORGE RICARDO PINZON	M	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	30	
37	CC	68.301.630	BLANCA INES GARCIA GARCIA	F	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	30	
38	CC	4.916.168	JOSE SERVIO GONZALEZ	M	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	30	
39	CC	3.555.386	JOSE ARTURO MACIAS MONSALVE	M	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	30	
40	CC	68.306.445	FLOR MARIA LOBATON GOMEZ	F	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	30	

RESPONSABLE QUIEN ENTREGA (Operador / Contratista): Fundación Gestión Social – FUNGES - R/L Gustavo Alexis Sarmiento **CEDULA:** 96.194.978 **FIRMA:**

COORDINADOR PUNTO DE ATENCION (CBAM): Jorge Eliecer Plazas Lugo **CEDULA:** 92.226.105 **FIRMA:**

SUPERVISORA - SECRETARIA DE BIENESTAR SOCIAL: Margery Esperanza Zorro Lamus **FIRMA:**

629

República de Colombia
Gobernación de Arauca
Alcaldia Municipal de Tame
Convenio de Asociación No. 002 de 2026

FUNGES

CONTROL DE ENTREGA DE RACIÓN PREPARADA PROGRAMA DE ALIMENTACIÓN PARA EL ADULTO MAYOR

OBJETO: Desarrollar el Programa de Atención Integral a la Persona Mayor del municipio de Tame, departamento de Arauca. **DEPARTAMENTO:** Arauca **MUNICIPIO:** Tame

CONTRATISTA: Fundación Gestión Social – FUNGES - R/L Gustavo Alexis Sarmiento **PUNTO DE ATENCIÓN:** Centro de Bienestar del Adulto Mayor (CBAM)

CONTRATO: Convenio de Asociación No. 002 de 2026 **TIPO DE RACIÓN:** Comida **PERIODO DEL SERVICIO:** Del 18 de abril al 17 de mayo de 2026

N°	TIPO DE IDENTIFICACIÓN	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	NOMBRES Y APELLIDOS	SEXO	Racion servida diaria (Marque con una x)																													TOTAL RACIONES	FIRMA O HUELLA
					18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17		
41	CC	2.403.701	MIGUEL ARANZAZU MARIN	M	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	30	
42	CC	13.219.577	JOSE DEL CARMEN CRISTANCHO BERNAL	M	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	30	
43	CC	37.219.405	ANA JOSEFA TARAZONA	F	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	30	
44	CC	43.474.556	MARIA GILMA ZAPATA MARIN	F	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	30	
45	CC	2.244.680	PEDRO JOSE MARIN PADILLA	M	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	30	
46	CC	5.399.241	GREGORIO CELIS FLORES	M	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	30	
47	CC	1.191.974	SILVESTRE MISRAIN GONZALEZ LOZADA	M	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	30	
48	CC	21.179.393	MAGDALENA ALDANA	F	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	30	
49	CC	6.707.483	JOSE JOAQUIN SERRANO VARGAS	M	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	30	
50	CC	5096594	VICTOR JULIO LUQUEZ	M	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	30	

RESPONSABLE QUIEN ENTREGA (Operador / Contratista): Fundación Gestión Social – FUNGES - R/L Gustavo Alexis Sarmiento **CEDULA:** 96.194.978 **FIRMA:** Gustavo Alexis Sarmiento

COORDINADOR PUNTO DE ATENCION (CBAM): Jorge Eliecer Plazas Lugo **CEDULA:** 92.226.105 **FIRMA:**

SUPERVISORA - SECRETARIA DE BIENESTAR SOCIAL: Margery Esperanza Zorro Lamus **FIRMA:**

630

República de Colombia
Gobernación de Arauca
Alcaldia Municipal de Tame
Convenio de Asociación No. 002 de 2026

FUNGES

CONTROL DE ENTREGA DE RACIÓN PREPARADA PROGRAMA DE ALIMENTACIÓN PARA EL ADULTO MAYOR

OBJETO: Desarrollar el Programa de Atención Integral a la Persona Mayor del municipio de Tame, departamento de Arauca. **DEPARTAMENTO:** Arauca **MUNICIPIO:** Tame

CONTRATISTA: Fundación Gestión Social – FUNGES - R/L Gustavo Alexis Sarmiento **PUNTO DE ATENCIÓN:** Centro de Bienestar del Adulto Mayor (CBAM)

CONTRATO: Convenio de Asociación No. 002 de 2026 **TIPO DE RACIÓN:** Comida **PERIODO DEL SERVICIO:** Del 18 de abril al 17 de mayo de 2026

N°	TIPO DE IDENTIFICACIÓN	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	NOMBRES Y APELLIDOS	SEXO	Racion servida diaria (Marque con una x)																													TOTAL RACIONES	FIRMA O HUELLA
					18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17		
51	CC	17530048	HECTOR JULIO SANCHEZ GONGORA	M	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	30	
52	CC	5785372	NEMECIO PINZON SANTAMARIA	M																				x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	14	
53	CC	6750329	MARIO ARTURO RODRIGUEZ VARGAS	M																										x	x	x	x	x	5	
54																																				
55																																				
56																																				
57																																				
58																																				
59																																				
60																																				

RESPONSABLE QUIEN ENTREGA (Operador / Contratista): Fundación Gestión Social – FUNGES - R/L Gustavo Alexis Sarmiento CEDULA: 96.194.978 FIRMA: Gustavo Alexis Sarmiento

COORDINADOR PUNTO DE ATENCION (CBAM): Jorge Eliecer Plazas Lugo CEDULA: 92.226.105 FIRMA:

SUPERVISORA - SECRETARIA DE BIENESTAR SOCIAL: Margery Esperanza Zorro Lamus FIRMA:

631

FUNDACIÓN GESTIÓN SOCIAL "FUNGES"
GESTIÓN COMPROBADA
NIT. 900556022-3

REFRIGERIO (x vez)

18 DE ABRIL AL 17 DE MAYO DE 2026

1529

Dirección: Calle 3 No. 7-28 Barrio El Manguito
Teléfono: 3208639029
gestionsocialfunges@gmail.com
Puerto Rondón – Arauca

República de Colombia
Gobernación de Arauca
Alcaldía Municipal de Tame
Convenio de Asociación No. 002 de 2026

FUNGES

CONTROL DE ENTREGA DE RACIÓN PREPARADA PROGRAMA DE ALIMENTACIÓN PARA EL ADULTO MAYOR

OBJETO: Desarrollar el Programa de Atención Integral a la Persona Mayor del municipio de Tame, departamento de Arauca. **DEPARTAMENTO:** Arauca **MUNICIPIO:** Tame

CONTRATISTA: Fundación Gestión Social – FUNGES - R/L Gustavo Alexis Sarmiento **PUNTO DE ATENCIÓN:** Centro de Bienestar del Adulto Mayor (CBAM)

CONTRATO: Convenio de Asociación No. 002 de 2026 **TIPO DE RACIÓN:** Refrigerio (x vez) **PERIODO DEL SERVICIO:** Del 18 de abril al 17 de mayo de 2026

N°	TIPO DE IDENTIFICACIÓN	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	NOMBRES Y APELLIDOS	SEXO	Racion servida diaria (Marque con una x)																													TOTAL RACIONES	FIRMA O HUELLA
					18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17		
1	CC	52.447.619	NICOMEDES PAEZ ROMERO	F	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	30	
2	CC	68.306.998	DEYANIRE GOMEZ MALAGON	F	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	30	
3	CC	1.116.860.655	ERNESTO CASTIBLANCO VARGAS	M	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	30	
4	CC	13.254.371	RAUL BENITO QUIÑONES	M	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	30	
5	CC	68.300.962	MARIA GLORIA CUTA RINCON	F	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	30	
6	CC	29.463.268	DORASILVIA HERNANDEZ HERNANDEZ	F	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	30	
7	CC	24.248.255	MARIA FILOMENA MALAGON PEREZ	F	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	30	
8	CC	1.116.852.417	SOFIA BALLESTEROS	F	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	30	
9	CC	21.421.389	ELVA CORDERO CORNIALES	F	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	30	
10	CC	68.304.925	MARIA INES LOPEZ VERA	F	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	30	

RESPONSABLE QUIEN ENTREGA (Operador / Contratista): Fundación Gestión Social – FUNGES - R/L Gustavo Alexis Sarmiento **CEDULA:** 96.194.978 **FIRMA:**

COORDINADOR PUNTO DE ATENCION (CBAM): Jorge Eliecer Plazas Lugo **CEDULA:** 92.226.105 **FIRMA:**

SUPERVISORA - SECRETARIA DE BIENESTAR SOCIAL: Margery Esperanza Zorro Lamus **FIRMA:**

633

República de Colombia
Gobernación de Arauca
Alcaldía Municipal de Tame
Convenio de Asociación No. 002 de 2026

FUNGES

CONTROL DE ENTREGA DE RACIÓN PREPARADA PROGRAMA DE ALIMENTACIÓN PARA EL ADULTO MAYOR

OBJETO: Desarrollar el Programa de Atención Integral a la Persona Mayor del municipio de Tame, departamento de Arauca. **DEPARTAMENTO:** Arauca **MUNICIPIO:** Tame

CONTRATISTA: Fundación Gestión Social – FUNGES - R/L Gustavo Alexis Sarmiento **PUNTO DE ATENCIÓN:** Centro de Bienestar del Adulto Mayor (CBAM)

CONTRATO: Convenio de Asociación No. 002 de 2026 **TIPO DE RACIÓN:** Refrigerio (x vez) **PERIODO DEL SERVICIO:** Del 18 de abril al 17 de mayo de 2026

N°	TIPO DE IDENTIFICACIÓN	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	NOMBRES Y APELLIDOS	SEXO	Racion servida diaria (Marque con una x)																															TOTAL RACIONES	FIRMA O HUELLA
					18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17		
11	CC	2.004.707	PABLO EMILIO PEÑALOZA GONZALES	M	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X																			13	
12	CC	91.202.605	PEDRO RIVERA CONTRERAS	M	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	30	
13	CC	68.304.654	OLGA BARRETO	F	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	30	
14	CC	417.615	LUCAS MURCIA	M	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	30	
15	CC	1.191.696	BAYARDO RAVELO ULEGELO	M	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	30	
16	CC	17.092.535	ANGEL ABIGAIL BARON	M	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	30	
17	CC	1.116.852.428	ANDRES DIAZ	M	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	30	
18	CC	24.248.137	ISTELIA PAUL ARIAS	F	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	30	
19	CC	2.005.825	JOSE DEL CARMEN MORA CAMARGO	M	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	30	
20	CC	4.302.278	ANTONIO MARIA REINA BELISARIO	M	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	30	

RESPONSABLE QUIEN ENTREGA (Operador / Contratista): Fundación Gestión Social – FUNGES - R/L Gustavo Alexis Sarmiento **CEDULA:** 96.194.978 **FIRMA:**

COORDINADOR PUNTO DE ATENCION (CBAM): Jorge Eliecer Plazas Lugo **CEDULA:** 92.226.105 **FIRMA:**

SUPERVISORA - SECRETARIA DE BIENESTAR SOCIAL: Margery Esperanza Zorro Lamus **FIRMA:**

634

República de Colombia
Gobernación de Arauca
Alcaldia Municipal de Tame
Convenio de Asociación No. 002 de 2026

FUNGES

CONTROL DE ENTREGA DE RACIÓN PREPARADA PROGRAMA DE ALIMENTACIÓN PARA EL ADULTO MAYOR

OBJETO: Desarrollar el Programa de Atención Integral a la Persona Mayor del municipio de Tame, departamento de Arauca. **DEPARTAMENTO:** Arauca **MUNICIPIO:** Tame

CONTRATISTA: Fundación Gestión Social – FUNGES - R/L Gustavo Alexis Sarmiento **PUNTO DE ATENCIÓN:** Centro de Bienestar del Adulto Mayor (CBAM)

CONTRATO: Convenio de Asociación No. 002 de 2026 **TIPO DE RACIÓN:** Refrigerio (x vez) **PERIODO DEL SERVICIO:** Del 18 de abril al 17 de mayo de 2026

N°	TIPO DE IDENTIFICACIÓN	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	NOMBRES Y APELLIDOS	SEXO	Racion servida diaria (Marque con una x)																														TOTAL RACIONES	FIRMA O HUELLA
					18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17		
21	CC	96.190.975	HERNANDO MORA AMAYA	M	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	30	
22	CC	3.291.355	MARTIN CETINA MESA	M	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	30	
23	CC	13.815.177	JESUS EMILIO OSPINA PULGARIN	M	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	30	
24	CC	7.212.199	HUMBERTO CENDALES HERRERA	M	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	30	
25	CC	3.289.862	RODRIGO DE JESUS VASCO GUTIERREZ	M	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	30	
26	CC	4.154.395	TULCANIR ESTRADA	M	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	30	
27	CC	1.116.856.294	MARIA ISABEL DURAN HERRERA	F	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	30	
28	CC	1.191.759	JOSE ANTONIO TORRES GALVIS	M	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	30	
29	CC	17.545.403	NACIANCENO LAMES LOPEZ	M	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	30	
30	CC	1.116.863.868	MARCO GONZALEZ	M	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	30	

RESPONSABLE QUIEN ENTREGA (Operador / Contratista): Fundación Gestión Social – FUNGES - R/L Gustavo Alexis Sarmiento **CEDULA:** 96.194.978 **FIRMA:**

COORDINADOR PUNTO DE ATENCION (CBAM): Jorge Eliecer Plazas Lugo **CEDULA:** 92.226.105 **FIRMA:**

SUPERVISORA - SECRETARIA DE BIENESTAR SOCIAL: Margery Esperanza Zorro Lamus **FIRMA:**

635

República de Colombia
Gobernación de Arauca
Alcaldia Municipal de Tame
Convenio de Asociación No. 002 de 2026

FUNGES

CONTROL DE ENTREGA DE RACIÓN PREPARADA PROGRAMA DE ALIMENTACIÓN PARA EL ADULTO MAYOR

OBJETO: Desarrollar el Programa de Atención Integral a la Persona Mayor del municipio de Tame, departamento de Arauca. **DEPARTAMENTO:** Arauca **MUNICIPIO:** Tame

CONTRATISTA: Fundación Gestión Social – FUNGES - R/L Gustavo Alexis Sarmiento **PUNTO DE ATENCIÓN:** Centro de Bienestar del Adulto Mayor (CBAM)

CONTRATO: Convenio de Asociación No. 002 de 2026 **TIPO DE RACIÓN:** Refrigerio (x vez) **PERIODO DEL SERVICIO:** Del 18 de abril al 17 de mayo de 2026

N°	TIPO DE IDENTIFICACIÓN	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	NOMBRES Y APELLIDOS	SEXO	Racion servida diaria (Marque con una x)																													TOTAL RACIONES	FIRMA O HUELLA
					18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17		
31	CC	17.530.013	JOSE VICENTE HERRERA	M	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	30	
32	CC	5.720.836	ROSO ABRIL	M	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	30	
33	CC	96.192.472	AGUSTIN GOMEZ	M	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	30	
34	CC	79.309.330	ANTONIO MARIA BARRAGAN VILLALBA	M	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	30	
35	CC	17.545.623	JESUS GOYENECHE GOYENECHE	M	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	30	
36	CC	1.121.860.932	JORGE RICARDO PINZON	M	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	30	
37	CC	68.301.630	BLANCA INES GARCIA GARCIA	F	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	30	
38	CC	4.916.168	JOSE SERVIO GONZALEZ	M	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	30	
39	CC	3.555.386	JOSE ARTURO MACIAS MONSALVE	M	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	30	
40	CC	68.306.445	FLOR MARIA LOBATON GOMEZ	F	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	30	

RESPONSABLE QUIEN ENTREGA (Operador / Contratista): Fundación Gestión Social – FUNGES - R/L Gustavo Alexis Sarmiento **CEDULA:** 96.194.978 **FIRMA:**

COORDINADOR PUNTO DE ATENCION (CBAM): Jorge Eliecer Plazas Lugo **CEDULA:** 92.226.105 **FIRMA:**

SUPERVISORA - SECRETARIA DE BIENESTAR SOCIAL: Margery Esperanza Zorro Lamus **FIRMA:**

636

República de Colombia
Gobernación de Arauca
Alcaldía Municipal de Tame
Convenio de Asociación No. 002 de 2026

FUNGES

CONTROL DE ENTREGA DE RACIÓN PREPARADA PROGRAMA DE ALIMENTACIÓN PARA EL ADULTO MAYOR

OBJETO: Desarrollar el Programa de Atención Integral a la Persona Mayor del municipio de Tame, departamento de Arauca. **DEPARTAMENTO:** Arauca **MUNICIPIO:** Tame

CONTRATISTA: Fundación Gestión Social – FUNGES - R/L Gustavo Alexis Sarmiento **PUNTO DE ATENCIÓN:** Centro de Bienestar del Adulto Mayor (CBAM)

CONTRATO: Convenio de Asociación No. 002 de 2026 **TIPO DE RACIÓN:** Refrigerio (x vez) **PERIODO DEL SERVICIO:** Del 18 de abril al 17 de mayo de 2026

N°	TIPO DE IDENTIFICACIÓN	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	NOMBRES Y APELLIDOS	SEXO	Racion servida diaria (Marque con una x)																															TOTAL RACIONES	FIRMA O HUELLA
					18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17		
41	CC	2.403.701	MIGUEL ARANZAZU MARIN	M	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	30	
42	CC	13.219.577	JOSE DEL CARMEN CRISTANCHO BERNAL	M	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	30	
43	CC	37.219.405	ANA JOSEFA TARAZONA	F	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	30	
44	CC	43.474.556	MARIA GILMA ZAPATA MARIN	F	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	30	
45	CC	2.244.680	PEDRO JOSE MARIN PADILLA	M	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	30	
46	CC	5.399.241	GREGORIO CELIS FLORES	M	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	30	
47	CC	1.191.974	SILVESTRE MISRAIN GONZALEZ LOZADA	M	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	30	
48	CC	21.179.393	MAGDALENA ALDANA	F	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	30	
49	CC	6.707.483	JOSE JOAQUIN SERRANO VARGAS	M	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	30	
50	CC	5096594	VICTOR JULIO LUQUEZ	M	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	30	

RESPONSABLE QUIEN ENTREGA (Operador / Contratista): Fundación Gestión Social – FUNGES - R/L Gustavo Alexis Sarmiento **CEDULA:** 96.194.978 **FIRMA:**

COORDINADOR PUNTO DE ATENCION (CBAM): Jorge Eliecer Plazas Lugo **CEDULA:** 92.226.105 **FIRMA:**

SUPERVISORA - SECRETARIA DE BIENESTAR SOCIAL: Margery Esperanza Zorro Lamus **FIRMA:**

637

República de Colombia
Gobernación de Arauca
Alcaldía Municipal de Tame
Convenio de Asociación No. 002 de 2026

FUNGES

CONTROL DE ENTREGA DE RACIÓN PREPARADA PROGRAMA DE ALIMENTACIÓN PARA EL ADULTO MAYOR

OBJETO: Desarrollar el Programa de Atención Integral a la Persona Mayor del municipio de Tame, departamento de Arauca. **DEPARTAMENTO:** Arauca **MUNICIPIO:** Tame

CONTRATISTA: Fundación Gestión Social – FUNGES - R/L Gustavo Alexis Sarmiento **PUNTO DE ATENCIÓN:** Centro de Bienestar del Adulto Mayor (CBAM)

CONTRATO: Convenio de Asociación No. 002 de 2026 **TIPO DE RACIÓN:** Refrigerio (x vez) **PERIODO DEL SERVICIO:** Del 18 de abril al 17 de mayo de 2026

N°	TIPO DE IDENTIFICACIÓN	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	NOMBRES Y APELLIDOS	SEXO	Racion servida diaria (Marque con una x)																													TOTAL RACIONES	FIRMA O HUELLA
					18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17		
51	CC	17530048	HECTOR JULIO SANCHEZ GONGORA	M	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	30	
52	CC	5785372	NEMECIO PINZON SANTAMARIA	M																				x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	11	
53	CC	6750329	MARIO ARTURO RODRIGUEZ VARGAS	M																										x	x	x	x	x	5	
54																																				
55																																				
56																																				
57																																				
58																																				
59																																				
60																																				

RESPONSABLE QUIEN ENTREGA (Operador / Contratista): Fundación Gestión Social – FUNGES - R/L Gustavo Alexis Sarmiento CEDULA: 96.194.978 FIRMA: Gustavo Alexis Sarmiento

COORDINADOR PUNTO DE ATENCION (CBAM): Jorge Eliecer Plazas Lugo CEDULA: 92.226.105 FIRMA:

SUPERVISORA - SECRETARIA DE BIENESTAR SOCIAL: Margery Esperanza Zorro Lamus FIRMA:

638

ANEXO No. 03

GASTOS DE FUNCIONAMIENTO DEL CENTRO DE BIENESTAR DEL ADULTO MAYOR

FUNDACIÓN GESTIÓN SOCIAL "FUNGES"
GESTIÓN COMPROBADA
NIT. 900556022-3

Servicio de transporte (taxi) para el CBAM

Dirección: Calle 3 No. 7-28 Barrio El Manguito
Teléfono: 3208639029
gestionsocialfunges@gmail.com
Puerto Rondón – Arauca

FUNDACION GESTION SOCIAL
Nit 900.556.022-3
CALLE 3 7 28 URB LOS MANGOS
Tel: (607) 3208639029
Tame - Colombia

Documento soporte por compras a sujetos no obligados a facturar
No. DSF 285

Proveedor	JAVIER ROBAYO ZUBIETA		
Nit	7.392.438-9	**Teléfono**	(607) 0000000
Dirección	CLL 18 # 37-57	**Ciudad**	Tame - Colombia

Fecha de compra	Fecha de Vencimiento
2026-04-22	--

Ítem	Descripción	Cantidad	Vr. Unitario	Vr. Total
1	Prestación del servicio de transporte (taxi) para el traslado de adultos mayores del CBAM a centros médicos y otros lugares relacionados con su atención en salud, período del 18 de febrero al 17 de abril de 2026, Convenio de Asociación No. 002 de 2026	1.00	1,424,000.00	1,424,000.00

Valor en Letras:
Un millón cuatrocientos veinticuatro mil pesos m/cte

Condiciones de Pago:
Efectivo $ 1,424,000.00

Total Bruto	1,424,000.00
Total a Pagar	1,424,000.00

Observaciones:

A este Documento se le aplican las normas relativas del Documento Soporte en adquisidores efectuadas a sujetos no obligados a facturar (Resolución 167 de 30 de diciembre de 2021).
Número Autorización 18764102291617 aprobado en 20251129 prefijo DSF desde el número 201 al 600 Vigencia: Vigencia: 24 meses.

CUDS: 15c74fc19d3213c15e19c5a219c356acb5761d39bf078045bba910017ebc55fae857f6a1f3093bc3e299e3204f2cc1e5

Elaborado por Siigo S.A.S Nit: 830.048.145-8

FUNDACION GESTION SOCIAL
Nit 900.556.022-3
CALLE 3 7 28 URB LOS MANGOS
Tel: (607) 3208639029
Tame - Colombia

Documento soporte por compras a sujetos no obligados a facturar
No. DSF 300

Proveedor	JAVIER ROBAYO ZUBIETA		
Nit	7.392.438-9	**Teléfono**	(607) 0000000
Dirección	CLL 18 # 37-57	**Ciudad**	Tame - Colombia

Fecha de compra	Fecha de Vencimiento
2026-05-19	--

Ítem	Descripción	Cantidad	Vr. Unitario	Vr. Total
1	Servicio de transporte (taxi) para el traslado de adultos mayores del Centro de Bienestar del Adulto Mayor – CBAM a centros médicos y otros lugares relacionados con su atención en salud, correspondiente al período del 18 de abril al 17 de mayo de 2026, en el marco del Convenio	1.00	768,000.00	768,000.00

Valor en Letras:
Setecientos sesenta y ocho mil pesos m/cte

Condiciones de Pago:
Efectivo $ 768,000.00

Total Bruto	768,000.00
Total a Pagar	768,000.00

Observaciones:

A este Documento se le aplican las normas relativas del Documento Soporte en adquisidores efectuadas a sujetos no obligados a facturar (Resolución 167 de 30 de diciembre de 2021).
Número Autorización 18764102291617 aprobado en 20251129 prefijo DSF desde el número 201 al 600 Vigencia: Vigencia: 24 meses.

CUDS: 8e505be4144e0551d3819b9c3ac7b7c0c78e0b088becbd671d433d0e1709c4acb43579b0aecaf3c56d0931f84ccaded5

Elaborado por Siigo S.A.S Nit: 830.048.145-8

643

REPÚBLICA DE COLOMBIA

MINISTERIO DE TRANSPORTE

Libertad y Orden

LICENCIA DE TRÁNSITO No. 10037980695

PLACA	MARCA	LÍNEA	MODELO
SMJ606	JAC	HFC 7130 A1F	2014

CILINDRADA CC	COLOR	SERVICIO
1.300	AMARILLO	PÚBLICO

CLASE DE VEHÍCULO	TIPO CARROCERÍA	COMBUSTIBLE	CAPACIDAD Kg/PSJ
AUTOMOVIL	SEDAN	GASOLINA	5

NÚMERO DE MOTOR	REG	VIN
J3BD112039	N	LJ12FKR15E4200785

NÚMERO DE SERIE	REG	NÚMERO DE CHASIS	REG
LJ12FKR15E4200785	N	LJ12FKR15E4200785	N

PROPIETARIO APELLIDO(S) Y NOMBRE(S)	IDENTIFICACIÓN
ROBAYO ZUBIETA JAVIER	C.C. 7392438

RESTRICCIÓN MOVILIDAD	BLINDAJE	POTENCIA HP
******	******	108

DECLARACIÓN DE IMPORTACIÓN	I/E	FECHA IMPORT.	PUERTAS
882013000090333	I	09/07/2013	4

LIMITACIÓN A LA PROPIEDAD
******

FECHA MATRÍCULA	FECHA EXP. LIC TTO.	FECHA VENCIMIENTO
12/09/2013	25/02/2026	******

ORGANISMO DE TRÁNSITO

INST MOVyTTE MCPAL TAME

LT12000466472

644

SOAT

PÓLIZA DE SEGURO DE DAÑOS CORPORALES CAUSADOS A LAS PERSONAS EN ACCIDENTES DE TRÁNSITO

PREVISORA SEGUROS

FECHA DE EXPEDICIÓN	VIGENCIA DESDE LAS 00 HORAS DEL	HASTA LAS 23:59 HORAS DEL
2025-11-18	2025-11-19	2026-11-18

No. DE PÓLIZA	PLACA No.	CLASE VEHÍCULO	SERVICIO	CILINDRAJE/VATIOS	MODELO
4308007360340000	SMJ606	AUTOS DE NEGOCIOS, T	PUBLICO	1332	2014

PASAJEROS	MARCA	LÍNEA VEHÍCULO	CARROCERÍA
5	JAC	HFC 7130 A1F	SEDAN

No. MOTOR	No. CHASIS ó No. SERIE	No. VIN	CAPACIDAD TON.
C3410519	LJ12FKR15E4200785	LJ12FKR15E4200785	0.00

APELLIDOS Y NOMBRES DEL TOMADOR	TELÉFONO DEL TOMADOR	TIPO DE DOCUMENTO DEL TOMADOR	No. DE DOCUMENTO DEL TOMADOR	CIUDAD RESIDENCIA TOMADOR
ROBAYO ZUBIETA, JAVIER	*******669	CC	7392438	TAME

CÓDIGO DE ASEGURADORA	CÓD. SUCURSAL EXPEDIDORA	CLAVE PRODUCTOR	No. FORMULARIO	CIUDAD EXPEDICIÓN
AT1324	43	999913588	0	BOGOTA D.C

TARIFA	PRIMA SOAT	CONTRIBUCIÓN FOSYGA	TASA RUNT	TOTAL A PAGAR
712	$ 218700	$ 113700	$ 2400	$ 334800

AMPAROS POR VICTIMA	HASTA	
A. GASTOS MÉDICOS QUIRÚRGICOS, FARMACÉUTICOS Y HOSPITALARIOS	263,13 [1]	UNIDAD VALOR TRIBUTARIO (UVT)
B. GASTOS DE TRANSPORTE Y MOVILIZACIÓN DE VICTIMAS	701,68 [2]	
	8,77	
C. INCAPACIDAD PERMANENTE	180	SALARIOS MÍNIMOS LEGALES DIARIOS VIGENTES
D. MUERTE Y GASTOS FUNERARIOS	750	

FIRMA AUTORIZADA

Decreto 2644 de 2022: Tarifas diferenciales y ajuste con base en la UVT 100, 110, 120, 140, 150, 711, 712, 721, 722, 731, 732, 810, 910, 920.

- Es obligatorio **portar la póliza del SOAT**, sin importar el medio de entrega seleccionado por La Previsora S.A.
- La autoridad de transito podrá requerir la póliza en cualquier momento. Esta podrá ser presentada en los siguientes formatos: **Digital:** a través de correo electrónico o mensaje de texto (SMS) o **Físico**: impresa en papel común.
- Si tiene inquietudes sobre el proceso, puede comunicarse desde su teléfono móvil marcando al #345 para recibir la asesoría necesaria.

Circular Externa 013 de 2024 emitida por la **Superintendencia Financiera de Colombia**, se permite que la vigencia mínima del SOAT para **vehículos extranjeros que circulen en zonas de frontera sea diaria**. Los vehículos que no reúnan los dos anteriores supuestos, deben regirse por las disposiciones del numeral 2 del artículo 193 de EOSF, en virtud del cual la vigencia mínima del SOAT debe ser anual.

Señor usuario tenga en cuenta las siguientes recomendaciones:

•Recuerde portar siempre su SOAT, las autoridades de tránsito se lo pueden solicitar en cualquier momento.
•Recuerde validar que su póliza está registrada en el RUNT.
•Esté atento al momento en que deba renovar su póliza. No tener SOAT vigente acarrea multas económicas, la detención del vehículo y en caso de accidente de tránsito el cobro por todos los costos de la atención de las víctimas del accidente.
•Adquiera su SOAT en lugares autorizados.

En caso de accidente de tránsito:

•Si alguien resulta herido, debe ser atendido por el prestador de servicios de salud más cercano al lugar del accidente siempre que tenga la capacidad para brindar la atención requerida por las víctimas.
•Ningún prestador de servicios de salud del país puede negarse a atender víctimas de accidentes de tránsito (artículo 195 Decreto Ley 663 de 1993). En caso contrario, denuncie ante la Superintendencia Nacional de Salud.
•Para los gastos médicos, el cobro ante la aseguradora o al Fosyga lo debe realizar la institución prestadora de servicios de salud.
•Para presentar la reclamación ante la compañía aseguradora no se requiere acudir a terceros.

Clausula de Coexistencia de Pólizas:

En concordancia con lo dispuesto en la Circular Externa 021 de 2017, emitida por la Superintendencia Financiera de Colombia, LA PREVISORA S.A. podrá de manera unilateral y exclusivamente a favor del consumidor, modificar la vigencia de la póliza, cuando al momento de registrar la misma en el RUNT, se corrobore que existe una póliza vigente. En estos casos, LA PREVISORA S.A., modificará la vigencia en su fecha de inicio, teniendo como referente la fecha de vencimiento de la póliza que se encuentra

Habeas Data:

Declaro que de forma previa, al momento de la emisión de esta póliza, he autorizado a LA PREVISORA S.A. Compañía de seguros, para que consulte, almacene, administre, transfiera la información personal suministrada durante el proceso de emisión de esta póliza, directamente o por medio de terceros o aliados comerciales, para registrarme en sus bases de datos, informarme por medios escritos, correo electrónico, llamadas telefónicas, envío de mensajes de texto y/o utilizando aplicaciones de mensajería instantánea, todo lo relacionado con la emisión, modificación, o anulación de la(s) póliza(s) que he adquirido, todo lo relacionado con este contrato, para estudios estadísticos internos de la compañía de seguros, gestionar campañas de mercadeo y/o comerciales relacionados con la(s) póliza(s) que adquiero, así como de otros ramos de seguros que maneje LA PREVISORA S.A. enviarme información derivada de todas las funciones que directa o indirectamente se las haya otorgado a las aseguradoras o se les otorguen en el futuro, así como novedades, referencias y manejo de la póliza y demás servicios que surjan del presente contrato, el cual conozco y declaro aceptar en todas sus partes.
Declaro que se me ha informado que, como Titular de información tengo derecho a conocer, actualizar y rectificar mis datos personales, solicitar prueba de autorización que he otorgado para su tratamiento, ser informado sobre el uso que se ha dado a los mismos, presentar quejas ante la SIC por infracción a la ley, revocar la autorización y/o solicitar la supresión de sus datos en los casos en que sea procedente y acceder en forma gratuita a los mismos una vez al mes, que podré ejercerlos en la calle 57 # 9-07 en la ciudad de Bogotá, por medio del teléfono 3487555, y que para más información sobre el tratamiento de mis datos es posible acceder a la Política de Tratamiento de información en la página de internet www.previsora.gov.co

REPÚBLICA DE COLOMBIA
MINISTERIO DE TRANSPORTE
MINISTERIO DE AMBIENTE Y DESARROLLO SOSTENIBLE

Libertad y Orden

RUNT

CERTIFICADO DE REVISIÓN TÉCNICO MECÁNICA Y DE EMISIONES CONTAMINANTES

No. 183448683

DATOS CENTRO DIAGNÓSTICO

Entidad que expide el certificado: CENTRO DE DIAGNÓSTICO AUTOMOTRIZ EL ARAUCO - CDA EL ARAUCO SAS

NIT: 900223997

No. de Certificado de Acreditación: 11-OIN-017

Fecha de expedición: 2025/08/25

Fecha de vencimiento: 2026/08/25

DATOS VEHÍCULO

PLACA: SMJ606

CLASE: AUTOMOVIL

MARCA: JAC

MODELO: 2014

SERVICIO: Público

COMBUSTIBLE: GASOLINA

CILINDRAJE: 1332

NRO. MOTOR: C3410519

NRO. CHASIS: LJ12FKR15E4200785

VIN: LJ12FKR15E4200785

LÍNEA: HFC 7130 A1F

COLOR: AMARILLO

NOMBRE PROPIETARIO: MARCO A. VILLAMIZAR y otro(s)

FIRMA DEL RESPONSABLE

JUAN MANUEL PINILLA CORREDOR

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO **7.392.438**

ROBAYO ZUBIETA

APELLIDOS

JAVIER

NOMBRES

JAVIER ROBAYO

FIRMA

INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **14-JUN-1985**

QUIPILE
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.68	O+	M
ESTATURA	G.S. RH	SEXO

29-SEP-2003 SAN JUAN DE ARAUCA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA

A-4000500-00913982-M-0007392438-20170621 0055581566A 1 1774485684

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 141250217786

(415)7707212489984(8020) 000014125021778 6

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
7 3 9 2 4 3 8	9	Impuestos y Aduanas de Arauca 3 4	

IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente	25. Tipo de documento	26. Número de Identificación
Persona natural o sucesión ilíquida 2	Cédula de Ciudadanía 1 3	7 3 9 2 4 3 8

Lugar de expedición	28. País	29. Departamento	30. Ciudad/Municipio
COLOMBIA	1 6 9	Arauca 8 1	Tame 7 9 4

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
ROBAYO	ZUBIETA	JAVIER	

35. Razón social

36. Nombre comercial	37. Sigla
SURTIDORA DE POLLO SANTIAGO	

UBICACIÓN

38. País	39. Departamento	40. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Arauca 8 1	Tame 7 9 4

41. Dirección principal
CL 18 37 57

42. Correo electrónico liseth_mendoza_@hotmail.com

43. Código postal	44. Teléfono 1	45. Teléfono 2
	3 2 2 2 8 2 7 6 6 9	

CLASIFICACIÓN

Actividad económica						Ocupación	
Actividad principal		Actividad secundaria		Otras actividades			
46. Código	47. Fecha inicio actividad	48. Código	49. Fecha inicio actividad	50. Código 1	2	51. Código	52. Número establecimientos
4 7 2 3	2 0 1 5 0 2 0 5	4 7 4 1	2 0 1 5 0 2 0 5	4 7 7 1	4 9 2 1		1

Responsabilidades, Calidades y Atributos

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26
53. Código	5	4 9																								

05- Impto. renta y compl. régimen ordinar

49 - No responsable de IVA

Usuarios aduaneros																			
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
54. Código																				

Exportadores					
55. Forma	56. Tipo	Servicio	1	2	3
		57. Modo			
		58. CPC			

IMPORTANTE: Sin perjuicio de las actualizaciones a que haya lugar, la inscripción en el Registro Único Tributario -RUT-, tendrá vigencia indefinida y en consecuencia no se exigirá su renovación

Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos SI [ ] NO [X] 60. No. de Folios: 0 61. Fecha 2026-05-06 / 04:08:54PM

La información suministrada a través del formulario oficial de inscripción, actualización, suspensión y cancelación del Registro Único Tributario (RUT), deberá ser exacta y veraz; en caso de constatar inexactitud en alguno de los datos suministrados se adelantarán los procedimientos administrativos sancionatorios o de suspensión, según el caso, Parágrafo del artículo 1.6.1.2.6 del Decreto 1625 del 2016. De igual manera al formalizar el trámite el usuario fue informado y acepta la política de tratamiento de datos ley 1581 de 2012.

Firma del solicitante:

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.

Firma autorizada:

984. Nombre ROBAYO ZUBIETA JAVIER

985. Cargo CONTRIBUYENTE

Fecha generación documento PDF: 06-05-2026 04:09:11PM

REPÚBLICA DE COLOMBIA

MINISTERIO DE TRANSPORTE

LICENCIA DE CONDUCCIÓN

No. 1119510715

EDWIN GABRIEL FLOREZ OSTOS

FECHA DE NACIMIENTO
-10-1989

SANGRE-RH
A+

FECHA DE EXPEDICIÓN
27-01-2026

RESTRICCIONES DEL CONDUCTOR

ORGANISMO DE TRANSITO EXPEDIDOR
INST MOVyTTE MCPAL TAME

CATEGORIAS AUTORIZADAS			
CATEGORIA	CLASE DE VEHICULO	VIGENCIA	SERVICIO
A2	MOTOCICLETA Y MOTOTRICICLO DE CUALQUIER CILINDRAJE.	27-01-2036	PARTICULAR
B2	AUTOMÓVIL, MOTOCARRO, CUATRIMOTO, CAMPERO, CAMIONETA, MICROBÚS, CAMIÓN, BUSETA Y BUS.	27-01-2036	PARTICULAR
C2	AUTOMÓVIL, MOTOCARRO, CAMPERO, CAMIONETA, MICROBÚS, CAMIÓN, BUSETA Y BUS.	27-01-2029	PUBLICO

ESTA LICENCIA ES VALIDA EN TODO EL TERRITORIO NACIONAL

LC12000390984

CEDULA DE CIUDADANIA

REPÚBLICA DE COLOMBIA

NUIP 1.119.510.715

Apellidos
FLOREZ OSTOS

Nombres
EDWIN GABRIEL

Nacionalidad: COL
Estatura: 1.73
Sexo: M
Fecha de nacimiento: 14 OCT 1989
G.S.: A+
Lugar de nacimiento
ARAUCA (ARAUCA)

Fecha y lugar de expedición
18 OCT 2007, PUERTO RONDON

Firma
EDWIN G. FLOREZ

Fecha de expiración
06 AGO 2034

051926027

REGISTRADOR NACIONAL
Hernán Penagos Giraldo

ICCOL051926027440020<<<<<<<<<<
8910141M3408065COL1119510715<1
FLOREZ<OSTOS<<EDWIN<GABRIEL<<<

FUNDACIÓN GESTIÓN SOCIAL "FUNGES"
GESTIÓN COMPROBADA
NIT. 900556022-3

Servicio de papelería para el CBAM

Dirección: Calle 3 No. 7-28 Barrio El Manguito
Teléfono: 3208639029
gestionsocialfunges@gmail.com
Puerto Rondón – Arauca

INVERSIONES MASTER SAS
NIT 901.452.404-1
Calle 15 # 16-20
Tel: (607) 3153431577
Arauca - Colombia
eduardovergara90@hotmail.com

Factura electrÃ³nica de venta
No. FVC 139

Señores	FUNDACION GESTION SOCIAL		
NIT	900.556.022-3	**Teléfono**	(607) 0000000
Dirección	CALLE 13	**Ciudad**	Puerto Rondón - Colombia

Fecha y hora Factura	
Generación	20/04/2026, 16:44
Expedición	20/04/2026, 16:44
Vencimiento	20/04/2026

Ítem	Descripción	Cantidad	Vr. Unitario	Vr. Bruto	Impto. Cargo	Valor Impto.Cargo	Vr. Total
1	SUMINISTRO DE PAPELERIA INCLUYE RESMA DE PAPEL TAMAÑO CARTA, LAPICEROS, LAPICES, RECARGA DE TINTAS PARA IMPRESORAS, CARPETAS 4 ALETAS	1.00	1,324,369.75	1,324,369.75	19 %	251,630.25	1,576,000.00

Total items: 1

Total Bruto	1,324,369.75
IVA 19%	251,630.25
Total a Pagar	1,576,000.00

Valor en Letras: Un millón quinientos setenta y seis mil pesos m/cte

Forma de pago:
Contado

Medio de pago:
Desembolso Crédito plus (CCD+) - Transferencia $ 1,576,000.00

Observaciones:

A esta factura de venta aplican las normas relativas a la letra de cambio (artículo 5 Ley 1231 de 2008). Con esta el Comprador declara haber recibido real y materialmente las mercancías o prestación de servicios descritos en este título - Valor. **Número Autorización Electrónica 18764070412591 aprobado en 20240508 prefijo FVC desde el número 1 al 200 Vigencia: 24 Meses** Responsable de IVA - Actividad Económica 4663 Comercio al por mayor de materiales de construcción, artículos de ferretería, pinturas, productos de vidrio, equipo y materiales de fontanería y calefacción Tarifa 10

CUFE: c8b3aec3306a17bc69c9ce999d0c59bef0872cf17bbda5848fbd3dbe3b1f02deb768072d5f24315527a2ad67dae366b0

INVERSIONES MASTER SAS
NIT 901.452.404-1
Calle 15 # 16-20
Tel: (607) 3153431577
Arauca - Colombia
eduardovergara90@hotmail.com

Factura electrÃ³nica de venta
No. FVC 154

Señores	FUNDACION GESTION SOCIAL		
NIT	900.556.022-3	**Teléfono**	(607) 0000000
Dirección	CALLE 13	**Ciudad**	Puerto Rondón - Colombia

Fecha y hora Factura	
Generación	17/05/2026, 19:05
Expedición	17/05/2026, 19:05
Vencimiento	17/05/2026

Ítem	Descripción	Cantidad	Vr. Unitario	Vr. Bruto	Impto. Cargo	Valor Impto.Cargo	Vr. Total
1	Suministro de papelería	1.00	615,126.05	615,126.05	19 %	116,873.95	732,000.00

Total items: 1

Valor en Letras: Setecientos treinta y dos mil pesos m/cte

Total Bruto	615,126.05
IVA 19%	116,873.95
Total a Pagar	732,000.00

Forma de pago:
Contado

Medio de pago:
Efectivo - Efectivo $ 732,000.00

Observaciones:

A esta factura de venta aplican las normas relativas a la letra de cambio (artículo 5 Ley 1231 de 2008). Con esta el Comprador declara haber recibido real y materialmente las mercancías o prestación de servicios descritos en este título - Valor. **Número Autorización Electrónica 18764110032704 aprobado en 20260521 prefijo FVC desde el número 1 al 200 Vigencia: 24 Meses** Responsable de IVA - Actividad Económica 4663 Comercio al por mayor de materiales de construcción, artículos de ferretería, pinturas, productos de vidrio, equipo y materiales de fontanería y calefacción Tarifa 10

CUFE: 0c93de913885c92c349d5b259e812b3181404e1f0ab2deefd0c6a8632fe3877b4c25f0bbf0b5df7b9c7106132c04eb25

Fabricante Software y Proveedor tecnológico: Siigo SAS - Nit 830.048.145-8, Nombre Software: Siigo Nube, Firma electrónica: ver en el XML

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 1.143.932.527
BEDOYA OCAMPO
APELLIDOS
DIANA MARCELA
NOMBRES
FIRMA

FECHA DE NACIMIENTO 09-MAR-1989
BUGALAGRANDE
(VALLE)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.58 O+ F
ESTATURA G.S. RH SEXO
14-MAY-2008 CALI
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
REGISTRADOR NACIONAL
REPS DERECHO

654

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 141246722444

(415)7707212489984(8020) 000014124672244 4

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
9 0 1 4 5 2 4 0 4	1	Impuestos y Aduanas de Tuluá 2 1	

IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente	25. Tipo de documento	26. Número de Identificación
Persona jurídica 1		

Lugar de expedición	28. País	29. Departamento	30. Ciudad/Municipio

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres

35. Razón social
INVERSIONES MASTER SAS

36. Nombre comercial	37. Sigla
	IM S.A.S

UBICACIÓN

38. País	39. Departamento	40. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Valle del Cauca 7 6	Tuluá 8 3 4

41. Dirección principal
CL 46 N 25 34

42. Correo electrónico cachipropio@gmail.com

43. Código postal	44. Teléfono 1	45. Teléfono 2
	3 1 5 3 4 3 1 5 7 7	3 1 8 2 5 3 8 6 6 5

CLASIFICACIÓN

Actividad económica						Ocupación	
Actividad principal		Actividad secundaria		Otras actividades			
46. Código	47. Fecha inicio actividad	48. Código	49. Fecha inicio actividad	50. Código 1	2	51. Código	52. Número establecimientos
6 8 1 0	2 0 2 1 0 2 0 4	6 8 2 0	2 0 2 5 0 6 1 1	4 6 6 3	4 6 4 9		

Responsabilidades, Calidades y Atributos

53. Código 5 7 1 4 4 2 4 8 5 2 5 5

05- Impto. renta y compl. régimen ordinar
07- Retención en la fuente a título de rent
14- Informante de exogena
42- Obligado a llevar contabilidad
48 - Impuesto sobre las ventas - IVA
52 - Facturador electrónico
55 - Informante de Beneficiarios Finales

Usuarios aduaneros	Exportadores
54. Código 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 / 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20	55. Forma 56. Tipo
	Servicio 1 2 3
	57. Modo
	58. CPC

IMPORTANTE: Sin perjuicio de las actualizaciones a que haya lugar, la inscripción en el Registro Único Tributario -RUT-, tendrá vigencia indefinida y en consecuencia no se exigirá su renovación

Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos SI [ ] NO [X] 60. No. de Folios: 0 61. Fecha 2026-04-21 / 08:25:36AM

La información suministrada a través del formulario oficial de inscripción, actualización, suspensión y cancelación del Registro Único Tributario (RUT), deberá ser exacta y veraz; en caso de constatar inexactitud en alguno de los datos suministrados se adelantarán los procedimientos administrativos sancionatorios o de suspensión, según el caso, Parágrafo del artículo 1.6.1.2.6 del Decreto 1625 del 2016. De igual manera al formalizar el trámite el usuario fue informado y acepta la política de tratamiento de datos ley 1581 de 2012.
Firma del solicitante:

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.
Firma autorizada:

984. Nombre BEDOYA OCAMPO DIANA MARCELA
985. Cargo Representante legal Certificado

Fecha generación documento PDF: 28-05-2026 04:00:19PM

ANEXO No. 04

DOCUMENTACIÓN DE LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO DE TALENTO HUMANO PARA LA ATENCIÓN DEL CENTRO DE BIENESTAR DEL ADULTO MAYOR (CBAM)

COORDINADOR

FUNGES
Gestión Comprobada

FUNDACIÓN GESTIÓN SOCIAL "FUNGES"
GESTIÓN COMPROBADA
NIT. 900556022-3

CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS No. 01 DE 2026

CONTRATANTE: FUNDACIÓN GESTIÓN SOCIAL – FUNGES
NIT: 900.556.022-3
REPRESENTANTE LEGAL: GUSTAVO ALEXIS SARMIENTO
C.C.: 96.194.978 expedida en Tame
CONTRATISTA: JORGE ELIECER PLAZAS LUGO
C.C.: 92.226.105 expedida en Tolú
OBJETO: Prestación de servicios como Coordinador en el Centro de Bienestar del Adulto Mayor (CBAM).
UBICACIÓN: Municipio de Tame – Arauca
VALOR TOTAL: TRECE MILLONES NOVECIENTOS SESENTA Y CINCO MIL PESOS M/CTE ($13.965.000)
VALOR MENSUAL: UN MILLÓN NOVECIENTOS NOVENTA Y CINCO MIL PESOS M/CTE ($1.995.000)
PLAZO: Siete (07) meses
FECHA DE INICIO: 18 de febrero de 2026
FECHA DE TERMINACIÓN: 17 de septiembre de 2026

Entre los suscritos GUSTAVO ALEXIS SARMIENTO, identificado con cédula de ciudadanía No. 96.194.978 expedida en Tame, quien actúa en calidad de Representante Legal de la FUNDACIÓN GESTIÓN SOCIAL – FUNGES, identificada con NIT 900.556.022-3, quien para efectos del presente contrato se denominará EL CONTRATANTE, y por la otra parte JORGE ELIECER PLAZAS LUGO, identificado con cédula de ciudadanía No. 92.226.105 expedida en Tolú, quien actúa en nombre propio y para efectos del presente contrato se denominará EL CONTRATISTA, ambos mayores de edad y con capacidad para contratar, han acordado celebrar el presente Contrato de Prestación de Servicios, el cual se regirá por las siguientes cláusulas.

CONSIDERACIONES:

Que, para la prestación de servicios como Coordinador para el apoyo administrativo en el Centro de Bienestar del Adulto Mayor (CBAM) mediante el Convenio de Asociación No. 002 de 2026 cuyo objeto es "*DESARROLLAR EL PROGRAMA DE ATENCIÓN INTEGRAL A LA PERSONA MAYOR DEL MUNICIPIO DE TAME – DEPARTAMENTO DE ARAUCA*" suscrito entre la FUNDACIÓN GESTIÓN SOCIAL - FUNGES y el MUNICIPIO DE TAME, se hace necesaria la contratación de una persona que cumpla con los requisitos exigidos para desempeñar dichas actividades.
Debido a lo anterior, las partes acuerdan celebrar el presente contrato de conformidad con las siguientes cláusulas:

PRIMERA: Objeto del contrato. El CONTRATISTA, de manera independiente y sin que exista subordinación o relación laboral alguna, se obliga para con el CONTRATANTE a prestar sus servicios como Coordinador del Centro de Bienestar del Adulto Mayor (CBAM), utilizando sus propios medios y con plena autonomía técnica y administrativa.
Como contraprestación por los servicios prestados, el CONTRATANTE pagará al CONTRATISTA los honorarios pactados en el presente contrato.

SEGUNDA: Plazo de Ejecución. El término de duración del presente contrato será de siete (07) meses, contados a partir del 18 de febrero de 2026 hasta el 17 de septiembre de 2026, plazo dentro del cual el CONTRATISTA ejecutará las actividades propias del objeto contractual.

TERCERA: Valor. El valor total del presente contrato es la suma de TRECE MILLONES NOVECIENTOS SESENTA Y CINCO MIL PESOS M/CTE ($13.965.000), suma que será pagada por el CONTRATANTE al CONTRATISTA a título de honorarios,

de acuerdo con la forma de pago establecida en el presente contrato y previa certificación de cumplimiento por parte del supervisor.

CUARTA. Forma de Pago. El valor del presente contrato será pagado por el CONTRATANTE al CONTRATISTA mediante siete (07) pagos mensuales vencidos, cada uno por valor de UN MILLÓN NOVECIENTOS NOVENTA Y CINCO MIL PESOS M/CTE ($1.995.000), previa verificación del cumplimiento de las actividades contractuales por parte del CONTRATANTE y acreditación del pago de los aportes al Sistema de Seguridad Social Integral conforme a la normatividad vigente.

Parágrafo. Los pagos establecidos en el presente contrato estarán sujetos a la disponibilidad y desembolso efectivo de los recursos provenientes del Convenio de Asociación No. 002 de 2026 suscrito entre la FUNDACIÓN GESTIÓN SOCIAL – FUNGES y el Municipio de Tame.

QUINTA: Seguridad Social. El CONTRATISTA declara que realizará de manera independiente los aportes al Sistema de Seguridad Social Integral en salud, pensión y riesgos laborales, de conformidad con la normatividad vigente en Colombia. Para efectos del pago de los honorarios pactados en el presente contrato, el CONTRATISTA deberá acreditar el pago de dichos aportes correspondientes al período ejecutado.

SEXTA: Subcontratación. El CONTRATISTA no podrá ceder ni subcontratar total o parcialmente la ejecución del objeto del presente contrato sin la autorización previa, expresa y escrita del CONTRATANTE.

Parágrafo. En todo caso, el CONTRATISTA será el único responsable por la correcta ejecución de las actividades contratadas y mantendrá indemne al CONTRATANTE frente a cualquier reclamación, demanda o acción legal que pudiera presentarse con ocasión de la ejecución del presente contrato.

SÉPTIMA: Obligaciones Del Contratista. El CONTRATISTA se obliga a ejecutar el Objeto del Contrato, razón por la cual tendrá las siguientes obligaciones:

1. Coordinar y dirigir las actividades del Centro de Bienestar del Adulto Mayor (CBAM) para garantizar el adecuado funcionamiento del servicio y el bienestar de los adultos mayores.
2. Verificar y supervisar que las actividades del personal del CBAM se desarrollen de acuerdo con las funciones asignadas y en beneficio de los adultos mayores.
3. Establecer y organizar los turnos del personal contratista del CBAM de acuerdo con las funciones asignadas.
4. Planificar y organizar las actividades del personal del centro para el adecuado funcionamiento del CBAM.
5. Responder por el control y protección de los bienes e inmuebles del centro de acuerdo con el inventario correspondiente.
6. Llevar el registro de entradas y salidas de insumos o elementos de consumo mediante el formato de Kardex y reportar las necesidades mensuales del centro.
7. Gestionar citas médicas y coordinar el traslado de los adultos mayores a los centros de atención en salud cuando se requiera.
8. Gestionar jornadas de atención médica de acuerdo con las necesidades de los adultos mayores.
9. Velar por el cumplimiento de las obligaciones del personal del centro e informar las novedades que se presenten.
10. Atender y trasladar al supervisor del contrato las peticiones, quejas o reclamos presentados por los adultos mayores.
11. Promover y gestionar actividades de recreación, cultura y aprovechamiento del tiempo libre para los adultos mayores.

12. Apoyar las actividades de verificación, seguimiento o visitas que realice el CONTRATANTE o las entidades que supervisen la ejecución del convenio.
13. Las demás actividades relacionadas con el objeto del contrato que sean requeridas por el supervisor para el adecuado cumplimiento de este.

Parágrafo 1: El CONTRATISTA ejecutará el objeto del presente contrato con plena autonomía técnica, administrativa y operativa, utilizando sus propios medios, recursos y conocimientos, sin que exista subordinación o dependencia respecto de EL CONTRATANTE; en consecuencia, el CONTRATISTA asumirá bajo su exclusiva responsabilidad los riesgos, gastos y obligaciones derivados de la ejecución del contrato.

Parágrafo 2: El CONTRATISTA además de las obligaciones del contrato deberá: 1. Obrar con seriedad y diligencia en el servicio contratado, 2. Presentar evidencias o soportes de las actividades realizadas, tales como registros, formatos o material fotográfico, cuando sean requeridos por el CONTRATANTE, 3. Atender las solicitudes y recomendaciones que haga el CONTRATANTE o sus delegados, con la mayor prontitud. 4. Permitir que el CONTRATANTE o un delegado haga visitas a las instalaciones del CONTRATISTA o el sitio que esté desarrollando las actividades. 5. Pago de los aportes al Sistema de Seguridad Social en salud, pensión y riesgos laborales, conforme a la normatividad vigente.

OCTAVA: Obligaciones del CONTRATANTE: Además de las obligaciones propias del contrato de prestación de servicios, el CONTRATANTE se compromete a suministrar al CONTRATISTA la información necesaria para el desarrollo de las actividades objeto del contrato, facilitar la coordinación con el personal del Centro de Bienestar del Adulto Mayor (CBAM) y efectuar el pago de los honorarios en los términos establecidos en el presente contrato.

NOVENA. Supervisión. El CONTRATANTE o su representante supervisará la ejecución del servicio encomendado y podrá formular las observaciones del caso para ser analizadas en conjunto con el CONTRATISTA.

DÉCIMA: Terminación anticipada. Cualquiera de las partes podrá dar por terminado el presente contrato antes del vencimiento del plazo pactado, mediante comunicación escrita dirigida a la otra parte. En todo caso, el CONTRATANTE podrá darlo por terminado de manera unilateral cuando se presenten circunstancias que afecten la ejecución del objeto contractual, por incumplimiento de las obligaciones del CONTRATISTA o por terminación o modificación del convenio que da origen al presente contrato.

DÉCIMA PRIMERA: Independencia. El CONTRATISTA actuará por su cuenta, con autonomía y sin que exista relación laboral ni subordinación con el CONTRATANTE. Sus derechos se limitarán por la naturaleza del contrato a exigir el cumplimiento de las obligaciones del CONTRATANTE y el pago oportuno de su remuneración fijada en este documento.

DÉCIMA SEGUNDA: Inexistencia de relación laboral. Las partes dejan expresa constancia de que el presente contrato es de naturaleza civil y no genera relación laboral alguna entre el CONTRATANTE y el CONTRATISTA. En consecuencia, el CONTRATISTA actuará con plena autonomía técnica y administrativa en la ejecución de las actividades contratadas y no tendrá derecho al reconocimiento de salarios, prestaciones sociales, indemnizaciones laborales ni demás derechos propios de un contrato de trabajo.

DÉCIMA TERCERA. Cesión. El CONTRATISTA no podrá ceder parcial ni totalmente la ejecución del presente contrato a un tercero sin la previa, expresa y escrita autorización del CONTRATANTE.

DÉCIMA CUARTA: Solución de conflictos. Se acuerda que, de presentarse un conflicto entre las partes, en el marco del presente contrato, las partes deberán acudir en primera instancia a un centro de conciliación certificado.

DÉCIMA QUINTA: Modificaciones. Toda modificación, variación adición o prórroga del presente contrato, deberá constar por escrito, mediante OTRO SÍ, que suscribirán con la firma ambas partes contratantes.

DÉCIMA SEXTA: Domicilio contractual. Para el presente contrato se establece como domicilio contractual el municipio de Tame.

DÉCIMA SÉPTIMA: Declaración del CONTRATISTA. El CONTRATISTA declara bajo la gravedad de juramento que conoce la naturaleza jurídica del presente contrato de prestación de servicios y manifiesta que lo celebra con plena autonomía técnica, administrativa y financiera, sin que exista subordinación ni dependencia respecto del CONTRATANTE. En consecuencia, reconoce que no se genera vínculo laboral alguno ni derecho al pago de prestaciones sociales, indemnizaciones o beneficios propios de un contrato de trabajo. Así mismo, declara que asume de manera independiente las obligaciones tributarias, de seguridad social y demás cargas legales derivadas de la ejecución del presente contrato.

Para constancia, se firma en el municipio de Tame, Arauca, a los dieciocho (18) días del mes de febrero de 2026.

EL CONTRATANTE,

GUSTAVO ALEXIS SARMIENTO
C.C. 96.194.978 expedida en Tame
Representante Legal
FUNDACIÓN GESTIÓN SOCIAL – FUNGES

EL CONTRATISTA,

JORGE ELIECER PLAZAS LUGO
C.C. 92.226.105 expedida en Tolú

659

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

nueva eps

24 2 2026

X

X

X

X

X

PLAZAS | LUGO | JORGE | ELIECER

CC - Cédula de Ciudadanía | 92226105 | X | X

COLOMBIANO | COLOMBIA | ARAUCA | TAME | 10 4 1964

6 | X | X | SURA

PORVENIR | 1995000 | 3103226924

CRA 20 # 18 - 52 B. Boyaca | jorgeplazas69@hotmail.com | ARAUCA

TAME | X | 10855

X

PLAZAS | LUGO | JORGE | ELIECER

CC - Cédula de Ciudadanía | 92226105 | X | X

10 4 1964 | 18 2 2026

Jorge Plazas

nueva eps

Recibido por 24 2 2026

- ORIGINAL: E.P.S. -

ENTREGA CARTA DE DERECHOS Y DEBERES
Y CARTA DE DESEMPEÑO

nueva eps
gente cuidando gente
NIT 900.156.264-2

Autorización de mensajes de texto. (Circular externa 0016 [illegible])

Yo JORGE ELIECER PLAZAS LUGO identificado (a) con CC - Cédula de Ciudadanía
número 92226105 de COLOMBIA, certifico que:

1	¿Previo al diligenciamiento del formulario de afiliación, la EPS le hizo entrega de la carta de derechos y deberes del afiliado y del paciente?	Sí X No☐
2	¿Previo al diligenciamiento del formulario de afiliación, la EPS le hizo entrega de la carta de desempeño donde se presenta de manera clara su puesto en el ranking?	Sí X No☐
3	¿Leyó el contenido de la carta de derechos y deberes del afiliado y del paciente?	Sí X No☐
4	¿Leyó el contenido de la carta de desempeño de la EPS?	Sí X No☐
5	¿Si tenía alguna duda sobre el contenido de la información, fue asesorado adecuadamente por la EPS?	Sí X No☐

Así mismo autorizo a NUEVA EPS, para que envíe información al teléfono celular No. ____________
y/o correo electrónico ____________
Sí☐ No☐
Autorizo la entrega de la carta de Derechos y Deberes del Afiliado y carta de Desempeño, en formato electrónico. Sí☐ No☐
Consulte la carta de derechos y deberes y la carta de desempeño en el micrositio Web https://www.nuevaeps.com.co/carta-derechos-deberes
Evitamos impresiones para ser amigables con el planeta. Sí☐ No☐

Cordialmente,
Firma: Jorge Plazas
Tipo ID: CC - Cédula No. ID: 92226105
Fecha de Solicitud: 24 2 2026
Dirección: CRA 20 # 18 - 52 B. Boyaca
Tel: 3103226924 Municipio: TAME
Departamento: ARAUCA
Huella

Afiliado manifiesta que no sabe o no puede firmar, autoriza a:
Firma: ____________
Tipo ID: ______ No. ID: ____________
Fecha (dd/mm/aaaa): ____________
Dirección: ____________
Tel: ______ Municipio: ______
Departamento: ____________
Huella

[illegible]

Declaración Juramentada de Convivencia: [illegible] Identificación con ______ No. ______
[illegible] del mes ______ del año ______

Autorizaciones

En virtud de la anterior certificación, autorizo expresamente y conforme a lo dispuesto en los artículos 14 y 15 de la Ley 527 de 1999, a NUEVA EPS S.A. para que me remita información en forma de mensajes de datos, a través de mecanismos como sms, short message service, correos electrónicos y redes sociales, relacionados con los servicios de NUEVA EPS S.A. y la carta de derechos y deberes.
Autorizo de manera expresa a NUEVA EPS S.A. y/o a la persona natural o jurídica a quien ésta encargue, para que recolecte, almacene, use, haga circular, actualice o suprima mis datos personales, para acceder a los servicios de la NUEVA EPS S.A. y para el cumplimiento de la carta de derechos y deberes.

Aviso de privacidad

Hago constar expresamente que NUEVA EPS S.A. me informó sobre los siguientes derechos que me asisten como titular de datos personales:

- Acceder a los datos personales que hayan sido objeto de tratamiento conforme a lo dispuesto en la Ley 1581 de 2012 y las demás normas que la modifiquen, adicionen o complementen.
- Conocer, actualizar y rectificar los datos personales frente al responsable del tratamiento y al encargado del tratamiento. Este derecho se podrá ejercer, entre otros datos, en relación con datos parciales, inexactos, incompletos, fraccionados, que induzcan a error, o aquellos datos cuyo tratamiento esté expresamente prohibido o no haya sido autorizado.
- Solicitar prueba de la autorización otorgada al responsable del tratamiento, salvo cuando expresamente se exceptúe como requisito para el tratamiento, de conformidad con lo previsto en el artículo 10 de la Ley 1581 de 2012.
- Ser informado por el responsable del tratamiento o el encargado del tratamiento, previa solicitud, con respecto del uso que le ha dado a los datos personales.
- Presentar ante la Superintendencia de Industria y Comercio quejas por infracciones a lo dispuesto en la Ley 1581 de 2012 y las demás normas que la modifiquen, adicionen o complementen.
- Revocar la autorización y/o solicitar la supresión del dato cuando en el tratamiento no se respeten los principios, derechos y garantías constitucionales y legales. La revocatoria y/o supresión procederá cuando la Superintendencia de Industria y Comercio haya determinado que en el tratamiento el responsable o encargado han incurrido en conductas contrarias a esta ley y a la constitución.

En cumplimiento de la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013 y las demás normas que los modifiquen, adicionen o complementen, le informamos que usted puede conocer la política de tratamiento de los datos personales de NUEVA EPS S.A., a través de los siguientes mecanismos que ponemos a su disposición:

Sitio Web: www.nuevaeps.co
Regimen Contributivo:
Línea Gratuita: 01 8000 954400
Línea de atención en Bogotá (601) 307 7022
Regimen Subsidiado:
Línea Gratuita: 01 8000 95 2000
Línea de atención en Bogotá (601) 307 7051
Oficinas de atención al afiliado de NUEVA EPS S.A.
Conmutador: (601) 419 3000
Dirección Administrativa: Carrera 85K No. 46A – 66 Piso 2

Se da aplicación a la información por usted suministrada en este formato, así como la relacionada en el formulario de afiliación y/o demás documentos anexos, serán utilizados por NUEVA EPS S.A. como responsable del tratamiento de la información únicamente para los fines específicos relacionados con la administración y prestación de servicios en salud del Plan Obligatorio de Salud, de acuerdo con la Ley 1581 de 2012 "Hábeas Data", dicho tratamiento podrá implicar la transferencia, transmisión y/o recolección de los datos, y el cual se realizará a través de sí mismo, terceros encargados de tratamiento de información o de sus aliados comerciales, para fines comerciales y para la correcta prestación del servicio, de la forma indicada en los Términos y Condiciones de cada uno de sus portales y de la Política de Confidencialidad y Protección de Datos.

INFORMACIÓN PARA SER DILIGENCIADA POR EL TRABAJADOR INDEPENDIENTE CUYO INGRESO SEA IGUAL O SUPERIOR A 1 SMMLV

ACTIVIDAD ECONÓMICA	ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES	ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES	INGRESO BASE DE COTIZACIÓN	POSEE VIVIENDA PROPIA		PRODUCTOR AGROPECUARIO	
4759	SURA	PORVENIR	$ 1995000		SI ☐ NO X		SI ☐ NO X

Nivel de Escolaridad	Ninguno ☐	Secundaria ☐	Bachillerato ☐	Profesional ☐	Doctorado ☐	Posición Ocupacional: Patrón/Empleador ☐ Contratista ☐ Trabaja por su Cuenta X
	Preescolar ☐	Media académica o clásica (bachillerato básico) ☐	Técnico Profesional ☐	Especialización ☐	Último Grado	Inicio Contrato 24 2 2026
	Básica Primaria ☐	Media técnica (bachillerato técnico) ☐	Tecnológica ☐	Maestría ☐	Aprobado 11	Fin Contrato

[illegible]

SÓLO DILIGENCIAR SI ES COTIZANTE INDEPENDIENTE PAGO POR TERCERO	Nombre del Tercero	Tipo de Identificación	Identificación del Tercero que realiza el Aporte DV

INFORMACIÓN PARA SER DILIGENCIADA POR LA EPS

Nombre del ASESOR o PROMOTOR	CÓDIGO ASESOR o PROMOTOR	Nombre de OFICINA	
ELSA FLOREZ	A1380	PEPE SIERRA	BOGOTA 24 / 2 / 2026 CIUDAD Y FECHA

Colpensiones

LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES

CERTIFICA QUE

Verificada la base de datos de afiliados, el/la señor/a **JORGE ELIECER PLAZAS LUGO** identificado/a con documento de identidad **Cédula de Ciudadanía** número **92226105,** se encuentra afiliado/a desde **01/11/2014** al Régimen de Prima Media con Prestación Definida (RPM) administrado por la Administradora Colombiana de Pensiones **COLPENSIONES**.

La presente certificación se expide en Bogotá, el día 23 de febrero de 2026.

Rosa Mercedes Nino Amaya
Dirección de Afiliaciones

Nota: Certificado generado desde la página Web. Este documento no es válido para el reconocimiento de prestaciones económicas, está sujeto a verificación y no tiene costo alguno.

CER_AFI_2026020985599

LA GERENCIA DE AFILIACIONES Y NOVEDADES

CERTIFICA QUE:

JORGE ELIECER PLAZAS LUGO identificado con CC. 92226105 registra la siguiente información en el ramo de Riesgos Laborales:

INFORMACIÓN DEL CONTRATANTE	
Nombres y/o Razón	FUNDACION GESTION SOCIAL
Tipo y Numero de Documento	NI - 900556022

INFORMACIÓN RELACIÓN LABORAL			
Fecha de inicio de cobertura	2026/03/03	**Fecha inicio contrato**	2026/02/18
Tipo de vinculación	Independiente con Contrato	**Fecha de fin contrato**	2026/09/17
Riesgo	1	**Código actividad económica**	1701001 - Actividades de administracion empresarial, incluye la supervision, la gestion de otras unidades de la misma compania o
Estado afiliación	Activa		
Fecha retiro	-	**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: **CC02032026J92226105L11812240.** Este código es válido por un mes.

Cordialmente,

Gerencia de afiliaciones y novedades ARL

POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S. A.

FUNDACION GESTION SOCIAL
Nit 900.556.022-3
CALLE 3 7 28 URB LOS MANGOS
Tel: (607) 3208639029
Tame - Colombia

Documento soporte por compras a sujetos no obligados a facturar
No. DSF 257

Proveedor	JORGE ELIECER PLAZAS LUGO		
Nit	92.226.105-0	**Teléfono**	(607) 0000000
Dirección	Cra 20 # 18-52	**Ciudad**	Tame - Colombia

Fecha de compra	Fecha de Vencimiento
2026-04-01	--

Ítem	Descripción	Cantidad	Vr. Unitario	Vr. Total
1	Prestación de servicios como Coordinador del Centro de Bienestar del Adulto Mayor (CBAM) del municipio de Tame, correspondiente al período comprendido entre el 18 de febrero y el 17 de marzo de 2026, en el marco de la ejecución del Convenio de Asociación No. 002 de 2026	1.00	1,995,000.00	1,995,000.00

Valor en Letras:
Un millón novecientos noventa y cinco mil pesos m/cte

Condiciones de Pago:
Efectivo $ 1,995,000.00

Total Bruto	1,995,000.00
Total a Pagar	1,995,000.00

Observaciones:

A este Documento se le aplican las normas relativas del Documento Soporte en adquisidores efectuadas a sujetos no obligados a facturar (Resolución 167 de 30 de diciembre de 2021).
Número Autorización 18764102291617 aprobado en 20251129 prefijo DSF desde el número 201 al 600 Vigencia: Vigencia: 24 meses.

CUDS: 5859bec9b8d352da0185dcbe3f03d3dfca1e14bcb6692868e066a6166d537b504ea45067cc27bf8d460d67c0d13ac00f

Elaborado por Siigo S.A.S Nit: 830.048.145-8

SOI

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

Banco de Bogotá

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CÉDULA DE CIUDADANÍA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	92226105
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			JORGE ELIECER PLAZAS LUGO
CIUDAD/MUNICIPIO:	TAME	DEPARTAMENTO:	ARAUCA
DIRECCIÓN:	CARRERA 20 NO. 18-52	TELÉFONO:	8884260
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Actividades de administración empresarial.
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:			1113437221	TIPO DE PLANILLA:		I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES	febrero AÑO	2026	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES febrero AÑO	2026
DÍAS DE MORA:			3			
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):			2026/03/06	NÚMERO AUTORIZACIÓN:		081064

TOTAL APORTES A PENSIÓN

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	COTIZACIÓN	APORTES VOLUNTARIOS		FSP		MORA		TOTALES		
CÓDIGO	NOMBRE			EMPLEADOR	COTIZANTE	SOLIDARIDAD	SUBSISTENCIA	COTIZACIÓN	FSP	APORTES	MORA	VALOR PAGADO
25-14	25-14 COLPENSIONES	1	$ 121.400	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 300	$ 0	$ 121.400	$ 300	$ 121.700
SUBTOTALES:										$ 121.400	$ 300	$ 121.700

TOTAL APORTES A SALUD

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD		LICENCIA MATERNIDAD		SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN		MORA		TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
EPS037	EPS037-NUEVA EPS	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 94.900	$ 0	$ 200	$ 0	$ 94.900	$ 200	$ 0	$ 95.100
SUBTOTALES:													$ 94.900	$ 200	$ 0	$ 95.100

TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD IRP			SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN	TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PAGO A OTROS RIESGOS	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
14-23	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A	1		$ 0	$ 0		$ 0	$ 4.000	$ 4.000	$ 100	$ 0	$ 4.100
SUBTOTALES:									$ 4.000	$ 100	$ 0	$ 4.100

Planilla Pagada

LIQUIDACION DETALLADA APORTES

DATOS DEL COTIZANTE										NOVEDADES																
Nº	IDENTIFICACIÓN	NOMBRES	TIPO COTIZANTE	SUBTIPO COTIZANTE	SALARIO BÁSICO	TIPO DE SALARIO	COLOMBIANO	EXTRANJERO	REFORMA TRIBUTARIA	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP
1	CC 92226105	PLAZAS LUGO JORGE ELIECER	INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS		$ 1.750.905				NO	18																

Nº	SEGURIDAD SOCIAL															
	PENSIÓN										SALUD					
	ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	FSP SUBSISTENCIA	FSP SOLIDARIDAD	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADO	INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APORTE	ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	TOTAL APORTE
1	25-14 COLPENSIONES	13	$ 758.726	$ 121.400	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 121.400	EPS037-NUEVA EPS	13	$ 758.726	$ 94.900	$ 0	$ 94.900

Nº	SEGURIDAD SOCIAL					PARAFISCALES							
	ARP							CCF		SENA	ICBF	ESAP	MINEDU
	ADMIN	DÍAS COT	IBC	CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APORTE	DÍAS COT	IBC	ADMIN	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE
1	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A	13	$ 758.726	92226105	$ 4.000		$ 0		$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0

TOTAL PAGADO: **$ 220.900**

Planilla Pagada

FUNDACION GESTION SOCIAL
Nit 900.556.022-3
CALLE 3 7 28 URB LOS MANGOS
Tel: (607) 3208639029
Tame - Colombia

Documento soporte por compras a sujetos no obligados a facturar
No. DSF 271

Proveedor	JORGE ELIECER PLAZAS LUGO		
Nit	92.226.105-0	**Teléfono**	(607) 0000000
Dirección	Cra 20 # 18-52	**Ciudad**	Tame - Colombia

Fecha de compra	Fecha de Vencimiento
2026-04-17	--

Ítem	Descripción	Cantidad	Vr. Unitario	Vr. Total
1	Prestación de servicios como Coordinador del Centro de Bienestar del Adulto Mayor (CBAM) del municipio de Tame, correspondiente al período comprendido entre el 18 de marzo y el 17 de abril de 2026, en el marco de la ejecución del Convenio de Asociación No. 002 de 2026	1.00	1,995,000.00	1,995,000.00

Valor en Letras:
Un millón novecientos noventa y cinco mil pesos m/cte

Condiciones de Pago:
Efectivo $ 1,995,000.00

Total Bruto	1,995,000.00
Total a Pagar	1,995,000.00

Observaciones:

A este Documento se le aplican las normas relativas del Documento Soporte en adquisidores efectuadas a sujetos no obligados a facturar (Resolución 167 de 30 de diciembre de 2021).
Número Autorización 18764102291617 aprobado en 20251129 prefijo DSF desde el número 201 al 600 Vigencia: Vigencia: 24 meses.

CUDS: dcc7cef8174f68749a8c8df59c11a65941b5b6946de07cb5c246deccf5d666108cbe5ad7a639007e3a2c96fce63c880a

Elaborado por Siigo S.A.S Nit. 830.048.145-8

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CÉDULA DE CIUDADANÍA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	92226105
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			JORGE ELIECER PLAZAS LUGO
CIUDAD/MUNICIPIO:	TAME	DEPARTAMENTO:	ARAUCA
DIRECCIÓN:	CARRERA 20 NO. 18-52	TELÉFONO:	8884260
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Actividades de administración empresarial.
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:			**1113617341**	TIPO DE PLANILLA:			I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES	marzo AÑO	2026	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES	marzo AÑO	2026
DÍAS DE MORA:			3				
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):			2026/04/09	NÚMERO AUTORIZACIÓN:			678859

TOTAL APORTES A PENSIÓN

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	COTIZACIÓN	APORTES VOLUNTARIOS		FSP		MORA		TOTALES		
CÓDIGO	NOMBRE			EMPLEADOR	COTIZANTE	SOLIDARIDAD	SUBSISTENCIA	COTIZACIÓN	FSP	APORTES	MORA	VALOR PAGADO
25-14	25-14 COLPENSIONES	1	$ 280.200	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 600	$ 0	$ 280.200	$ 600	$ 280.800
SUBTOTALES:										**$ 280.200**	**$ 600**	**$ 280.800**

TOTAL APORTES A SALUD

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD		LICENCIA MATERNIDAD		SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN		MORA		TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
EPS037	EPS037-NUEVA EPS	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 218.900	$ 0	$ 500	$ 0	$ 218.900	$ 500	$ 0	$ 219.400
SUBTOTALES:													**$ 218.900**	**$ 500**	**$ 0**	**$ 219.400**

TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD IRP			SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN	TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PAGO A OTROS RIESGOS	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
14-23	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A	1		$ 0	$ 0		$ 0	$ 9.200	$ 9.200	$ 100	$ 0	$ 9.300
SUBTOTALES:									**$ 9.200**	**$ 100**	**$ 0**	**$ 9.300**

LIQUIDACION DETALLADA APORTES

DATOS DEL COTIZANTE										NOVEDADES																
Nº	IDENTIFICACIÓN	NOMBRES	TIPO COTIZANTE	SUBTIPO COTIZANTE	SALARIO BÁSICO	TIPO DE SALARIO	COLOMBIANO	EXTRANJERO	REFORMA TRIBUTARIA	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP
1	CC 92226105	PLAZAS LUGO JORGE ELIECER	INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS		$ 1.750.905				NO																	

SEGURIDAD SOCIAL															
PENSIÓN										SALUD					
ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	FSP SUBSISTENCIA	FSP SOLIDARIDAD	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADO	INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APORTE	ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	TOTAL APORTE
25-14 COLPENSIONES	30	$ 1.750.905	$ 280.200	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 280.200	EPS037-NUEVA EPS	30	$ 1.750.905	$ 218.900	$ 0	$ 218.900

ARP					PARAFISCALES							
ADMIN	DÍAS COT	IBC	CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APORTE	DÍAS COT	IBC	CCF ADMIN	CCF TOTAL APORTE	SENA TOTAL APORTE	ICBF TOTAL APORTE	ESAP TOTAL APORTE	MINEDU TOTAL APORTE
14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A	30	$ 1.750.905	92226105	$ 9.200		$ 0		$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0

TOTAL PAGADO: $ 509.500

Colpensiones

ARAUCA, 13 de abril de 2026 BZ2026_6081770-1057453

Señor (a)
JORGE ELIECER PLAZAS LUGO
KR 20 18 52 BR BOYACA
TAME,ARAUCA

Referencia: Radicado No 2026_6081770 del 13 de abril de 2026
Ciudadano: JORGE ELIECER PLAZAS LUGO
Identificación: Cédula de ciudadanía 92226105
Tipo de Trámite: Reconocimiento Indemnización vejez

Respetado(a) señor(a):

Reciba un cordial saludo de la Administradora Colombiana de Pensiones – COLPENSIONES.

En atención al trámite iniciado por Usted, nos permitimos informarle que su solicitud ha sido recibida, la cual atenderemos dentro de los términos de la ley; sin embargo de presentarse alguna inconsistencia en su información nos estaremos comunicando con usted para informarle y si es el caso solicitarle la corrección de la misma.

Así mismo, le comunicamos que a la fecha, se está dando traslado al área correspondiente para que inicie el estudio de su solicitud.

Es importante señalar que Colpensiones durante el análisis prestacional, podrá remitir los documentos aportados en la radicación al contratista asignado, con el objeto de realizar investigación administrativa para corroborar la información suministrada, razón por la cual podrá ser contactado para este fin.
En caso de requerir información adicional, lo invitamos a consultar el estado de su trámite a través de nuestro página web www.colpensiones.gov.co, link atención al ciudadano y a conocer la oferta de trámites virtuales que hemos dispuesto para usted, ingresando por el link trámites en Línea; comunicarse con la línea de servicio al ciudadano en Bogotá al 601 4890909, en Medellín al 604 2836090, o con la línea gratuita nacional al 018000 41 0909 o solicitando cita previa al número 601 4870305 para acercarse a uno de nuestros Puntos de Atención Colpensiones (PAC), en donde estaremos dispuestos a brindarle el mejor servicio.

Colpensiones
Sede Principal: Carrera 7 No. 74 – 21, Bogotá D.C., Colombia
Dirección correspondencia: Carrera 9 No. 59 – 43 Lc 4 Ed. Urban Essence, Bogotá D.C., Colombia
Conmutador: (+57) 601 489 0909 Conmutador BEPS: (+57) 601 487 0300
Línea Gratuita: 01 8000 410909 Línea Gratuita BEPS: 01 8000 410777
www.colpensiones.gov.co

Agradecemos su confianza y le recordamos que estamos para servirle.

Documentos que anexó el usuario:

Tipo de documento	Cantidad folios
Formato solicitud de prestaciones económicas	2
Documento de identidad del afiliado	1
Formato para solicitud de indemnización ó declaración expresa en la que el asegurado manifieste su imposibilidad de continuar aportando al Sistema General de Pensiones	1
Formato declaración de no pensión	1
Autorización Notificación por correo electrónico	1

Atentamente,

LUZ ADRIANA LOAIZA SANDOVAL
Directora de Atención y Servicio

Colpensiones
Sede Principal: Carrera 7 No. 74 – 21, Bogotá D.C., Colombia
Dirección correspondencia: Carrera 9 No. 59 – 43 Lc 4 Ed. Urban Essence, Bogotá D.C., Colombia
Conmutador: (+57) 601 489 0909 Conmutador BEPS: (+57) 601 487 0300
Línea Gratuita: 01 8000 410909 Línea Gratuita BEPS: 01 8000 410777
www.colpensiones.gov.co

JESÚS HUMBERTO OSORIO LEAL
CONTADOR PUBLICO
CEDULA DE CIUDADANÍA No 17'335.429 DE VILLAVICENCIO
T.P.N. 47972-T EXPEDIDA POR LA JUNTA CENTRAL DE CONTADORES

CERTIFICA

Que el señor, JORGE ELIECER PLAZAS LUGO, identificado con Cedula de ciudadanía No 92,226,105 expedida en Tolú - Sucre, de profesión empleado, con domicilio en la Cr 20 # 18 - 52 barrio Boyacá, Municipio de Tame, departamento de Arauca. Celular 3103226924.

Mediante resolución número SUB 129750 22 ABR 2026, emitida ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES, en el Artículo primero se le reconoció y ordeno el pago de una indemnización sustitutiva de pensión, así mismo en el artículo segundo ordeno ser ingresado a la nomina para el periodo 202605, el cual se pagará el ultimo día hábil del mismo mes en la central de pagos del banco DAVIVIENDA de Tame.

Teniendo en cuenta lo anterior a partir del 1 de mayo de 2026, no se debe efectuar descuento alguno por concepto de aportes a pensión.

Este documento se expide basado en la resolución número SUB 129750 22 ABR 2026, para tramites de pagos de nómina en el municipio de Tame, el 30 de abril de 2026.

JESUS HUMBERTO OSORIO LEAL
Contador Público T. P. No 47972-T

Cl 19 No 21-65 ARAUCA- ARAUCA, CEL 3208082479

UNIDAD ADMINISTRATIVA ESPECIAL **JUNTA CENTRAL DE CONTADORES**

Certificado No:
6 1 2 A F D A 8 2 5 E 1 D 4 4 7

LA REPUBLICA DE COLOMBIA

MINISTERIO DE COMERCIO, INDUSTRIA Y TURISMO

UNIDAD ADMINISTRATIVA ESPECIAL

JUNTA CENTRAL DE CONTADORES

CERTIFICA A:
QUIEN INTERESE

Que el contador público **JESUS HUMBERTO OSORIO LEAL** identificado con CÉDULA DE CIUDADANÍA No 17335429 de VILLAVICENCIO (META) Y Tarjeta Profesional No 47972-T SI tiene vigente su inscripción en la Junta Central de Contadores y desde la fecha de Inscripción.

NO REGISTRA ANTECEDENTES DISCIPLINARIOS . . . . . .

Dado en BOGOTA a los 7 días del mes de Abril de 2026 con vigencia de (3) Meses, contados a partir de la fecha de su expedición.

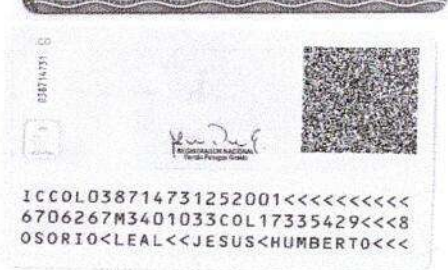
SANDRA MILENA BARRIOS PULIDO
DIRECTOR GENERAL

ESTE CERTIFICADO DIGITAL TIENE PLENA VALIDEZ DE CONFORMIDAD CON LO ESTABLECIDO EN EL ARTICULO 2 DE LA LEY 527 DE 1999, DECRETO UNICO REGLAMENTARIO 1074 DE 2015 Y ARTICULO 6 PARAGRAFO 3 DE LA LEY 962 DEL 2005

Para confirmar los datos y veracidad de este certificado, lo puede consultar en la página web www.jcc.gov.co digitando el número del certificado

ESTE DOCUMENTO NO ES VALIDO SIN LA FIRMA DEL CONTADOR PUBLICO

VALIDO PARA : JORGE ELIECER PLAZAS LUGO
NIT. y/o C.C. : 92,226,105 de Tolú
DESTINO A : Municipio de Tame
PARA : Actualización información



FUNDACION GESTION SOCIAL
Nit 900.556.022-3
CALLE 3 7 28 URB LOS MANGOS
Tel: (607) 3208639029
Tame - Colombia

Documento soporte por compras a sujetos no obligados a facturar
No. DSF 286

Proveedor	JORGE ELIECER PLAZAS LUGO		
Nit	92.226.105-0	**Teléfono**	(607) 0000000
Dirección	Cra 20 # 18-52	**Ciudad**	Tame - Colombia

Fecha de compra	Fecha de Vencimiento
2026-05-19	--

Ítem	Descripción	Cantidad	Vr. Unitario	Vr. Total
1	Prestación de servicios como Coordinador del Centro de Bienestar del Adulto Mayor (CBAM) del municipio de Tame, correspondiente al período comprendido entre el 18 de abril y el 17 de mayo de 2026, en el marco de la ejecución del Convenio de Asociación No. 002 de 2026	1.00	1,995,000.00	1,995,000.00

Valor en Letras:
Un millón novecientos noventa y cinco mil pesos m/cte

Condiciones de Pago:
Efectivo $ 1,995,000.00

Total Bruto	1,995,000.00
Total a Pagar	1,995,000.00

Observaciones:

A este Documento se le aplican las normas relativas del Documento Soporte en adquisidores efectuadas a sujetos no obligados a facturar (Resolución 167 de 30 de diciembre de 2021).
Número Autorización 18764102291617 aprobado en 20251129 prefijo DSF desde el número 201 al 600 Vigencia: 24 meses.

CUDS: b8f4320fbe765c78d1233be71cfba10ec9f732ae403522c3e993023b41b8e67fc89319697fe156d7de019ac08337ca30

Elaborado por Siigo S.A.S Nit: 830.048.145-8

620

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

Bancolombia

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CÉDULA DE CIUDADANÍA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	92226105
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			JORGE ELIECER PLAZAS LUGO
CIUDAD/MUNICIPIO:	TAME	DEPARTAMENTO:	ARAUCA
DIRECCIÓN:	CARRERA 20 NO. 18-52	TELÉFONO:	8884260
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Actividades de administración empresarial.
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:			6017369032	TIPO DE PLANILLA:			I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES	abril AÑO	2026	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES	abril AÑO	2026
DÍAS DE MORA:			1				
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):			2026/05/06	NÚMERO AUTORIZACIÓN:			284866349

TOTAL APORTES A SALUD

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD		LICENCIA MATERNIDAD		SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN		MORA		TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
EPS037	EPS037-NUEVA EPS	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 218.900	$ 0	$ 200	$ 0	$ 218.900	$ 200	$ 0	$ 219.100
SUBTOTALES:													$ 218.900	$ 200	$ 0	$ 219.100

TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD IRP			SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN	TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PAGO A OTROS RIESGOS	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
14-23	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A	1		$ 0	$ 0		$ 0	$ 9.200	$ 9.200	$ 100	$ 0	$ 9.300
SUBTOTALES:									$ 9.200	$ 100	$ 0	$ 9.300

LIQUIDACION DETALLADA APORTES

DATOS DEL COTIZANTE										NOVEDADES																
Nº	IDENTIFICACIÓN	NOMBRES	TIPO COTIZANTE	SUBTIPO COTIZANTE	SALARIO BÁSICO	TIPO DE SALARIO	COLOMBIANO	EXTRANJERO	REFORMA TRIBUTARIA	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP
1	CC 92226105	PLAZAS LUGO JORGE ELIECER	INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS	NO OBLIG COT PENS EDAD	$ 1.750.905				NO																	

	SEGURIDAD SOCIAL																					PARAFISCALES							
	PENSIÓN										SALUD						ARP							CCF		SENA	ICBF	ESAP	MINEDU
					FSP		APORTES VOLUNTARIOS																						
Nº	ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	SUBSISTENCIA	SOLIDARIDAD	EMPLEADOR	EMPLEADO	INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APORTE	ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	TOTAL APORTE	ADMIN	DÍAS COT	IBC	CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APORTE	DÍAS COT	IBC	ADMIN	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE
1			$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0		$ 0	EPS037-NUEVA EPS	30	$ 1.750.905	$ 218.900	$ 0	$ 218.900	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A	30	$ 1.750.905	92226105	$ 9.200		$ 0		$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0

TOTAL PAGADO: $ 228.400

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

Bancolombia

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN: CÉDULA DE CIUDADANÍA
NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN: 92226105
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL: JORGE ELIECER PLAZAS LUGO
CIUDAD/MUNICIPIO: TAME
DEPARTAMENTO: ARAUCA
DIRECCIÓN: CARRERA 20 NO. 18-52
TELÉFONO: 8884260
TIPO APORTANTE: 02-INDEPENDIENTE
CLASE APORTANTE: I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA: PRIVADA
ACTIVIDAD ECONOMICA: Actividades de administración empresarial.
FORMA DE PRESENTACIÓN: ÚNICO
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA): NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA: 6020639024
TIPO DE PLANILLA: N-CORRECCIONES
PERIODO COTIZACIÓN OTROS MES abril AÑO 2026
PERIODO COTIZACIÓN SALUD: MES abril AÑO 2026
DÍAS DE MORA: 16
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd): 2026/05/21
NÚMERO AUTORIZACIÓN: 326535644
NÚMERO DE LA PLANILLA ASOCIADA: 6017369032
FECHA DE PAGO DE LA PLANILLA ASOCIADA: 2026/05/06

TOTAL APORTES A PENSIÓN

ADMINISTRADORA CÓDIGO	ADMINISTRADORA NOMBRE	No. COTIZANTES	COTIZACIÓN	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR	APORTES VOLUNTARIOS COTIZANTE	FSP SOLIDARIDAD	FSP SUBSISTENCIA	MORA COTIZACIÓN	MORA FSP	TOTALES APORTES	TOTALES MORA	TOTALES VALOR PAGADO
25-14	25-14 COLPENSIONES	1	$ 280.200	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 3.300	$ 0	$ 280.200	$ 3.300	$ 283.500
SUBTOTALES:										**$ 280.200**	**$ 3.300**	**$ 283.500**

TOTAL APORTES A SALUD

ADMINISTRADORA CÓDIGO	ADMINISTRADORA NOMBRE	No. COTIZANTES	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD NÚMERO AUTORIZACIÓN	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD VALOR	LICENCIA MATERNIDAD NÚMERO AUTORIZACIÓN	LICENCIA MATERNIDAD VALOR	SALDO A FAVOR PLANILLA	SALDO A FAVOR VALOR	LIQUIDACIÓN COTIZACIÓN	LIQUIDACIÓN VALOR ADRES	MORA COTIZACIÓN	MORA VALOR ADRES	TOTALES APORTES	TOTALES MORA	TOTALES DESCUENTO	TOTALES VALOR PAGADO
EPS037	EPS037-NUEVA EPS	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
SUBTOTALES:													**$ 0**	**$ 0**	**$ 0**	**$ 0**

TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES

ADMINISTRADORA CÓDIGO	ADMINISTRADORA NOMBRE	No. COTIZANTES	INCAPACIDAD IRP NÚMERO AUTORIZACIÓN	INCAPACIDAD IRP VALOR	PAGO A OTROS RIESGOS	SALDO A FAVOR PLANILLA	SALDO A FAVOR VALOR	LIQUIDACIÓN COTIZACIÓN	TOTALES APORTES	TOTALES MORA	TOTALES DESCUENTO	TOTALES VALOR PAGADO
14-23	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A	1		$ 0	$ 0		$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
SUBTOTALES:									**$ 0**	**$ 0**	**$ 0**	**$ 0**

LIQUIDACION DETALLADA APORTES

Nº	IDENTIFICACIÓN	NOMBRES	TIPO COTIZANTE	SUBTIPO COTIZANTE	SALARIO BÁSICO	TIPO DE SALARIO	COLOMBIANO EXTRANJERO	REFORMA TRIBUTARIA	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP
1	CC 92226105	PLAZAS LUGO JORGE ELIECER	INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS	NO OBLIG COT PENS EDAD	$ 1.750.905			NO							A										
2	CC 92226105	PLAZAS LUGO JORGE ELIECER	INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACION DE SERVICIOS		$ 1.750.905			NO							C										
3	CC 92226105	PLAZAS LUGO JORGE ELIECER	INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS		$ 1.750.905			NO							R										

Nº	PENSIÓN ADMIN	PENSIÓN DÍAS COT	PENSIÓN IBC	PENSIÓN COTIZACIÓN	FSP SUBSISTENCIA	FSP SOLIDARIDAD	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADO	INDICADOR TARIFA ESPECIAL	PENSIÓN TOTAL APORTE	SALUD ADMIN	SALUD DÍAS COT	SALUD IBC	SALUD COTIZACIÓN	SALUD VALOR ADRES	SALUD TOTAL APORTE
1	25-14 COLPENSIONES	0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0		$ 0	EPS037-NUEVA EPS	30	$ 1.750.905	$ 218.900	$ 0	$ 218.900
2	25-14 COLPENSIONES	30	$ 1.750.905	$ 280.200	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 280.200	EPS037-NUEVA EPS	30	$ 1.750.905	$ 218.900	$ 0	$ 218.900
3	25-14 COLPENSIONES	30	$ 1.750.905	$ 280.200	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 280.200	EPS037-NUEVA EPS	0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0

Nº	ARP ADMIN	ARP DÍAS COT	ARP IBC	CENTRO DE TRABAJO	ARP TOTAL APORTE	PARAFISCALES DÍAS COT	PARAFISCALES IBC	CCF ADMIN	CCF TOTAL APORTE	SENA TOTAL APORTE	ICBF TOTAL APORTE	ESAP TOTAL APORTE	MINEDU TOTAL APORTE
1	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A	30	$ 1.750.905	92226105	$ 9.200		$ 0		$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
2	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A	30	$ 1.750.905	92226105	$ 9.200		$ 0		$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
3	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A	0	$ 0	92226105	$ 0		$ 0		$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0

TOTAL PAGADO: $ 283.500

FUNGES

FUNDACIÓN GESTIÓN SOCIAL "FUNGES"
GESTIÓN COMPROBADA
NIT. 900556022-3

AUXILIAR DE ENFERMERÍA No. 1

Dirección: Calle 3 No. 7-28 Barrio El Manguito
Teléfono: 3208639029
gestionsocialfunges@gmail.com
Puerto Rondón – Arauca

FUNGES
Gestión Comprobada

FUNDACIÓN GESTIÓN SOCIAL "FUNGES"
GESTIÓN COMPROBADA
NIT. 900556022-3

CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS No. 02 DE 2026

CONTRATANTE: FUNDACIÓN GESTIÓN SOCIAL – FUNGES
NIT: 900.556.022-3
REPRESENTANTE LEGAL: GUSTAVO ALEXIS SARMIENTO
C.C.: 96.194.978 expedida en Tame
CONTRATISTA: FERNANDO SERAFIN PRECIADO RAMIREZ
C.C.: 1.116.867.834 expedida en Tame
OBJETO: Prestación de servicios como Auxiliar de Enfermería en el Centro de Bienestar del Adulto Mayor (CBAM).
UBICACIÓN: Municipio de Tame – Arauca
VALOR TOTAL: TRECE MILLONES NOVECIENTOS SESENTA Y CINCO MIL PESOS M/CTE ($13.965.000)
VALOR MENSUAL: UN MILLÓN NOVECIENTOS NOVENTA Y CINCO MIL PESOS M/CTE ($1.995.000)
PLAZO: Siete (07) meses
FECHA DE INICIO: 18 de febrero de 2026
FECHA DE TERMINACIÓN: 17 de septiembre de 2026

Entre los suscritos GUSTAVO ALEXIS SARMIENTO, identificado con cédula de ciudadanía No. 96.194.978 expedida en Tame, quien actúa en calidad de Representante Legal de la FUNDACIÓN GESTIÓN SOCIAL – FUNGES, identificada con NIT 900.556.022-3, quien para efectos del presente contrato se denominará EL CONTRATANTE, y por la otra parte FERNANDO SERAFIN PRECIADO RAMIREZ, identificado con cédula de ciudadanía No. 1.116.867.834 expedida en Tame, quien actúa en nombre propio y para efectos del presente contrato se denominará EL CONTRATISTA, ambos mayores de edad y con capacidad para contratar, han acordado celebrar el presente Contrato de Prestación de Servicios, el cual se regirá por las siguientes cláusulas.

CONSIDERACIONES:

Que, para la prestación de servicios como Auxiliar de Enfermería en el Centro de Bienestar del Adulto Mayor (CBAM) mediante el Convenio de Asociación No. 002 de 2026 cuyo objeto es "*DESARROLLAR EL PROGRAMA DE ATENCIÓN INTEGRAL A LA PERSONA MAYOR DEL MUNICIPIO DE TAME – DEPARTAMENTO DE ARAUCA*" suscrito entre la FUNDACIÓN GESTIÓN SOCIAL - FUNGES y el MUNICIPIO DE TAME, se hace necesaria la contratación de una persona que cumpla con los requisitos exigidos para desempeñar dichas actividades.
Debido a lo anterior, las partes acuerdan celebrar el presente contrato de conformidad con las siguientes cláusulas:

PRIMERA: Objeto del contrato. El CONTRATISTA se obliga para con el CONTRATANTE, de manera independiente y sin que exista subordinación o relación laboral alguna, a prestar sus servicios como Auxiliar de Enfermería en el Centro de Bienestar del Adulto Mayor (CBAM), apoyando las actividades de cuidado, atención básica en salud, acompañamiento y bienestar de los adultos mayores, utilizando sus propios medios y con autonomía técnica y administrativa. Como contraprestación, el CONTRATANTE pagará al CONTRATISTA los honorarios establecidos en el presente contrato.

SEGUNDA: Plazo de Ejecución. El término de duración del presente contrato será de siete (07) meses, contados a partir del 18 de febrero de 2026 hasta el 17 de septiembre de 2026, plazo dentro del cual el CONTRATISTA ejecutará las actividades propias del objeto contractual.

TERCERA: Valor. El valor total del presente contrato es la suma de TRECE MILLONES NOVECIENTOS SESENTA Y CINCO MIL PESOS M/CTE ($13.965.000), suma que será pagada por el CONTRATANTE al CONTRATISTA a título de honorarios,

de acuerdo con la forma de pago establecida en el presente contrato y previa certificación de cumplimiento por parte del supervisor.

CUARTA. Forma de Pago. El valor del presente contrato será pagado por el CONTRATANTE al CONTRATISTA mediante siete (07) pagos mensuales vencidos, cada uno por valor de UN MILLÓN NOVECIENTOS NOVENTA Y CINCO MIL PESOS M/CTE ($1.995.000), previa verificación del cumplimiento de las actividades contractuales por parte del CONTRATANTE y acreditación del pago de los aportes al Sistema de Seguridad Social Integral conforme a la normatividad vigente.

Parágrafo. Los pagos establecidos en el presente contrato estarán sujetos a la disponibilidad y desembolso efectivo de los recursos provenientes del Convenio de Asociación No. 002 de 2026 suscrito entre la FUNDACIÓN GESTIÓN SOCIAL – FUNGES y el Municipio de Tame.

QUINTA: Seguridad Social. El CONTRATISTA declara que realizará de manera independiente los aportes al Sistema de Seguridad Social Integral en salud, pensión y riesgos laborales, de conformidad con la normatividad vigente en Colombia. Para efectos del pago de los honorarios pactados en el presente contrato, el CONTRATISTA deberá acreditar el pago de dichos aportes correspondientes al período ejecutado.

SEXTA: Subcontratación. El CONTRATISTA no podrá ceder ni subcontratar total o parcialmente la ejecución del objeto del presente contrato sin la autorización previa, expresa y escrita del CONTRATANTE.

Parágrafo. En todo caso, el CONTRATISTA será el único responsable por la correcta ejecución de las actividades contratadas y mantendrá indemne al CONTRATANTE frente a cualquier reclamación, demanda o acción legal que pudiera presentarse con ocasión de la ejecución del presente contrato.

SÉPTIMA: Obligaciones Del Contratista. El CONTRATISTA se obliga a ejecutar el Objeto del Contrato, razón por la cual tendrá las siguientes obligaciones:

1. Asear las camas de los adultos mayores o brindar apoyo en esta actividad según su condición.
2. Realizar el aseo e higiene personal de los adultos mayores cuando su condición lo requiera.
3. Realizar y registrar los procedimientos efectuados a los adultos mayores de acuerdo con las indicaciones médicas.
4. Organizar y mantener limpios los carros de curación y los elementos utilizados en la atención.
5. Recibir, distribuir y suministrar los alimentos a los adultos mayores que no puedan desplazarse al comedor.
6. Administrar y registrar los medicamentos de acuerdo con la prescripción médica.
7. Realizar la toma y registro de signos vitales según diagnóstico o indicación médica.
8. Acompañar a los adultos mayores a las citas de control médico ante la IPS correspondiente cuando se requiera.
9. Desarrollar actividades que contribuyan al cuidado, bienestar y mejoramiento de las condiciones de salud de los adultos mayores.
10. Apoyar las actividades y programas que se desarrollen en el Centro de Bienestar del Adulto Mayor (CBAM).
11. Llevar registro de las actividades realizadas y diligenciar los formatos o soportes requeridos por el Centro de Bienestar del Adulto Mayor (CBAM).
12. Informar oportunamente al coordinador o supervisor sobre cualquier novedad en el estado de salud de los adultos mayores.
13. Cumplir con los protocolos de bioseguridad, higiene y cuidado establecidos por el CBAM y las autoridades de salud.
14. Las demás actividades que le sean asignadas por el supervisor del contrato y que sean inherentes al objeto de este.

Parágrafo 1: El CONTRATISTA ejecutará el objeto del presente contrato con plena autonomía técnica, administrativa y operativa, utilizando sus propios medios, recursos y conocimientos, sin que exista subordinación o dependencia respecto de EL CONTRATANTE; en consecuencia, el CONTRATISTA asumirá bajo su exclusiva responsabilidad los riesgos, gastos y obligaciones derivados de la ejecución del contrato.

Parágrafo 2: El CONTRATISTA además de las obligaciones del contrato deberá: 1. Obrar con seriedad y diligencia en el servicio contratado, 2. Presentar evidencias o soportes de las actividades realizadas, tales como registros, formatos o material fotográfico, cuando sean requeridos por el CONTRATANTE, 3. Atender las solicitudes y recomendaciones que haga el CONTRATANTE o sus delegados, con la mayor prontitud. 4. Permitir que el CONTRATANTE o un delegado haga visitas a las instalaciones del CONTRATISTA o el sitio que esté desarrollando las actividades. 5. Pago de los aportes al Sistema de Seguridad Social en salud, pensión y riesgos laborales, conforme a la normatividad vigente.

OCTAVA: Obligaciones del CONTRATANTE: Además de las obligaciones propias del contrato de prestación de servicios, el CONTRATANTE se compromete a suministrar al CONTRATISTA la información necesaria para el desarrollo de las actividades objeto del contrato, facilitar la coordinación con el personal del Centro de Bienestar del Adulto Mayor (CBAM) y efectuar el pago de los honorarios en los términos establecidos en el presente contrato.

NOVENA. Supervisión. El CONTRATANTE o su representante supervisará la ejecución del servicio encomendado y podrá formular las observaciones del caso para ser analizadas en conjunto con el CONTRATISTA.

DÉCIMA: Terminación anticipada. Cualquiera de las partes podrá dar por terminado el presente contrato antes del vencimiento del plazo pactado, mediante comunicación escrita dirigida a la otra parte. En todo caso, el CONTRATANTE podrá darlo por terminado de manera unilateral cuando se presenten circunstancias que afecten la ejecución del objeto contractual, por incumplimiento de las obligaciones del CONTRATISTA o por terminación o modificación del convenio que da origen al presente contrato.

DÉCIMA PRIMERA: Independencia. El CONTRATISTA actuará por su cuenta, con autonomía y sin que exista relación laboral ni subordinación con el CONTRATANTE. Sus derechos se limitarán por la naturaleza del contrato a exigir el cumplimiento de las obligaciones del CONTRATANTE y el pago oportuno de su remuneración fijada en este documento.

DÉCIMA SEGUNDA: Inexistencia de relación laboral. Las partes dejan expresa constancia de que el presente contrato es de naturaleza civil y no genera relación laboral alguna entre el CONTRATANTE y el CONTRATISTA. En consecuencia, el CONTRATISTA actuará con plena autonomía técnica y administrativa en la ejecución de las actividades contratadas y no tendrá derecho al reconocimiento de salarios, prestaciones sociales, indemnizaciones laborales ni demás derechos propios de un contrato de trabajo.

DÉCIMA TERCERA. Cesión. El CONTRATISTA no podrá ceder parcial ni totalmente la ejecución del presente contrato a un tercero sin la previa, expresa y escrita autorización del CONTRATANTE.

DÉCIMA CUARTA: Solución de conflictos. Se acuerda que, de presentarse un conflicto entre las partes, en el marco del presente contrato, las partes deberán acudir en primera instancia a un centro de conciliación certificado.

DÉCIMA QUINTA: Modificaciones. Toda modificación, variación adición o prórroga del presente contrato, deberá constar por escrito, mediante OTRO SÍ, que suscribirán con la firma ambas partes contratantes.

DÉCIMA SEXTA: Domicilio contractual. Para el presente contrato se establece como domicilio contractual el municipio de Tame.

DÉCIMA SÉPTIMA: Declaración del CONTRATISTA. El CONTRATISTA declara bajo la gravedad de juramento que conoce la naturaleza jurídica del presente contrato de prestación de servicios y manifiesta que lo celebra con plena autonomía técnica, administrativa y financiera, sin que exista subordinación ni dependencia respecto del CONTRATANTE. En consecuencia, reconoce que no se genera vínculo laboral alguno ni derecho al pago de prestaciones sociales, indemnizaciones o beneficios propios de un contrato de trabajo. Así mismo, declara que asume de manera independiente las obligaciones tributarias, de seguridad social y demás cargas legales derivadas de la ejecución del presente contrato.

Para constancia, se firma en el municipio de Tame, Arauca, a los dieciocho (18) días del mes de febrero de 2026.

EL CONTRATANTE,

GUSTAVO ALEXIS SARMIENTO
C.C. 96.194.978 expedida en Tame
Representante Legal
FUNDACIÓN GESTIÓN SOCIAL – FUNGES

EL CONTRATISTA,

FERNANDO SERAFIN PRECIADO RAMIREZ
C.C. 1.116.867.834 expedida en Tame

675

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

nueva eps

24 2 2026

X X X X

PRECIADO RAMIREZ FERNANDO SERAFIN

CC - Cédula de Ciudadanía 1116867834

COLOMBIANO COLOMBIA ARAUCA TAME 28 4 1995

6 PORVENIR 1995000 SURA

CLL 15 # 8-99 B. San Antonio 3116004691

fernandoserafinpreciadoramirez@gmail.com

TAME ARAUCA 10855

PRECIADO RAMIREZ FERNANDO SERAFIN

CC - Cédula de Ciudadanía 1116867834

28 4 1995 18 2 2026

Fernando Serafin Preciado

nueva eps

Recibido por: 24 2 2026

- ORIGINAL: E.P.S. -

ENTREGA CARTA DE DERECHOS Y DEBERES
Y CARTA DE DESEMPEÑO

nueva eps
gente cuidando gente
NIT. 900.156.264-2

Autorización de mensajes de texto. [illegible]

Yo FERNANDO SERAFIN PRECIADO RAMIREZ identificado (a) con CC - Cédula de Ciudadanía

número 1116867834 de COLOMBIA certifico que:

1	¿Previo al diligenciamiento del formulario de afiliación, la EPS le hizo entrega de la carta de derechos y deberes del afiliado y del paciente?	SI X No☐
2	¿Previo al diligenciamiento del formulario de afiliación, la EPS le hizo entrega de la carta de desempeño donde se presenta de manera clara su puesto en el ranking?	SI X No☐
3	¿Leyó el contenido de la carta de derechos y deberes del afiliado y del paciente?	SI X No☐
4	¿Leyó el contenido de la carta de desempeño de la EPS?	SI X No☐
5	¿Si tuvo alguna duda sobre el contenido de la información, fue asesorado adecuadamente por la EPS?	SI X No☐

Así mismo autorizo a NUEVA EPS, para que envíe información al teléfono celular No ____________
y/o correo electrónico: ____________
SI☐ No☐
Autorizo la entrega de la carta de Derechos y Deberes del Afiliado y carta de Desempeño, en formato electrónico SI☐ No☐
Consulte la carta de derechos y deberes y la carta de desempeño en el siguiente link: [illegible]
Evitando impresiones para ser amigable con el planeta. SI ☐ NO ☐

Cordialmente,

Firma: Fernando Cerafin Preciado
Tipo ID: CC - Cédula No. ID: 1116867834
Fecha de Solicitud: 24 2 2026
Dirección: CLL 15 # 8-99 B. San Antonio
Tel: 3116004691 Municipio: TAME
Departamento: ARAUCA
Huella

Afiliado manifiesta que no sabe o no puede firmar, autoriza a:

Firma: ____________
Tipo ID: ______ No. ID: ______
Fecha (dd/mm/aaaa): ____________
Dirección: ____________
Tel: ______ Municipio: ______
Departamento: ____________
Huella

Manifiesto con mi firma la aceptación de [illegible] NUEVA EPS S.A. [illegible] de la NUEVA EPS S.A.

Declaración Juramentada de Convivencia: Declaro que convivo con el(la) Señor(a) ____________ identificado(a) con ______ No. ______ desde el día ______ del mes ______ del año ______

Autorizaciones

En virtud de la anterior certificación, autorizo expresamente y conforme a lo dispuesto en los artículos 14 y 15 de la Ley 527 de 1999, a NUEVA EPS S.A. para que me remita información en forma de mensajes de datos, a través de mecanismos como sms -short message service-, correos electrónicos y redes sociales, relacionada con los servicios de NUEVA EPS S.A. y la carta de derecho de deberes.
Autorizo de manera expresa a NUEVA EPS S.A. y/o a la persona natural o jurídica a quien ésta encargue, para que recolecte, almacene, use, haga circular, actualice o suprima mis datos personales, para acceder a los servicios de la NUEVA EPS S.A. y para el cumplimiento de la carta de derechos y deberes.

Aviso de privacidad

Hago constar expresamente que NUEVA EPS S.A. me informó sobre los siguientes derechos que me asisten como titular de datos personales:

* Acceder a los datos personales que hayan sido objeto de tratamiento conforme a lo dispuesto en la Ley 1581 de 2012 y las demás normas que la modifiquen, adicionen o complementen.
* Conocer, actualizar y rectificar los datos personales frente al responsable del tratamiento y al encargado del tratamiento. Este derecho se podrá ejercer, entre otros datos, en relación con datos parciales, inexactos, incompletos, fraccionados, que induzcan a error, o aquellos datos cuyo tratamiento esté expresamente prohibido o no haya sido autorizado.
* Solicitar prueba de la autorización otorgada al responsable del tratamiento, salvo cuando expresamente se exceptúe como requisito para el tratamiento, de conformidad con lo previsto en el artículo 10 de la Ley 1581 de 2012.
* Ser informado por el responsable del tratamiento o el encargado del tratamiento, previa solicitud, con respecto del uso que le ha dado a los datos personales.
* Presentar ante la Superintendencia de Industria y Comercio quejas por infracciones a lo dispuesto en la Ley 1581 de 2012 y las demás normas que la modifiquen, adicionen o complementen.
* Revocar la autorización y/o solicitar la supresión del dato cuando en el tratamiento no se respeten los principios, derechos y garantías constitucionales y legales. La revocatoria y/o supresión procederá cuando la Superintendencia de Industria y Comercio haya determinado que en el tratamiento el responsable o encargado han incurrido en conductas contrarias a esta ley y a la constitución.

En cumplimiento de la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013 y las demás normas que los modifiquen, adicionen o complementen, le informamos que usted puede conocer la política de tratamiento de los datos personales de NUEVA EPS S.A., a través de los siguientes mecanismos que ponemos a su disposición:

Sitio web: www.nuevaeps.co
Régimen Contributivo:
Línea Gratuita: 01 8000 954400
Línea de atención en Bogotá: (601) 307 7022
Régimen Subsidiado:
Línea Gratuita: 01 8000 95 2000
Línea de atención en Bogotá: (601) 307 7064
Oficinas de atención al afiliado de NUEVA EPS S.A.
Conmutador: (601) 419 3000
Dirección Administrativa: Carrera 85K No. 46A – 66 Piso 2

Si es afiliado(a), la información por usted suministrada en este formato, así como la relacionada en el formulario de afiliación y/o demás documentos anexos, serán utilizados por NUEVA EPS S.A. como responsable del tratamiento de la información, únicamente para los fines específicos relacionados con la administración y prestación de servicios en salud del Plan Obligatorio de Salud, de acuerdo con la Ley 1581 de 2012 "Habeas Data", dicho tratamiento podrá implicar la transferencia, transmisión y/o recepción de los datos, y en caso se realizará a través de sí misma, terceros encargados de tratamiento de información o de sus aliados comerciales, para fines comerciales y para la correcta prestación del servicio, de la forma indicada en los Términos y Condiciones de cada uno de sus portales y de la Política de Confidencialidad y Protección de Datos.

INFORMACIÓN PARA SER DILIGENCIADA POR EL TRABAJADOR INDEPENDIENTE CUYO INGRESO SEA IGUAL O SUPERIOR A 1 SMMLV

ACTIVIDAD ECONÓMICA	ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES	ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES	INGRESO BASE DE COTIZACIÓN	POSEE VIVIENDA PROPIA	SI / NO	PRODUCTOR AGROPECUARIO	SI / NO
4759	SURA	PORVENIR	$ 1995000		NO X		NO X

Nivel de Escolaridad	Ninguno ☐	Secundaria ☐	Tecnólogo ☐	Profesional ☐	Doctorado ☐	Posición Ocupacional	Patrón/Empleador ☐	Contratista ☐	Trabaja por su Cuenta X	
	Preescolar ☐	Media académica o clásica (bachillerato básico) ☐	Técnico Profesional ☐	Especialización ☐	Último Grado	Inicio Contrato 24 2 2026		Fin Contrato		
	Básica Primaria ☐	Media técnica (bachillerato técnico) ☐	Tecnológica ☐	Maestría ☐	Aprobado 11					

[illegible]

SOLO DILIGENCIAR SI ES COTIZANTE INDEPENDIENTE PAGO POR TERCERO	Nombre del Tercero	Tipo de identificación	Identificación del Tercero que realiza el Aporte	DV

INFORMACIÓN PARA SER DILIGENCIADA POR LA EPS

Nombre del ASESOR o PROMOTOR	CÓDIGO ASESOR o PROMOTOR	Nombre de OFICINA	
ELSA FLOREZ	**A1380**	**PEPE SIERRA**	**BOGOTA** 24 / 2 / 2026 Ciudad y fecha

676

porvenir
sólo hay uno

SOCIEDAD ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES Y CESANTÍAS PORVENIR S.A.

En su condición de administradora del

FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR

NIT 800.224.808-8

CERTIFICA QUE:

FERNANDO SERAFIN PRECIADO RAMIREZ, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.116.867.834**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 23 de Febrero del 2026.

Cordialmente,

Gerencia de Clientes

Tenga en cuenta:

Es importante que sea constante en realizar los aportes obligatorios para su pensión, así lograría recibir el ingreso que desea cuando obtenga su beneficio pensional.

POSITIVA

CER_AFI_2026020983715

LA GERENCIA DE AFILIACIONES Y NOVEDADES

CERTIFICA QUE:

FERNANDO SERAFIN PRECIADO RAMIREZ identificado con CC. 1116867834 registra la siguiente información en el ramo de Riesgos Laborales:

INFORMACIÓN DEL CONTRATANTE	
Nombres y/o Razón	FUNDACION GESTION SOCIAL
Tipo y Numero de Documento	NI - 900556022

INFORMACIÓN RELACIÓN LABORAL			
Fecha de inicio de cobertura	2026/03/03	**Fecha inicio contrato**	2026/02/18
Tipo de vinculación	Independiente con Contrato	**Fecha de fin contrato**	2026/09/17
Riesgo	2	**Código actividad económica**	2873001 - Actividades de atencion en instituciones para el cuidado de personas mayores y/o discapacitadas, esta clase
Estado afiliación	Activa		
Fecha retiro	-	**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: **CC02032026F1116867834R11810391.** Este código es válido por un mes.

Cordialmente,

Gerencia de afiliaciones y novedades ARL

POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S. A.

FUNDACION GESTION SOCIAL
Nit 900.556.022-3
CALLE 3 7 28 URB LOS MANGOS
Tel: (607) 3208639029
Tame - Colombia

Documento soporte por compras a sujetos no obligados a facturar
No. DSF 258

Proveedor	FERNANDO SERAFIN PRECIADO RAMIREZ		
Nit	1.116.867.834-9	**Teléfono**	(607) 0000000
Dirección	Cra 19 # 20-67	**Ciudad**	Tame - Colombia

Fecha de compra	Fecha de Vencimiento
2026-04-01	--

Ítem	Descripción	Cantidad	Vr. Unitario	Vr. Total
1	Prestación de servicios como Auxiliar de Enfermería en el Centro de Bienestar del Adulto Mayor (CBAM) del Municipio de Tame, correspondiente al período comprendido entre el 18 de febrero y el 17 de marzo de 2026, en el marco de la ejecución del Convenio de Asociación No. 002 de 2026	1.00	1,995,000.00	1,995,000.00

Valor en Letras:
Un millón novecientos noventa y cinco mil pesos m/cte

Condiciones de Pago:
Efectivo $ 1,995,000.00

Total Bruto	1,995,000.00
Total a Pagar	1,995,000.00

Observaciones:

A este Documento se le aplican las normas relativas del Documento Soporte en adquisidores efectuadas a sujetos no obligados a facturar (Resolución 167 de 30 de diciembre de 2021).
Número Autorización 18764102291617 aprobado en 20251129 prefijo DSF desde el número 201 al 600 Vigencia: Vigencia: 24 meses.

CUDS: 673b199d57a9cecbdad58523fe06809c2eb714e27e2fb8cc9bb2ff569c3c66689393210ed02476bf645b92d613e3b234

Elaborado por Siigo S.A.S Nit. 830.048.145-8

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

Banco de Bogotá

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CÉDULA DE CIUDADANÍA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	1116867834
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			FERNANDO CERAFIN PRECIADO RAMIREZ
CIUDAD/MUNICIPIO:	TAME	DEPARTAMENTO:	ARAUCA
DIRECCIÓN:	CRA 19 #20-67	TELÉFONO:	1111111
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Otros trabajos de edición.
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:	1113437262			TIPO DE PLANILLA:			I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES	febrero	AÑO 2026	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES	febrero	AÑO 2026
DÍAS DE MORA:			0				
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):			2026/03/06	NÚMERO AUTORIZACIÓN:			085335

TOTAL APORTES A PENSIÓN

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	COTIZACIÓN	APORTES VOLUNTARIOS		FSP		MORA		TOTALES		
CÓDIGO	NOMBRE			EMPLEADOR	COTIZANTE	SOLIDARIDAD	SUBSISTENCIA	COTIZACIÓN	FSP	APORTES	MORA	VALOR PAGADO
230301	230301-PORVENIR	1	$ 121.400	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 121.400	$ 0	$ 121.400
SUBTOTALES:										**$ 121.400**	**$ 0**	**$ 121.400**

TOTAL APORTES A SALUD

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD		LICENCIA MATERNIDAD		SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN		MORA		TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
EPS041	NUEVA EPS CM	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 94.900	$ 0	$ 0	$ 0	$ 94.900	$ 0	$ 0	$ 94.900
SUBTOTALES:													**$ 94.900**	**$ 0**	**$ 0**	**$ 94.900**

TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD IRP			SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN	TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PAGO A OTROS RIESGOS	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
14-23	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A	1		$ 0	$ 0		$ 0	$ 8.000	$ 8.000	$ 0	$ 0	$ 8.000
SUBTOTALES:									**$ 8.000**	**$ 0**	**$ 0**	**$ 8.000**

LIQUIDACION DETALLADA APORTES

DATOS DEL COTIZANTE										NOVEDADES																SEGURIDAD SOCIAL																												PARAFISCALES					
																										PENSIÓN								SALUD								ARP										CCF	SENA	ICBF	ESAP	MINEDU
Nº	IDENTIFICACIÓN	NOMBRES	TIPO COTIZANTE	SUBTIPO COTIZANTE	SALARIO BÁSICO	TIPO DE SALARIO	COLOMBIANO	EXTRANJERO	RÉGIMEN TRIBUTARIA	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	ADMIN	DIAS COT.	IBC	COTIZACIÓN	FSP SUBSISTENCIA	FSP SOLIDARIDAD	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADO	INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APORTE	ADMIN	DIAS COT.	IBC	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	TOTAL APORTE	ADMIN	DIAS COT.	IBC	CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APORTE	DIAS COT.	IBC	ADMIN	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE
1	CC 1116867834	PRECIADO RAMIREZ FERNANDO SERAFIN	INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS		$ 1.750.905				NO	18															230301-PORVENIR	13	$ 758.726	$ 121.400	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 121.400	NUEVA EPS CM	13	$ 758.726	$ 94.900	$ 0	$ 94.900	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A	13	$ 758.726	111686783	$ 8.000		$ 0		$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0

TOTAL PAGADO: $ 224.300

639

FUNDACION GESTION SOCIAL
Nit 900.556.022-3
CALLE 3 7 28 URB LOS MANGOS
Tel: (607) 3208639029
Tame - Colombia

Documento soporte por compras a sujetos no obligados a facturar
No. DSF 272

Proveedor	FERNANDO SERAFIN PRECIADO RAMIREZ		
Nit	1.116.867.834-9	**Teléfono**	(607) 0000000
Dirección	Cra 19 # 20-67	**Ciudad**	Tame - Colombia

Fecha de compra	Fecha de Vencimiento
2026-04-17	--

Ítem	Descripción	Cantidad	Vr. Unitario	Vr. Total
1	Prestación de servicios como Auxiliar de Enfermería en el Centro de Bienestar del Adulto Mayor (CBAM) del Municipio de Tame, correspondiente al período comprendido entre el 18 de marzo y el 17 de abril de 2026, en el marco de la ejecución del Convenio de Asociación No. 002 de 2026	1.00	1,995,000.00	1,995,000.00

Valor en Letras:
Un millón novecientos noventa y cinco mil pesos m/cte

Condiciones de Pago:
Efectivo $ 1,995,000.00

Total Bruto	1,995,000.00
Total a Pagar	1,995,000.00

Observaciones:

A este Documento se le aplican las normas relativas del Documento Soporte en adquisidores efectuadas a sujetos no obligados a facturar (Resolución 167 de 30 de diciembre de 2021).
Número Autorización 18764102291617 aprobado en 20251129 prefijo DSF desde el número 201 al 600 Vigencia: Vigencia: 24 meses.

CUDS: ccaeedd52ba95b10f12ed602b08b2d9d90ef79d02a77fe56eef97ea6c13165fe2e7a5fb8a7cdd8a047cf2a37ecc4e62f

Elaborado por Siigo S.A.S Nit: 830.048.145-8

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

Banco de Bogotá

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN: CÉDULA DE CIUDADANÍA
NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN: 1116867834
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL: FERNANDO CERAFIN PRECIADO RAMIREZ
CIUDAD/MUNICIPIO: TAME
DEPARTAMENTO: ARAUCA
DIRECCIÓN: CRA 19 #20-67
TELÉFONO: 1111111
TIPO APORTANTE: 02-INDEPENDIENTE
CLASE APORTANTE: I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA: PRIVADA
ACTIVIDAD ECONOMICA: Otros trabajos de edición.
FORMA DE PRESENTACIÓN: ÚNICO
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA): NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA: **1113617351**
TIPO DE PLANILLA: I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN OTROS MES marzo AÑO 2026
PERIODO COTIZACIÓN SALUD: MES marzo AÑO 2026
DÍAS DE MORA: 0
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd): 2026/04/09
NÚMERO AUTORIZACIÓN: 680130

TOTAL APORTES A PENSIÓN

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	COTIZACIÓN	APORTES VOLUNTARIOS		FSP		MORA		TOTALES		
CÓDIGO	NOMBRE			EMPLEADOR	COTIZANTE	SOLIDARIDAD	SUBSISTENCIA	COTIZACIÓN	FSP	APORTES	MORA	VALOR PAGADO
230301	230301-PORVENIR	1	$ 280.200	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 280.200	$ 0	$ 280.200
SUBTOTALES:										**$ 280.200**	**$ 0**	**$ 280.200**

TOTAL APORTES A SALUD

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD		LICENCIA MATERNIDAD		SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN		MORA		TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
EPS041	NUEVA EPS CM	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 218.900	$ 0	$ 0	$ 0	$ 218.900	$ 0	$ 0	$ 218.900
SUBTOTALES:													**$ 218.900**	**$ 0**	**$ 0**	**$ 218.900**

TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD IRP			SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN	TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PAGO A OTROS RIESGOS	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
14-23	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A	1		$ 0	$ 0		$ 0	$ 18.300	$ 18.300	$ 0	$ 0	$ 18.300
SUBTOTALES:									**$ 18.300**	**$ 0**	**$ 0**	**$ 18.300**

LIQUIDACION DETALLADA APORTES

DATOS DEL COTIZANTE										NOVEDADES																
Nº	IDENTIFICACIÓN	NOMBRES	TIPO COTIZANTE	SUBTIPO COTIZANTE	SALARIO BÁSICO	TIPO DE SALARIO	COLOMBIANO	EXTRANJERO	REFORMA TRIBUTARIA	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP
1	CC 1116867834	PRECIADO RAMIREZ FERNANDO SERAFIN	INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS		$ 1.750.905				NO																	

SEGURIDAD SOCIAL																					
PENSIÓN										SALUD						ARP					
ADMIN	DIAS COT	IBC	COTIZACIÓN	FSP		APORTES VOLUNTARIOS		INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APORTE	ADMIN	DIAS COT	IBC	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	TOTAL APORTE	ADMIN	DIAS COT	IBC	CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APORTE	
				SUBSISTENCIA	SOLIDARIDAD	EMPLEADOR	EMPLEADO														
230301-PORVENIR	30	$ 1.750.905	$ 280.200	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 280.200	NUEVA EPS CM	30	$ 1.750.905	$ 218.900	$ 0	$ 218.900	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A	30	$ 1.750.905	111686783	$ 18.300	

PARAFISCALES							
DIAS COT	IBC	CCF		SENA	ICBF	ESAP	MINEDU
		ADMIN	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE
	$ 0		$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0

TOTAL PAGADO: $ 517.400

FUNDACION GESTION SOCIAL
Nit 900.556.022-3
CALLE 3 7 28 URB LOS MANGOS
Tel: (607) 3208639029
Tame - Colombia

Documento soporte por compras a sujetos no obligados a facturar
No. DSF 287

Proveedor	FERNANDO SERAFIN PRECIADO RAMIREZ		
Nit	1.116.867.834-9	**Teléfono**	(607) 0000000
Dirección	Cra 19 # 20-67	**Ciudad**	Tame - Colombia

Fecha de compra	Fecha de Vencimiento
2026-05-19	--

Ítem	Descripción	Cantidad	Vr. Unitario	Vr. Total
1	Prestación de servicios como Auxiliar de Enfermería en el Centro de Bienestar del Adulto Mayor (CBAM) del Municipio de Tame, correspondiente al período comprendido entre el 18 de abril y el 17 de mayo de 2026, en el marco de la ejecución del Convenio de Asociación No. 002 de 2026	1.00	1,995,000.00	1,995,000.00

Valor en Letras:
Un millón novecientos noventa y cinco mil pesos m/cte

Condiciones de Pago:
Efectivo $ 1,995,000.00

Total Bruto	1,995,000.00
Total a Pagar	1,995,000.00

Observaciones:

A este Documento se le aplican las normas relativas del Documento Soporte en adquisidores efectuadas a sujetos no obligados a facturar (Resolución 167 de 30 de diciembre de 2021).
Número Autorización 18764102291617 aprobado en 20251129 prefijo DSF desde el número 201 al 600 Vigencia: Vigencia: 24 meses.

CUDS: beda1b15dc5a5a29c4b3092ceb31ff89aff04bbf40700077cfc00e6b38a10422725d03145f77e24103348a7a9e0f9b5c

Elaborado por Siigo S.A.S Nit: 830.048.145-8

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN: CÉDULA DE CIUDADANÍA
NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN: 1116867834
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL: FERNANDO CERAFIN PRECIADO RAMIREZ
CIUDAD/MUNICIPIO: TAME
DEPARTAMENTO: ARAUCA
DIRECCIÓN: CRA 19 #20-67
TELÉFONO: 1111111
TIPO APORTANTE: 02-INDEPENDIENTE
CLASE APORTANTE: I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA: PRIVADA
ACTIVIDAD ECONOMICA: Otros trabajos de edición.
FORMA DE PRESENTACIÓN: ÚNICO
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA): NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA: 6017369180
TIPO DE PLANILLA: I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN OTROS MES abril AÑO 2026
PERIODO COTIZACIÓN SALUD: MES abril AÑO 2026
DÍAS DE MORA: 0
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd): 2026/05/06
NÚMERO AUTORIZACIÓN: 284870696

TOTAL APORTES A PENSIÓN

ADMINISTRADORA				APORTES VOLUNTARIOS		FSP		MORA		TOTALES		
CÓDIGO	NOMBRE	No. COTIZANTES	COTIZACIÓN	EMPLEADOR	COTIZANTE	SOLIDARIDAD	SUBSISTENCIA	COTIZACIÓN	FSP	APORTES	MORA	VALOR PAGADO
230301	230301-PORVENIR	1	$ 280.200	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 280.200	$ 0	$ 280.200
SUBTOTALES:										$ 280.200	$ 0	$ 280.200

TOTAL APORTES A SALUD

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD		LICENCIA MATERNIDAD		SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN		MORA		TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
EPS041	NUEVA EPS CM	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 218.900	$ 0	$ 0	$ 0	$ 218.900	$ 0	$ 0	$ 218.900
SUBTOTALES:													$ 218.900	$ 0	$ 0	$ 218.900

TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD IRP			SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN	TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NUMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PAGO A OTROS RIESGOS	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
14-23	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A	1		$ 0	$ 0		$ 0	$ 18.300	$ 18.300	$ 0	$ 0	$ 18.300
SUBTOTALES:									$ 18.300	$ 0	$ 0	$ 18.300

LIQUIDACION DETALLADA APORTES

DATOS DEL COTIZANTE										NOVEDADES																
Nº	IDENTIFICACIÓN	NOMBRES	TIPO COTIZANTE	SUBTIPO COTIZANTE	SALARIO BÁSICO	TIPO DE SALARIO	COLOMBIANO	EXTRANJERO	REFORMA TRIBUTARIA	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP
1	CC 1116867834	PRECIADO RAMIREZ FERNANDO SERAFIN	INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS		$ 1.750.905				NO																	

	SEGURIDAD SOCIAL															
	PENSIÓN										SALUD					
					FSP		APORTES VOLUNTARIOS									
Nº	ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	SUBSISTENCIA	SOLIDARIDAD	EMPLEADOR	EMPLEADO	INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APORTE	ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	TOTAL APORTE
1	230301-PORVENIR	30	$ 1.750.905	$ 280.200	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 280.200	NUEVA EPS CM	30	$ 1.750.905	$ 218.900	$ 0	$ 218.900

	SEGURIDAD SOCIAL					PARAFISCALES							
	ARP							CCF		SENA	ICBF	ESAP	MINEDU
Nº	ADMIN	DÍAS COT	IBC	CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APORTE	DÍAS COT	IBC	ADMIN	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE
1	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A	30	$ 1.750.905	111686783	$ 18.300		$ 0		$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0

TOTAL PAGADO: $ 517.400

AUXILIAR DE ENFERMERÍA No. 2

FUNGES
Gestión Comprobada

FUNDACIÓN GESTIÓN SOCIAL "FUNGES"
GESTIÓN COMPROBADA
NIT. 900556022-3

CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS No. 04 DE 2026

CONTRATANTE: FUNDACIÓN GESTIÓN SOCIAL – FUNGES
NIT: 900.556.022-3
REPRESENTANTE LEGAL: GUSTAVO ALEXIS SARMIENTO
C.C.: 96.194.978 expedida en Tame
CONTRATISTA: ASTRID XIMENA MANRIQUE AREVALO
C.C.: 1.116.870.230 expedida en Tame
OBJETO: Prestación de servicios como Auxiliar de Enfermería en el Centro de Bienestar del Adulto Mayor (CBAM).
UBICACIÓN: Municipio de Tame – Arauca
VALOR TOTAL: TRECE MILLONES NOVECIENTOS SESENTA Y CINCO MIL PESOS M/CTE ($13.965.000)
VALOR MENSUAL: UN MILLÓN NOVECIENTOS NOVENTA Y CINCO MIL PESOS M/CTE ($1.995.000)
PLAZO: Siete (07) meses
FECHA DE INICIO: 18 de febrero de 2026
FECHA DE TERMINACIÓN: 17 de septiembre de 2026

Entre los suscritos GUSTAVO ALEXIS SARMIENTO, identificado con cédula de ciudadanía No. 96.194.978 expedida en Tame, quien actúa en calidad de Representante Legal de la FUNDACIÓN GESTIÓN SOCIAL – FUNGES, identificada con NIT 900.556.022-3, quien para efectos del presente contrato se denominará EL CONTRATANTE, y por la otra parte ASTRID XIMENA MANRIQUE AREVALO, identificada con cédula de ciudadanía No. 1.116.870.230 expedida en Tame, quien actúa en nombre propio y para efectos del presente contrato se denominará EL CONTRATISTA, ambos mayores de edad y con capacidad para contratar, han acordado celebrar el presente Contrato de Prestación de Servicios, el cual se regirá por las siguientes cláusulas.

CONSIDERACIONES:

Que, para la prestación de servicios como Auxiliar de Enfermería en el Centro de Bienestar del Adulto Mayor (CBAM) mediante el Convenio de Asociación No. 002 de 2026 cuyo objeto es "*DESARROLLAR EL PROGRAMA DE ATENCIÓN INTEGRAL A LA PERSONA MAYOR DEL MUNICIPIO DE TAME – DEPARTAMENTO DE ARAUCA*" suscrito entre la FUNDACIÓN GESTIÓN SOCIAL - FUNGES y el MUNICIPIO DE TAME, se hace necesaria la contratación de una persona que cumpla con los requisitos exigidos para desempeñar dichas actividades.
Debido a lo anterior, las partes acuerdan celebrar el presente contrato de conformidad con las siguientes cláusulas:

PRIMERA: Objeto del contrato. El CONTRATISTA se obliga para con el CONTRATANTE, de manera independiente y sin que exista subordinación o relación laboral alguna, a prestar sus servicios como Auxiliar de Enfermería en el Centro de Bienestar del Adulto Mayor (CBAM), apoyando las actividades de cuidado, atención básica en salud, acompañamiento y bienestar de los adultos mayores, utilizando sus propios medios y con autonomía técnica y administrativa. Como contraprestación, el CONTRATANTE pagará al CONTRATISTA los honorarios establecidos en el presente contrato.

SEGUNDA: Plazo de Ejecución. El término de duración del presente contrato será de siete (07) meses, contados a partir del 18 de febrero de 2026 hasta el 17 de septiembre de 2026, plazo dentro del cual el CONTRATISTA ejecutará las actividades propias del objeto contractual.

TERCERA: Valor. El valor total del presente contrato es la suma de TRECE MILLONES NOVECIENTOS SESENTA Y CINCO MIL PESOS M/CTE ($13.965.000), suma que será pagada por el CONTRATANTE al CONTRATISTA a título de honorarios,

de acuerdo con la forma de pago establecida en el presente contrato y previa certificación de cumplimiento por parte del supervisor.

CUARTA. Forma de Pago. El valor del presente contrato será pagado por el CONTRATANTE al CONTRATISTA mediante siete (07) pagos mensuales vencidos, cada uno por valor de UN MILLÓN NOVECIENTOS NOVENTA Y CINCO MIL PESOS M/CTE ($1.995.000), previa verificación del cumplimiento de las actividades contractuales por parte del CONTRATANTE y acreditación del pago de los aportes al Sistema de Seguridad Social Integral conforme a la normatividad vigente.

Parágrafo. Los pagos establecidos en el presente contrato estarán sujetos a la disponibilidad y desembolso efectivo de los recursos provenientes del Convenio de Asociación No. 002 de 2026 suscrito entre la FUNDACIÓN GESTIÓN SOCIAL – FUNGES y el Municipio de Tame.

QUINTA: Seguridad Social. El CONTRATISTA declara que realizará de manera independiente los aportes al Sistema de Seguridad Social Integral en salud, pensión y riesgos laborales, de conformidad con la normatividad vigente en Colombia. Para efectos del pago de los honorarios pactados en el presente contrato, el CONTRATISTA deberá acreditar el pago de dichos aportes correspondientes al período ejecutado.

SEXTA: Subcontratación. El CONTRATISTA no podrá ceder ni subcontratar total o parcialmente la ejecución del objeto del presente contrato sin la autorización previa, expresa y escrita del CONTRATANTE.

Parágrafo. En todo caso, el CONTRATISTA será el único responsable por la correcta ejecución de las actividades contratadas y mantendrá indemne al CONTRATANTE frente a cualquier reclamación, demanda o acción legal que pudiera presentarse con ocasión de la ejecución del presente contrato.

SÉPTIMA: Obligaciones Del Contratista. El CONTRATISTA se obliga a ejecutar el Objeto del Contrato, razón por la cual tendrá las siguientes obligaciones:

1. Asear las camas de los adultos mayores o brindar apoyo en esta actividad según su condición.
2. Realizar el aseo e higiene personal de los adultos mayores cuando su condición lo requiera.
3. Realizar y registrar los procedimientos efectuados a los adultos mayores de acuerdo con las indicaciones médicas.
4. Organizar y mantener limpios los carros de curación y los elementos utilizados en la atención.
5. Recibir, distribuir y suministrar los alimentos a los adultos mayores que no puedan desplazarse al comedor.
6. Administrar y registrar los medicamentos de acuerdo con la prescripción médica.
7. Realizar la toma y registro de signos vitales según diagnóstico o indicación médica.
8. Acompañar a los adultos mayores a las citas de control médico ante la IPS correspondiente cuando se requiera.
9. Desarrollar actividades que contribuyan al cuidado, bienestar y mejoramiento de las condiciones de salud de los adultos mayores.
10. Apoyar las actividades y programas que se desarrollen en el Centro de Bienestar del Adulto Mayor (CBAM).
11. Llevar registro de las actividades realizadas y diligenciar los formatos o soportes requeridos por el Centro de Bienestar del Adulto Mayor (CBAM).
12. Informar oportunamente al coordinador o supervisor sobre cualquier novedad en el estado de salud de los adultos mayores.
13. Cumplir con los protocolos de bioseguridad, higiene y cuidado establecidos por el CBAM y las autoridades de salud.
14. Las demás actividades que le sean asignadas por el supervisor del contrato y que sean inherentes al objeto de este.

Parágrafo 1: El CONTRATISTA ejecutará el objeto del presente contrato con plena autonomía técnica, administrativa y operativa, utilizando sus propios medios, recursos y conocimientos, sin que exista subordinación o dependencia respecto de EL CONTRATANTE; en consecuencia, el CONTRATISTA asumirá bajo su exclusiva responsabilidad los riesgos, gastos y obligaciones derivados de la ejecución del contrato.

Parágrafo 2: El CONTRATISTA además de las obligaciones del contrato deberá: 1. Obrar con seriedad y diligencia en el servicio contratado, 2. Presentar evidencias o soportes de las actividades realizadas, tales como registros, formatos o material fotográfico, cuando sean requeridos por el CONTRATANTE, 3. Atender las solicitudes y recomendaciones que haga el CONTRATANTE o sus delegados, con la mayor prontitud. 4. Permitir que el CONTRATANTE o un delegado haga visitas a las instalaciones del CONTRATISTA o el sitio que esté desarrollando las actividades. 5. Pago de los aportes al Sistema de Seguridad Social en salud, pensión y riesgos laborales, conforme a la normatividad vigente.

OCTAVA: Obligaciones del CONTRATANTE: Además de las obligaciones propias del contrato de prestación de servicios, el CONTRATANTE se compromete a suministrar al CONTRATISTA la información necesaria para el desarrollo de las actividades objeto del contrato, facilitar la coordinación con el personal del Centro de Bienestar del Adulto Mayor (CBAM) y efectuar el pago de los honorarios en los términos establecidos en el presente contrato.

NOVENA. Supervisión. El CONTRATANTE o su representante supervisará la ejecución del servicio encomendado y podrá formular las observaciones del caso para ser analizadas en conjunto con el CONTRATISTA.

DÉCIMA: Terminación anticipada. Cualquiera de las partes podrá dar por terminado el presente contrato antes del vencimiento del plazo pactado, mediante comunicación escrita dirigida a la otra parte. En todo caso, el CONTRATANTE podrá darlo por terminado de manera unilateral cuando se presenten circunstancias que afecten la ejecución del objeto contractual, por incumplimiento de las obligaciones del CONTRATISTA o por terminación o modificación del convenio que da origen al presente contrato.

DÉCIMA PRIMERA: Independencia. El CONTRATISTA actuará por su cuenta, con autonomía y sin que exista relación laboral ni subordinación con el CONTRATANTE. Sus derechos se limitarán por la naturaleza del contrato a exigir el cumplimiento de las obligaciones del CONTRATANTE y el pago oportuno de su remuneración fijada en este documento.

DÉCIMA SEGUNDA: Inexistencia de relación laboral. Las partes dejan expresa constancia de que el presente contrato es de naturaleza civil y no genera relación laboral alguna entre el CONTRATANTE y el CONTRATISTA. En consecuencia, el CONTRATISTA actuará con plena autonomía técnica y administrativa en la ejecución de las actividades contratadas y no tendrá derecho al reconocimiento de salarios, prestaciones sociales, indemnizaciones laborales ni demás derechos propios de un contrato de trabajo.

DÉCIMA TERCERA. Cesión. El CONTRATISTA no podrá ceder parcial ni totalmente la ejecución del presente contrato a un tercero sin la previa, expresa y escrita autorización del CONTRATANTE.

DÉCIMA CUARTA: Solución de conflictos. Se acuerda que, de presentarse un conflicto entre las partes, en el marco del presente contrato, las partes deberán acudir en primera instancia a un centro de conciliación certificado.

DÉCIMA QUINTA: Modificaciones. Toda modificación, variación adición o prórroga del presente contrato, deberá constar por escrito, mediante OTRO SÍ, que suscribirán con la firma ambas partes contratantes.

DÉCIMA SEXTA: Domicilio contractual. Para el presente contrato se establece como domicilio contractual el municipio de Tame.

DÉCIMA SÉPTIMA: Declaración del CONTRATISTA. El CONTRATISTA declara bajo la gravedad de juramento que conoce la naturaleza jurídica del presente contrato de prestación de servicios y manifiesta que lo celebra con plena autonomía técnica, administrativa y financiera, sin que exista subordinación ni dependencia respecto del CONTRATANTE. En consecuencia, reconoce que no se genera vínculo laboral alguno ni derecho al pago de prestaciones sociales, indemnizaciones o beneficios propios de un contrato de trabajo. Así mismo, declara que asume de manera independiente las obligaciones tributarias, de seguridad social y demás cargas legales derivadas de la ejecución del presente contrato.

Para constancia, se firma en el municipio de Tame, Arauca, a los dieciocho (18) días del mes de febrero de 2026.

EL CONTRATANTE,

GUSTAVO ALEXIS SARMIENTO
C.C. 96.194.978 expedida en Tame
Representante Legal
FUNDACIÓN GESTIÓN SOCIAL – FUNGES

EL CONTRATISTA,

ASTRID XIMENA MANRIQUE AREVALO
C.C. 1.116.870.230 expedida en Tame

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

nueva eps

FECHA DE RADICACIÓN: 24 2 2026

X X X X X

MANRIQUE | AREVALO | ASTRID | XIMENA

CC - Cédula de Ciudadanía | 1116870230

COLOMBIANO | COLOMBIA | ARAUCA | TAME | 4 4 1997

6 | NO X | X | SURA

PORVENIR | 1995000 | 3123314391

CLL 5 # 10-45 B. Balcon del Llano | astridmanrique440@gmail.com | ARAUCA

TAME | 10855

X

MANRIQUE | AREVALO | ASTRID | XIMENA

CC - Cédula de Ciudadanía | 1116870230 | X

4 4 1997 | 18 2 2026

Astrid Manrique

nueva eps

Recibido por: 24 2 2026

- ORIGINAL: E.P.S. -

ENTREGA CARTA DE DERECHOS Y DEBERES Y CARTA DE DESEMPEÑO

nueva eps

gente cuidando gente

NIT 901.156.264-2

Autorización de mensajes de texto. (Completar en letra legible, mayúsculas)

Yo ASTRID XIMENA MANRIQUE AREVALO identificado (a) con CC - Cédula de Ciudadanía número 1116870230 de COLOMBIA certifico que:

1	¿Previo al diligenciamiento del formulario de afiliación, la EPS le hizo entrega de la carta de derechos y deberes del afiliado y del paciente?	SI X NO☐
2	¿Previo al diligenciamiento del formulario de afiliación, la EPS le hizo entrega de la carta de desempeño donde se presenta de manera clara su puesto en el ranking?	SI X NO☐
3	¿Leyó el contenido de la carta de derechos y deberes del afiliado y del paciente?	SI X NO☐
4	¿Leyó el contenido de la carta de desempeño de la EPS?	SI X NO☐
5	¿Si tuvo alguna duda sobre el contenido de la información, fue asesorado adecuadamente por la EPS?	SI X NO☐

Así mismo autorizo a NUEVA EPS, para que envíe información al teléfono celular No. _____ y/o correo electrónico _____

SI☐ NO☐

Acepto la entrega de la carta de Derechos y Deberes del Afiliado y carta de Desempeño en formato electrónico. SI☐ NO☐

Consulte la carta de derechos y deberes y la carta de desempeño en el enlaces/link: https://www.nuevaeps.com.co/cartas-derechos-deberes

Evidencia impresiones para ser adjuntadas con el planillo. SI☐ NO☐

Cordialmente,

Firma: Astrid Manrique

Tipo ID: CC - Cédula No. ID: 1116870230

Fecha de Solicitud: 24 2 2026

Dirección: CLL 5 # 10-45 B. Balcon del Llano

Tel: 3123314391 Municipio: TAME

Departamento: ARAUCA

Huella

Afiliado manifiesta que no sabe o no puede firmar, autoriza a:

Firma: _____

Tipo ID: _____ No. ID: _____

Fecha (dd/mm/aaaa): _____

Dirección: _____

Tel: _____ Municipio: _____

Departamento: _____

Huella

Manifiesto de no haber leído el contenido de todos los documentos y firmarlos exclusivamente en mis campos y al diligenciarlos en letra legible y mayúsculas, en aras de no tergiversar los datos personales que nos NUEVA EPS S.A. es suministrado a la policía para el tratamiento de datos personales de la NUEVA EPS S.A.

Declaración Juramentada de Convivencia: Declaro que conozco que soy Soltero(a) _____ Unión Libre con _____ Nombre completo del(la) _____ Nacido en _____ del mes _____ Acepto _____ No. _____

Autorizaciones

En virtud de la anterior certificación, autorizo expresamente y conforme a lo dispuesto en los artículos 14 y 15 de la Ley 527 de 1999, a NUEVA EPS S.A. para que me remita información en forma en mensajes de datos, a través de mensajería de texto, short message service (SMS), correos electrónicos y redes sociales, relacionada con los servicios de NUEVA EPS S.A. y la carta de derechos y deberes.

Autorizo de manera expresa a NUEVA EPS S.A. y/o a la persona natural o jurídica a quien esta encargue, para que recolecte, almacene, use, haga circular, actualice y suprima mis datos personales, para acceder a los servicios de la NUEVA EPS S.A. y para el cumplimiento de la carta de derechos y deberes.

Aviso de privacidad

Pongo conocer expresamente que NUEVA EPS S.A. me informó sobre los siguientes derechos que me asisten como titular de datos personales:

* Acceder los datos personales que hayan sido objeto de tratamiento conforme a lo dispuesto en la Ley 1581 de 2012 y las demás normas que la modifiquen, adicionen o complementen.
* Conocer, actualizar y rectificar los datos personales frente al responsable del tratamiento y al encargado del tratamiento. Este derecho se podrá ejercer entre otros datos, con relación a datos parciales, inexactos, incompletos, fraccionados, que induzcan a error, o aquellos datos cuyo tratamiento está expresamente prohibido o no haya sido autorizado.
* Solicitar prueba de la autorización otorgada al responsable del tratamiento, salvo cuando expresamente se exceptúe como requisito para el tratamiento de conformidad con lo previsto en el artículo 10 de la Ley 1581 de 2012.
* Ser informado por el responsable del tratamiento o el encargado del tratamiento, previa solicitud, con respecto del uso que le ha dado a los datos personales.
* Presentar ante la Superintendencia de Industria y Comercio quejas por infracciones a lo dispuesto en la Ley 1581 de 2012 y las demás normas que la modifiquen, adicionen o complementen.
* Revocar la autorización y/o solicitar la supresión del dato cuando en el tratamiento no se respeten los principios, derechos y garantías constitucionales y legales. La revocatoria y/o supresión procederán cuando la Superintendencia de Industria y Comercio haya determinado que en el tratamiento el responsable o encargado han incurrido en conductas contrarias a esta ley y a la constitución.

En cumplimiento de la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013 y las demás normas que los modifiquen, adicionen o complementen, le informamos que usted puede consultar la política de tratamiento de los datos personales de NUEVA EPS S.A., a través de los siguientes mecanismos que ponemos a su disposición:

Sede web: www.nuevaeps.co

Régimen Contributivo:

Línea Gratuita: 01 8000 954400

Línea de atención en Bogotá: (601) 307 7922

Régimen Subsidiado:

Línea Gratuita: 01 8009 95 2890

Línea de atención en Bogotá: (601) 307 7951

Oficinas de atención al afiliado de NUEVA EPS S.A.

Conmutador: (601) 419 3000

Dirección Administrativa: Carrera 68A No. 40A - 66 Piso 2

Si no estuviere la información por usted suministrada en este formato, así como la relacionada en el formulario de afiliación y/o demás documentos anexos, cargo autorizados por NUEVA EPS S.A. como responsable del tratamiento de la información correspondiente para los fines específicos relacionados con la administración y prestación de servicios de salud de Plan Obligatorio de Salud, de acuerdo con la Ley 1581 de 2012 "Habeas Data", dicho tratamiento podrá implicar la transferencia, transmisión y/o recepción de los datos, y el cual se realizará a través de el mismo, terceros encargados del tratamiento de información o de sus clientes comerciales, para fines administrativos y para la correcta prestación del servicio, de la forma indicada en los Términos y Condiciones de cada uno de sus portales y de la Política de Confidencialidad y Protección de Datos.

INFORMACIÓN PARA SER DILIGENCIADA POR EL TRABAJADOR INDEPENDIENTE CUYO INGRESO SEA IGUAL O SUPERIOR A 1 SMMLV

ACTIVIDAD ECONÓMICA	ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES	ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES	INGRESO BASE DE COTIZACIÓN	INGRESO VOLUNTARIO	SI / NO	PRODUCTOS ADICIONALES	SI / NO
4759	SURA	PORVENIR	1995000		X		X

Grupo de Cotización									
Independiente	☐	Dependiente	☐	Pensionado	☐	Pensionado por Aportes	☐	Pensionado	☐
Pensionado	☐	Dependiente a Entidades de Servicios Temporales	☐	Trabajador Independiente	☐	Independiente	☐	Otras Fuentes	☐
Beneficiario	☐	Madre Cabeza de Familia	☐	Independiente	☐	Pensionado	☐	Aprendiz	11

Periodicidad Independiente	Pago en Empleador	Convenio	Tomada por su Cuenta X
Inicio Contrato 24 2 2026		Fin Contrato	

Nombre del Cliente: _____ Cedula de Ciudadanía: _____ Firma: _____

SOLO DILIGENCIAR SI ES COTIZANTE DEPENDIENTE PAGO POR TERCERO: Nombre del Tercero _____ Tipo de Identificación _____ Identificación del Tercero que realiza el Aporte _____ DV _____

INFORMACIÓN PARA SER DILIGENCIADA POR LA EPS

Nombre del ASESOR o PROMOTOR	CODIGO ASESOR o PROMOTOR	Nombre de OFICINA	
ELSA FLOREZ	A1380	PEPE SIERRA	BOGOTA 24 / 2 / 2026

FECHA VISITA

Protección

Fondo de Pensiones Obligatorias Protección

NIT 800.229.739

Hace constar que:

El(la) Señor(a) **MANRIQUE AREVALO ASTRID XIMENA** identificado(a) con **CC** número **1.116.870.230** se encuentra afiliado(a) en Pensiones Obligatorias a PROTECCIÓN, desde el día 07 de febrero de 2016 y sus recursos se encuentran distribuidos como se enuncia a continuación, de conformidad con lo consagrado en el Decreto 2373 de 2010 así:

1. El 100% al FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PROTECCIÓN MAYOR RIESGO

Esta constancia se expide a petición del(la) interesado(a) el día 23 de febrero de 2026.

Cordialmente,

Cesar Mauricio Aubad Echeverry
Equipo Soporte para Clientes

***Importante:** Esta constancia solo hace referencia a los productos mencionados anteriormente.

*Si desea verificar la veracidad de esta información comuniquese con nosotros:
Asesor Virtual Pronto en nuestro Portal Web www.proteccion.com y App o comunicarse con la Línea de Servicio en:
Bogotá **(601) 482 33 64** – Medellín **(604) 510 90 99** – Cali **(602) 386 00 80 -**
Barranquilla **(605) 319 79 99** – Cartagena **(605) 642 49 99** – WhatsApp **+57 310 220 5575**
o llámanos desde tu computador desde cualquier lugar del mundo ingresando a **https://customers.wolkvox.com/clicktocall/proteccion/**

POSITIVA

CER_AFI_2026020973671

LA GERENCIA DE AFILIACIONES Y NOVEDADES

CERTIFICA QUE:

ASTRID XIMENA MANRIQUE AREVALO identificado con CC. 1116870230 registra la siguiente información en el ramo de Riesgos Laborales:

INFORMACIÓN DEL CONTRATANTE	
Nombres y/o Razón	FUNDACION GESTION SOCIAL
Tipo y Numero de Documento	NI - 900556022

INFORMACIÓN RELACIÓN LABORAL			
Fecha de inicio de cobertura	2026/03/03	**Fecha inicio contrato**	2026/02/18
Tipo de vinculación	Independiente con Contrato	**Fecha de fin contrato**	2026/09/17
Riesgo	2	**Código actividad económica**	2873001 - Actividades de atencion en instituciones para el cuidado de personas mayores y/o discapacitadas, esta clase
Estado afiliación	Activa		
Fecha retiro	-	**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: **CC02032026A1116870230A11800480.** Este código es válido por un mes.

Cordialmente,

Gerencia de afiliaciones y novedades ARL

POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S. A.

FUNDACION GESTION SOCIAL
Nit 900.556.022-3
CALLE 3 7 28 URB LOS MANGOS
Tel: (607) 3208639029
Tame - Colombia

Documento soporte por compras a sujetos no obligados a facturar
No. DSF 259

Proveedor	ASTRID XIMENA MANRIQUE AREVALO		
Nit	1.116.870.230-1	**Teléfono**	(607) 0000000
Dirección	Cra 2B # 13-53	**Ciudad**	Tame - Colombia

Fecha de compra	Fecha de Vencimiento
2026-04-01	--

Ítem	Descripción	Cantidad	Vr. Unitario	Vr. Total
1	Prestación de servicios como Auxiliar de Enfermería en el Centro de Bienestar del Adulto Mayor (CBAM) del Municipio de Tame, correspondiente al período comprendido entre el 18 de febrero y el 17 de marzo de 2026, en el marco de la ejecución del Convenio de Asociación No. 002 de 2026	1.00	1,995,000.00	1,995,000.00

Valor en Letras:
Un millón novecientos noventa y cinco mil pesos m/cte

Condiciones de Pago:
Efectivo $ 1,995,000.00

Total Bruto	1,995,000.00
Total a Pagar	1,995,000.00

Observaciones:

A este Documento se le aplican las normas relativas del Documento Soporte en adquisidores efectuadas a sujetos no obligados a facturar (Resolución 167 de 30 de diciembre de 2021).
Número Autorización 18764102291617 aprobado en 20251129 prefijo DSF desde el número 201 al 600 Vigencia: Vigencia: 24 meses.

CUDS: ebacfc8c9d6a624fd8cd1015de1519996ed987ab011230fcfb717a3725fa46190296bd0165d00091200fe58a58e832aa

Elaborado por Siigo S.A.S Nit: 830.048.145-8

SOI

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

Bancolombia

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CÉDULA DE CIUDADANÍA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	1116870230
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			ASTRID XIMENA MANRIQUE AREVALO
CIUDAD/MUNICIPIO:	ARAUCA	DEPARTAMENTO:	ARAUCA
DIRECCIÓN:	CALLE 21A 11-26	TELÉFONO:	3694607
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Otras actividades de servicios personales n.c.p.
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:			6010710332	TIPO DE PLANILLA:			I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES	febrero AÑO	2026	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES	febrero AÑO	2026
DÍAS DE MORA:			0				
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):			2026/03/06	NÚMERO AUTORIZACIÓN:			119703513

TOTAL APORTES A PENSIÓN

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	COTIZACIÓN	APORTES VOLUNTARIOS		FSP		MORA		TOTALES		
CÓDIGO	NOMBRE			EMPLEADOR	COTIZANTE	SOLIDARIDAD	SUBSISTENCIA	COTIZACIÓN	FSP	APORTES	MORA	VALOR PAGADO
230201	230201- PROTECCION	1	$ 121.400	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 121.400	$ 0	$ 121.400
SUBTOTALES:										**$ 121.400**	**$ 0**	**$ 121.400**

TOTAL APORTES A SALUD

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD		LICENCIA MATERNIDAD		SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN		MORA		TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
EPS037	EPS037-NUEVA EPS	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 94.900	$ 0	$ 0	$ 0	$ 94.900	$ 0	$ 0	$ 94.900
SUBTOTALES:													**$ 94.900**	**$ 0**	**$ 0**	**$ 94.900**

TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD IRP			SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN	TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PAGO A OTROS RIESGOS	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
14-23	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A	1		$ 0	$ 0		$ 0	$ 8.000	$ 8.000	$ 0	$ 0	$ 8.000
SUBTOTALES:									**$ 8.000**	**$ 0**	**$ 0**	**$ 8.000**

LIQUIDACION DETALLADA APORTES

DATOS DEL COTIZANTE										NOVEDADES																
Nº	IDENTIFICACIÓN	NOMBRES	TIPO COTIZANTE	SUBTIPO COTIZANTE	SALARIO BÁSICO	TIPO DE SALARIO	COLOMBIANO	EXTRANJERO	REFORMA TRIBUTARIA	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP
1	CC 1116870230	MANRIQUE AREVALO ASTRID XIMENA	INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS		$ 1.750.905				NO	18																

SEGURIDAD SOCIAL - PENSIÓN									
ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	FSP		APORTES VOLUNTARIOS		INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APORTE
				SUBSISTENCIA	SOLIDARIDAD	EMPLEADOR	EMPLEADO		
230201-PROTECCION	13	$ 758.726	$ 121.400	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 121.400

SEGURIDAD SOCIAL - SALUD						SEGURIDAD SOCIAL - ARP				
ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	TOTAL APORTE	ADMIN	DÍAS COT	IBC	CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APORTE
EPS037-NUEVA EPS	13	$ 758.726	$ 94.900	$ 0	$ 94.900	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A	13	$ 758.726	111687023	$ 8.000

PARAFISCALES							
DÍAS COT	IBC	CCF		SENA	ICBF	ESAP	MINEDU
		ADMIN	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE
	$ 0		$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0

TOTAL PAGADO:	**$ 224.300**

FUNDACION GESTION SOCIAL
Nit 900.556.022-3
CALLE 3 7 28 URB LOS MANGOS
Tel: (607) 3208639029
Tame - Colombia

Documento soporte por compras a sujetos no obligados a facturar
No. DSF 273

Proveedor	ASTRID XIMENA MANRIQUE AREVALO		
Nit	1.116.870.230-1	**Teléfono**	(607) 0000000
Dirección	Cra 2B # 13-53	**Ciudad**	Tame - Colombia

Fecha de compra	Fecha de Vencimiento
2026-04-17	--

Ítem	Descripción	Cantidad	Vr. Unitario	Vr. Total
1	Prestación de servicios como Auxiliar de Enfermería en el Centro de Bienestar del Adulto Mayor (CBAM) del Municipio de Tame, correspondiente al período comprendido entre el 18 de marzo y el 17 de abril de 2026, en el marco de la ejecución del Convenio de Asociación No. 002 de 2026	1.00	1,995,000.00	1,995,000.00

Valor en Letras:
Un millón novecientos noventa y cinco mil pesos m/cte

Condiciones de Pago:
Efectivo $ 1,995,000.00

Total Bruto	1,995,000.00
Total a Pagar	1,995,000.00

Observaciones:

A este Documento se le aplican las normas relativas del Documento Soporte en adquisidores efectuadas a sujetos no obligados a facturar (Resolución 167 de 30 de diciembre de 2021).
Número Autorización 18764102291617 aprobado en 20251129 prefijo DSF desde el número 201 al 600 Vigencia: Vigencia: 24 meses.

CUDS: 6e0201c19a783b054b7d09ad77893513b830acb8dca6b858c752cbf416cff468f8d795e071932341bc1d57dc22282e7d

Elaborado por Siigo S.A.S Nit: 830.048.145-8

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

Banco de Bogotá

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CÉDULA DE CIUDADANÍA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	1116870230
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			ASTRID XIMENA MANRIQUE AREVALO
CIUDAD/MUNICIPIO:	ARAUCA	DEPARTAMENTO:	ARAUCA
DIRECCIÓN:	CALLE 21A 11-26	TELÉFONO:	3694607
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Otras actividades de servicios personales n.c.p.
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:	1113617384			TIPO DE PLANILLA:			I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES marzo	AÑO 2026		PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES marzo	AÑO 2026	
DÍAS DE MORA:	0						
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):	2026/04/09			NÚMERO AUTORIZACIÓN:			684772

TOTAL APORTES A PENSIÓN

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	COTIZACIÓN	APORTES VOLUNTARIOS		FSP		MORA		TOTALES		
CÓDIGO	NOMBRE			EMPLEADOR	COTIZANTE	SOLIDARIDAD	SUBSISTENCIA	COTIZACIÓN	FSP	APORTES	MORA	VALOR PAGADO
230201	230201- PROTECCION	1	$ 280.200	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 280.200	$ 0	$ 280.200
SUBTOTALES:										**$ 280.200**	**$ 0**	**$ 280.200**

TOTAL APORTES A SALUD

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD		LICENCIA MATERNIDAD		SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN		MORA		TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
EPS037	EPS037-NUEVA EPS	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 218.900	$ 0	$ 0	$ 0	$ 218.900	$ 0	$ 0	$ 218.900
SUBTOTALES:													**$ 218.900**	**$ 0**	**$ 0**	**$ 218.900**

TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD IRP			SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN	TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PAGO A OTROS RIESGOS	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
14-23	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A	1		$ 0	$ 0		$ 0	$ 18.300	$ 18.300	$ 0	$ 0	$ 18.300
SUBTOTALES:									**$ 18.300**	**$ 0**	**$ 0**	**$ 18.300**

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

DATOS DEL COTIZANTE										NOVEDADES																SEGURIDAD SOCIAL																												PARAFISCALES							
																										PENSIÓN									SALUD									ARP																			
																													FSP		APORTES VOLUNTARIOS																															
Nº	IDENTIFICACIÓN	NOMBRES	TIPO COTIZANTE	SUBTIPO COTIZANTE	SALARIO BÁSICO	TIPO DE SALARIO	COLOMBIANO	EXTRANJERO	RÉGIMEN TRIBUTARIA	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	QDM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	SUBSISTENCIA	SOLIDARIDAD	EMPLEADOR	EMPLEADO	INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APORTE	ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	TOTAL APORTE	ADMIN	DÍAS COT	IBC	CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APORTE	DÍAS COT	IBC	ADMIN	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE
1	CC 1116870230	MANRIQUE AREVALO ASTRID XIMENA	INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS		$ 1.750.905				NO																	230201-PROTECCION	30	$ 1.750.905	$ 280.200	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 280.200	EPS037-NUEVA EPS	30	$ 1.750.905	$ 218.900	$ 0	$ 218.900	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A	30	$ 1.750.905	$ 111687023	$ 18.300		$ 0		$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0

TOTAL PAGADO: $ 517.400

693

FUNDACION GESTION SOCIAL
Nit 900.556.022-3
CALLE 3 7 28 URB LOS MANGOS
Tel: (607) 3208639029
Tame - Colombia

Documento soporte por compras a sujetos no obligados a facturar
No. DSF 288

Proveedor	ASTRID XIMENA MANRIQUE AREVALO		
Nit	1.116.870.230-1	**Teléfono**	(607) 0000000
Dirección	Cra 2B # 13-53	**Ciudad**	Tame - Colombia

Fecha de compra	Fecha de Vencimiento
2026-05-19	--

Ítem	Descripción	Cantidad	Vr. Unitario	Vr. Total
1	Prestación de servicios como Auxiliar de Enfermería en el Centro de Bienestar del Adulto Mayor (CBAM) del Municipio de Tame, correspondiente al período comprendido entre el 18 de abril y el 17 de mayo de 2026, en el marco de la ejecución del Convenio de Asociación No. 002 de 2026	1.00	1,995,000.00	1,995,000.00

Valor en Letras:
Un millón novecientos noventa y cinco mil pesos m/cte

Condiciones de Pago:
Efectivo $ 1,995,000.00

Total Bruto	1,995,000.00
Total a Pagar	1,995,000.00

Observaciones:

A este Documento se le aplican las normas relativas del Documento Soporte en adquisidores efectuadas a sujetos no obligados a facturar (Resolución 167 de 30 de diciembre de 2021).
Número Autorización 18764102291617 aprobado en 20251129 prefijo DSF desde el número 201 al 600 Vigencia: Vigencia: 24 meses.

CUDS: 1c269a6b47d5969fe32d58ae149ee1dd3a8f6849d455ae7f34ff053ee6b9f90c884614d60d50b51a74a92f00445ca93b

Elaborado por Siigo S.A.S Nit: 830.048.145-8

SOI Pagos de Seguridad Social

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

Banco de Bogotá

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CÉDULA DE CIUDADANÍA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	1116870230
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			ASTRID XIMENA MANRIQUE AREVALO
CIUDAD/MUNICIPIO:	ARAUCA	DEPARTAMENTO:	ARAUCA
DIRECCIÓN:	CALLE 21A 11-26	TELÉFONO:	3694607
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Otras actividades de servicios personales n.c.p.
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:		**1113763607**	TIPO DE PLANILLA:			I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES	abril AÑO	2026	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES	abril AÑO 2026
DÍAS DE MORA:			0			
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):			2026/05/06	NÚMERO AUTORIZACIÓN:		013636

TOTAL APORTES A PENSIÓN

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	COTIZACIÓN	APORTES VOLUNTARIOS		FSP		MORA		TOTALES		
CÓDIGO	NOMBRE			EMPLEADOR	COTIZANTE	SOLIDARIDAD	SUBSISTENCIA	COTIZACIÓN	FSP	APORTES	MORA	VALOR PAGADO
230201	230201- PROTECCION	1	$ 280.200	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 280.200	$ 0	$ 280.200
SUBTOTALES:										**$ 280.200**	**$ 0**	**$ 280.200**

TOTAL APORTES A SALUD

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD		LICENCIA MATERNIDAD		SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN		MORA		TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
EPS037	EPS037-NUEVA EPS	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 218.900	$ 0	$ 0	$ 0	$ 218.900	$ 0	$ 0	$ 218.900
SUBTOTALES:													**$ 218.900**	**$ 0**	**$ 0**	**$ 218.900**

TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD IRP			SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN	TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NUMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PAGO A OTROS RIESGOS	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
14-23	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A	1		$ 0	$ 0		$ 0	$ 18.300	$ 18.300	$ 0	$ 0	$ 18.300
SUBTOTALES:									**$ 18.300**	**$ 0**	**$ 0**	**$ 18.300**

LIQUIDACION DETALLADA APORTES

DATOS DEL COTIZANTE / NOVEDADES

Nº	IDENTIFICACIÓN	NOMBRES	TIPO COTIZANTE	SUBTIPO COTIZANTE	SALARIO BÁSICO	TIPO DE SALARIO	COLOMBIANO	EXTRANJERO	REFORMA TRIBUTARIA	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP
1	CC 1116870230	MANRIQUE AREVALO ASTRID XIMENA	INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS		$ 1.750.905				NO																	

SEGURIDAD SOCIAL – PENSIÓN

Nº	ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	FSP SUBSISTENCIA	FSP SOLIDARIDAD	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADO	INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APORTE
1	230201-PROTECCION	30	$ 1.750.905	$ 280.200	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 280.200

SEGURIDAD SOCIAL – SALUD

Nº	ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	TOTAL APORTE
1	EPS037-NUEVA EPS	30	$ 1.750.905	$ 218.900	$ 0	$ 218.900

SEGURIDAD SOCIAL – ARP

Nº	ADMIN	DÍAS COT	IBC	CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APORTE
1	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A	30	$ 1.750.905	111687023	$ 18.300

PARAFISCALES

Nº	DÍAS COT	IBC	CCF ADMIN	CCF TOTAL APORTE	SENA TOTAL APORTE	ICBF TOTAL APORTE	ESAP TOTAL APORTE	MINEDU TOTAL APORTE
1		$ 0		$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0

TOTAL PAGADO: $ 517.400

AUXILIAR DE ENFERMERÍA No. 3

FUNGES
Gestión Comprobada

FUNDACIÓN GESTIÓN SOCIAL "FUNGES"
GESTIÓN COMPROBADA
NIT. 900556022-3

CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS No. 03 DE 2026

CONTRATANTE: FUNDACIÓN GESTIÓN SOCIAL – FUNGES
NIT: 900.556.022-3
REPRESENTANTE LEGAL: GUSTAVO ALEXIS SARMIENTO
C.C.: 96.194.978 expedida en Tame
CONTRATISTA: RAMIRO ROJAS MONTAÑA
C.C.: 1.116.857.252 expedida en Tame
OBJETO: Prestación de servicios como Auxiliar de Enfermería en el Centro de Bienestar del Adulto Mayor (CBAM).
UBICACIÓN: Municipio de Tame – Arauca
VALOR TOTAL: TRECE MILLONES NOVECIENTOS SESENTA Y CINCO MIL PESOS M/CTE ($13.965.000)
VALOR MENSUAL: UN MILLÓN NOVECIENTOS NOVENTA Y CINCO MIL PESOS M/CTE ($1.995.000)
PLAZO: Siete (07) meses
FECHA DE INICIO: 18 de febrero de 2026
FECHA DE TERMINACIÓN: 17 de septiembre de 2026

Entre los suscritos GUSTAVO ALEXIS SARMIENTO, identificado con cédula de ciudadanía No. 96.194.978 expedida en Tame, quien actúa en calidad de Representante Legal de la FUNDACIÓN GESTIÓN SOCIAL – FUNGES, identificada con NIT 900.556.022-3, quien para efectos del presente contrato se denominará EL CONTRATANTE, y por la otra parte RAMIRO ROJAS MONTAÑA, identificado con cédula de ciudadanía No. 1.116.857.252 expedida en Tame, quien actúa en nombre propio y para efectos del presente contrato se denominará EL CONTRATISTA, ambos mayores de edad y con capacidad para contratar, han acordado celebrar el presente Contrato de Prestación de Servicios, el cual se regirá por las siguientes cláusulas.

CONSIDERACIONES:

Que, para la prestación de servicios como Auxiliar de Enfermería en el Centro de Bienestar del Adulto Mayor (CBAM) mediante el Convenio de Asociación No. 002 de 2026 cuyo objeto es "*DESARROLLAR EL PROGRAMA DE ATENCIÓN INTEGRAL A LA PERSONA MAYOR DEL MUNICIPIO DE TAME – DEPARTAMENTO DE ARAUCA*" suscrito entre la FUNDACIÓN GESTIÓN SOCIAL - FUNGES y el MUNICIPIO DE TAME, se hace necesaria la contratación de una persona que cumpla con los requisitos exigidos para desempeñar dichas actividades.
Debido a lo anterior, las partes acuerdan celebrar el presente contrato de conformidad con las siguientes cláusulas:

PRIMERA: Objeto del contrato. El CONTRATISTA se obliga para con el CONTRATANTE, de manera independiente y sin que exista subordinación o relación laboral alguna, a prestar sus servicios como Auxiliar de Enfermería en el Centro de Bienestar del Adulto Mayor (CBAM), apoyando las actividades de cuidado, atención básica en salud, acompañamiento y bienestar de los adultos mayores, utilizando sus propios medios y con autonomía técnica y administrativa. Como contraprestación, el CONTRATANTE pagará al CONTRATISTA los honorarios establecidos en el presente contrato.

SEGUNDA: Plazo de Ejecución. El término de duración del presente contrato será de siete (07) meses, contados a partir del 18 de febrero de 2026 hasta el 17 de septiembre de 2026, plazo dentro del cual el CONTRATISTA ejecutará las actividades propias del objeto contractual.

TERCERA: Valor. El valor total del presente contrato es la suma de TRECE MILLONES NOVECIENTOS SESENTA Y CINCO MIL PESOS M/CTE ($13.965.000), suma que será pagada por el CONTRATANTE al CONTRATISTA a título de honorarios,

de acuerdo con la forma de pago establecida en el presente contrato y previa certificación de cumplimiento por parte del supervisor.

CUARTA. Forma de Pago. El valor del presente contrato será pagado por el CONTRATANTE al CONTRATISTA mediante siete (07) pagos mensuales vencidos, cada uno por valor de UN MILLÓN NOVECIENTOS NOVENTA Y CINCO MIL PESOS M/CTE ($1.995.000), previa verificación del cumplimiento de las actividades contractuales por parte del CONTRATANTE y acreditación del pago de los aportes al Sistema de Seguridad Social Integral conforme a la normatividad vigente.

Parágrafo. Los pagos establecidos en el presente contrato estarán sujetos a la disponibilidad y desembolso efectivo de los recursos provenientes del Convenio de Asociación No. 002 de 2026 suscrito entre la FUNDACIÓN GESTIÓN SOCIAL – FUNGES y el Municipio de Tame.

QUINTA: Seguridad Social. El CONTRATISTA declara que realizará de manera independiente los aportes al Sistema de Seguridad Social Integral en salud, pensión y riesgos laborales, de conformidad con la normatividad vigente en Colombia. Para efectos del pago de los honorarios pactados en el presente contrato, el CONTRATISTA deberá acreditar el pago de dichos aportes correspondientes al período ejecutado.

SEXTA: Subcontratación. El CONTRATISTA no podrá ceder ni subcontratar total o parcialmente la ejecución del objeto del presente contrato sin la autorización previa, expresa y escrita del CONTRATANTE.

Parágrafo. En todo caso, el CONTRATISTA será el único responsable por la correcta ejecución de las actividades contratadas y mantendrá indemne al CONTRATANTE frente a cualquier reclamación, demanda o acción legal que pudiera presentarse con ocasión de la ejecución del presente contrato.

SÉPTIMA: Obligaciones Del Contratista. El CONTRATISTA se obliga a ejecutar el Objeto del Contrato, razón por la cual tendrá las siguientes obligaciones:

1. Asear las camas de los adultos mayores o brindar apoyo en esta actividad según su condición.
2. Realizar el aseo e higiene personal de los adultos mayores cuando su condición lo requiera.
3. Realizar y registrar los procedimientos efectuados a los adultos mayores de acuerdo con las indicaciones médicas.
4. Organizar y mantener limpios los carros de curación y los elementos utilizados en la atención.
5. Recibir, distribuir y suministrar los alimentos a los adultos mayores que no puedan desplazarse al comedor.
6. Administrar y registrar los medicamentos de acuerdo con la prescripción médica.
7. Realizar la toma y registro de signos vitales según diagnóstico o indicación médica.
8. Acompañar a los adultos mayores a las citas de control médico ante la IPS correspondiente cuando se requiera.
9. Desarrollar actividades que contribuyan al cuidado, bienestar y mejoramiento de las condiciones de salud de los adultos mayores.
10. Apoyar las actividades y programas que se desarrollen en el Centro de Bienestar del Adulto Mayor (CBAM).
11. Llevar registro de las actividades realizadas y diligenciar los formatos o soportes requeridos por el Centro de Bienestar del Adulto Mayor (CBAM).
12. Informar oportunamente al coordinador o supervisor sobre cualquier novedad en el estado de salud de los adultos mayores.
13. Cumplir con los protocolos de bioseguridad, higiene y cuidado establecidos por el CBAM y las autoridades de salud.
14. Las demás actividades que le sean asignadas por el supervisor del contrato y que sean inherentes al objeto de este.

Parágrafo 1: El CONTRATISTA ejecutará el objeto del presente contrato con plena autonomía técnica, administrativa y operativa, utilizando sus propios medios, recursos y conocimientos, sin que exista subordinación o dependencia respecto de EL CONTRATANTE; en consecuencia, el CONTRATISTA asumirá bajo su exclusiva responsabilidad los riesgos, gastos y obligaciones derivados de la ejecución del contrato.

Parágrafo 2: El CONTRATISTA además de las obligaciones del contrato deberá: 1. Obrar con seriedad y diligencia en el servicio contratado, 2. Presentar evidencias o soportes de las actividades realizadas, tales como registros, formatos o material fotográfico, cuando sean requeridos por el CONTRATANTE, 3. Atender las solicitudes y recomendaciones que haga el CONTRATANTE o sus delegados, con la mayor prontitud. 4. Permitir que el CONTRATANTE o un delegado haga visitas a las instalaciones del CONTRATISTA o el sitio que esté desarrollando las actividades. 5. Pago de los aportes al Sistema de Seguridad Social en salud, pensión y riesgos laborales, conforme a la normatividad vigente.

OCTAVA: Obligaciones del CONTRATANTE: Además de las obligaciones propias del contrato de prestación de servicios, el CONTRATANTE se compromete a suministrar al CONTRATISTA la información necesaria para el desarrollo de las actividades objeto del contrato, facilitar la coordinación con el personal del Centro de Bienestar del Adulto Mayor (CBAM) y efectuar el pago de los honorarios en los términos establecidos en el presente contrato.

NOVENA. Supervisión. El CONTRATANTE o su representante supervisará la ejecución del servicio encomendado y podrá formular las observaciones del caso para ser analizadas en conjunto con el CONTRATISTA.

DÉCIMA: Terminación anticipada. Cualquiera de las partes podrá dar por terminado el presente contrato antes del vencimiento del plazo pactado, mediante comunicación escrita dirigida a la otra parte. En todo caso, el CONTRATANTE podrá darlo por terminado de manera unilateral cuando se presenten circunstancias que afecten la ejecución del objeto contractual, por incumplimiento de las obligaciones del CONTRATISTA o por terminación o modificación del convenio que da origen al presente contrato.

DÉCIMA PRIMERA: Independencia. El CONTRATISTA actuará por su cuenta, con autonomía y sin que exista relación laboral ni subordinación con el CONTRATANTE. Sus derechos se limitarán por la naturaleza del contrato a exigir el cumplimiento de las obligaciones del CONTRATANTE y el pago oportuno de su remuneración fijada en este documento.

DÉCIMA SEGUNDA: Inexistencia de relación laboral. Las partes dejan expresa constancia de que el presente contrato es de naturaleza civil y no genera relación laboral alguna entre el CONTRATANTE y el CONTRATISTA. En consecuencia, el CONTRATISTA actuará con plena autonomía técnica y administrativa en la ejecución de las actividades contratadas y no tendrá derecho al reconocimiento de salarios, prestaciones sociales, indemnizaciones laborales ni demás derechos propios de un contrato de trabajo.

DÉCIMA TERCERA. Cesión. El CONTRATISTA no podrá ceder parcial ni totalmente la ejecución del presente contrato a un tercero sin la previa, expresa y escrita autorización del CONTRATANTE.

DÉCIMA CUARTA: Solución de conflictos. Se acuerda que, de presentarse un conflicto entre las partes, en el marco del presente contrato, las partes deberán acudir en primera instancia a un centro de conciliación certificado.

DÉCIMA QUINTA: Modificaciones. Toda modificación, variación adición o prórroga del presente contrato, deberá constar por escrito, mediante OTRO SÍ, que suscribirán con la firma ambas partes contratantes.

DÉCIMA SEXTA: Domicilio contractual. Para el presente contrato se establece como domicilio contractual el municipio de Tame.

DÉCIMA SÉPTIMA: Declaración del CONTRATISTA. El CONTRATISTA declara bajo la gravedad de juramento que conoce la naturaleza jurídica del presente contrato de prestación de servicios y manifiesta que lo celebra con plena autonomía técnica, administrativa y financiera, sin que exista subordinación ni dependencia respecto del CONTRATANTE. En consecuencia, reconoce que no se genera vínculo laboral alguno ni derecho al pago de prestaciones sociales, indemnizaciones o beneficios propios de un contrato de trabajo. Así mismo, declara que asume de manera independiente las obligaciones tributarias, de seguridad social y demás cargas legales derivadas de la ejecución del presente contrato.

Para constancia, se firma en el municipio de Tame, Arauca, a los dieciocho (18) días del mes de febrero de 2026.

EL CONTRATANTE,

GUSTAVO ALEXIS SARMIENTO
C.C. 96.194.978 expedida en Tame
Representante Legal
FUNDACIÓN GESTIÓN SOCIAL – FUNGES

EL CONTRATISTA,

Ramiro Rojas
1116 857 252
RAMIRO ROJAS MONTAÑA
C.C. 1.116.857.252 expedida en Tame

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

nueva eps

24 2 2026

X X X X X

ROJAS MONTAÑA RAMIRO

CC - Cédula de Ciudadanía 1116857252 X X

COLOMBIANO COLOMBIA ARAUCA TAME 2 3 1987

6 X SURA

PORVENIR 1995000 3208730962

CALLE 13 # 3 - 25 Barrio Cristo Rey 2023ramirorojas@gmail.com ARAUCA

TAME X 10855

X

ROJAS MONTAÑA RAMIRO

CC - Cédula de Ciudadanía 1116857252 X X

2 3 1987 18 2 2026

Ramiro Rojas

nueva eps

Recibido por: 24 2 2026

- ORIGINAL: E.P.S. -

ENTREGA CARTA DE DERECHOS Y DEBERES Y CARTA DE DESEMPEÑO

nueva eps

Autorización de mensajes de texto. (Decreto número 2591 mayo de 2013)

Yo RAMIRO ROJAS MONTAÑA identificado (a) con CC - Cédula de Ciudadanía número 1116857252 de COLOMBIA certifico que:

1	¿Previo al diligenciamiento del formulario de afiliación, la EPS le hizo entrega de la carta de derechos y deberes del afiliado y del paciente?	SI X NO
2	¿Previo al diligenciamiento del formulario de afiliación, la EPS le hizo entrega de la carta de desempeño donde da presente de manera clara su puesto en el ranking?	SI X NO
3	¿Leyó el contenido de la carta de derechos y deberes del afiliado y del paciente?	SI X NO
4	¿Leyó el contenido de la carta de desempeño de la EPS?	SI X NO
5	¿Si tuvo alguna duda sobre el contenido de la información, fue asesorado adecuadamente por la EPS?	SI X NO

Así mismo autorizo a NUEVA EPS, para que envíe información al teléfono celular No. _____ y al correo electrónico: _____

SI ☐ NO ☐

Autorizo la entrega de la carta de Derechos y Deberes del Afiliado y carta de Desempeño, en formato electrónico. SI ☐ NO ☐

Consulto la carta de derechos y deberes y la carta de desempeño en el micrositio Web https://www.nuevaeps.com.co/ingresa la contraseña-dejo mi Entonces impresionado para ser firmado con el cliente. SI ☐ NO ☐

Cotizante

Firma: Ramiro Rojas

Tipo ID: CC - Cédula No. ID: 1116857252

Fecha de Solicitud: 24 2 2026

Dirección: CALLE 13 # 3 - 25 Barrio Cristo Rey

Tel.: 3208730962 Municipio: TAME

Departamento: ARAUCA

Huella

Afiliado manifiesta que no sabe o no puede firmar, autoriza a:

Firma: _____

Tipo ID: _____ No. ID: _____

Fecha (dd/mm/aaaa): _____

Dirección: _____

Tel: _____ Municipio: _____

Departamento: _____

Huella

Manifiesta bajo la gravedad de juramento que la información suministrada es fidedigna y que ha sido verificada por mi persona, y que en caso de falsedad o error en los datos aquí consignados, me hago responsable de las consecuencias que de ello se deriven. Autorizo a NUEVA EPS S.A. para el tratamiento de mis datos personales de acuerdo con la ley 1581 de 2012.

Declaración Juramentada de Convivencia: Declaro bajo la gravedad de juramento que el(la) Señor(a) _____ identificado(a) con _____ No. _____ de _____ vive conmigo desde el día _____ del mes _____ del año _____.

Autorizaciones

En virtud de la anterior calificación, autorizo expresamente y confirmo a lo dispuesto en los artículos 15 y 16 de la Ley 527 de 1999, a NUEVA EPS S.A. para que me remita información en forma de mensajes de datos, a través de mensajería como email, correo electrónico, correo electrónico y redes sociales, relacionada con los servicios de NUEVA EPS S.A y la carta de derechos de deberes.

Autorizo de manera expresa a NUEVA EPS S.A. vía a la persona natural o jurídica a quien data encargue, para que recolecte, almacene, use, haga circular, actualice o suprima mis datos personales, para acceder a los servicios de la NUEVA EPS S.A. y para el cumplimiento de la carta de derechos y deberes.

Aviso de privacidad

Hago constar expresamente que NUEVA EPS S.A. me informó sobre los siguientes derechos que me asisten como titular de datos personales:

- Acceder los datos personales que hayan sido objeto de tratamiento conforme a lo dispuesto en la Ley 1581 de 2012 y los demás normas que la modifiquen, adicionen o complementen.
- Conocer, actualizar y rectificar mis datos personales frente al responsable del tratamiento y al encargado del tratamiento. Este derecho se podrá ejercer, entre otros, datos, por ejemplo, parciales, inexactos, incompletos, fraccionados, que induzcan a error, o aquellos datos cuyo tratamiento esté expresamente prohibido o no haya sido autorizado.
- Solicitar prueba de la autorización otorgada al responsable del tratamiento salvo cuando expresamente se exceptúe como requisito para el tratamiento, de conformidad con lo previsto en el artículo 10 de la Ley 1581 de 2012.
- Ser informado por el responsable del tratamiento o el encargado del tratamiento previa solicitud, con respecto del uso que le ha dado a los datos personales.
- Presentar ante la Superintendencia de Industria y Comercio quejas por infracciones a lo dispuesto en la Ley 1581 de 2012 y las demás normas que la modifiquen, adicionen o complementen.
- Revocar la autorización y/o solicitar la supresión del dato cuando en el tratamiento no se respetan los principios, derechos y garantías constitucionales y legales. La revocatoria y/o supresión procederá cuando la Superintendencia de Industria y Comercio haya determinado que en el tratamiento el responsable o encargado han incurrido en conductas contrarias a esta ley y a la constitución.

En cumplimiento de la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013 y las demás normas que los modifiquen, adicionen o complementen, le informamos que usted puede consultar la política de tratamiento de los datos personales de NUEVA EPS S.A. a través de los siguientes mecanismos que pondremos a su disposición:

Sitio web: www.nuevaeps.co

Régimen Contributivo:

Línea Gratuita: 01 8000 954400

Línea de atención en Bogotá (601) 307 7022

Régimen Subsidiado:

Línea Gratuita: 01 8000 95 2000

Línea de atención en Bogotá (601) 307 7061

Oficinas de atención al afiliado de NUEVA EPS S.A.

Conmutador: (601) 419 3000

Dirección Administrativa: Carrera 69K No. 46A – 66 Piso 2

Si (si aplicaba), la información por usted suministrada en este formato, así como la relacionada en el formulario de afiliación y/o demás documentos anexos, sigan ubicados por NUEVA EPS S.A. como responsable del tratamiento de la información, únicamente para los fines relacionados con la administración y prestación de servicios en donde Plan Obligatorio de Salud, de acuerdo con la Ley 1581 de 2012, Habeas Data, dicho tratamiento podrá incluir la transferencia, transmisión y/o recepción de los datos, y el cual se realizará a través de la página, medios intercambios de transferencia de información o de sus clientes comerciales, para fines comerciales y para la correcta prestación del servicio de la forma indicada en los Términos y Condiciones de cada uno de sus productos y de la Política de Confidencialidad y Protección de Datos.

INFORMACIÓN PARA SER DILIGENCIADA POR EL TRABAJADOR INDEPENDIENTE CUYO INGRESO SEA IGUAL O SUPERIOR A 1 SMMLV

ACTIVIDAD ECONÓMICA	ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES	ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES	INGRESO BASE DE COTIZACIÓN	PERSONA VINCULADA PREPAGA	PRODUCTOS AGROPECUARIO
4759	SURA	PORVENIR	$ 1995000	SI / NO X	SI / NO X

Nivel de Escolaridad								Posición Ocupacional			
	Primaria	Secundaria	Universitaria	Postgrado	Profesional	Técnico	Tecnólogo	Patrono/Empleador	Cooperativa	Trabajo por su Cuenta X
	Bachiller	Técnico Profesional	Especialista	Otros Grados						
	Ninguno	Tecnólogo	Maestría	Ayudante 11				Inicio Contrato 24 2 2026		Fin Contrato

Solidaridad: Si usted es independiente y cotiza por un salario igual o superior a 4 SMMLV, debe realizar un aporte al Fondo de Solidaridad Pensional, el porcentaje de aporte depende de su ingreso base de cotización. Si usted es independiente y cotiza por un salario igual o superior a 16 SMMLV, debe realizar un aporte adicional al Fondo de Solidaridad Pensional, el porcentaje de aporte depende de su ingreso base de cotización.

SOLO DILIGENCIAR SI ES COTIZANTE INDEPENDIENTE PAGO POR TERCERO: Nombre del Tercero: _____ Tipo de Identificación: _____ Identificación del Tercero que realiza el Aporte: _____ DV: _____

INFORMACIÓN PARA SER DILIGENCIADA POR LA EPS

NOMBRE DEL ASESOR o PROMOTOR	CODIGO ASESOR o PROMOTOR	NOMBRE DE OFICINA	BOGOTA
ELSA FLOREZ	A1380	PEPE SIERRA	24 / 2 / 2026

Firma y Huella

700

porvenir
sólo hay uno

SOCIEDAD ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES Y CESANTÍAS PORVENIR S.A.

En su condición de administradora del

FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR

NIT 800.224.808-8

CERTIFICA QUE:

RAMIRO ROJAS MONTAÑA, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.116.857.252**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 23 de Febrero del 2026.

Cordialmente,

Gerencia de Clientes

Tenga en cuenta:

Es importante que sea constante en realizar los aportes obligatorios para su pensión, así lograría recibir el ingreso que desea cuando obtenga su beneficio pensional.

POSITIVA

CER_AFI_2026021066039

LA GERENCIA DE AFILIACIONES Y NOVEDADES

CERTIFICA QUE:

RAMIRO ROJAS MONTAÑA identificado con CC. 1116857252 registra la siguiente información en el ramo de Riesgos Laborales:

INFORMACIÓN DEL CONTRATANTE	
Nombres y/o Razón	FUNDACION GESTION SOCIAL
Tipo y Numero de Documento	NI - 900556022

INFORMACIÓN RELACIÓN LABORAL			
Fecha de inicio de cobertura	2026/03/04	**Fecha inicio contrato**	2026/02/18
Tipo de vinculación	Independiente con Contrato	**Fecha de fin contrato**	2026/09/17
Riesgo	2	**Código actividad económica**	2873001 - Actividades de atencion en instituciones para el cuidado de personas mayores y/o discapacitadas, esta clase
Estado afiliación	Activa		
Fecha retiro	-	**Estado del contrato**	Activa

Esta certificación se expide a los 3 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: **CC03032026R1116857252M11891226.** Este código es válido por un mes.

Cordialmente,

Gerencia de afiliaciones y novedades ARL

POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S. A.

FUNDACION GESTION SOCIAL
Nit 900.556.022-3
CALLE 3 7 28 URB LOS MANGOS
Tel: (607) 3208639029
Tame - Colombia

Documento soporte por compras a sujetos no obligados a facturar
No. DSF 260

Proveedor	RAMIRO ROJAS MONTAÑA		
Nit	1.116.857.252-1	**Teléfono**	(607) 0000000
Dirección	Calle 13 # 3-25	**Ciudad**	Tame - Colombia

Fecha de compra	Fecha de Vencimiento
2026-04-01	--

Ítem	Descripción	Cantidad	Vr. Unitario	Vr. Total
1	Prestación de servicios como Auxiliar de Enfermería en el Centro de Bienestar del Adulto Mayor (CBAM) del Municipio de Tame, correspondiente al período comprendido entre el 18 de febrero y el 17 de marzo de 2026, en el marco de la ejecución del Convenio de Asociación No. 002 de 2026	1.00	1,995,000.00	1,995,000.00

Valor en Letras:
Un millón novecientos noventa y cinco mil pesos m/cte

Condiciones de Pago:
Efectivo $ 1,995,000.00

Total Bruto	1,995,000.00
Total a Pagar	1,995,000.00

Observaciones:

A este Documento se le aplican las normas relativas del Documento Soporte en adquisidores efectuadas a sujetos no obligados a facturar (Resolución 167 de 30 de diciembre de 2021).
Número Autorización 18764102291617 aprobado en 20251129 prefijo DSF desde el nùmero 201 al 600 Vigencia: Vigencia: 24 meses.

CUDS: 796dad5156c64d631e48d7aa0cdbc0e5d1a9523ed5d8d2cfd793a86647346a9490a943af4e7b7c2f912f21bf2c1b1ef1

Elaborado por Siigo S.A.S Nit: 830.048.145-8

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

Banco de Bogotá

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CÉDULA DE CIUDADANÍA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	1116857252
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			RAMIRO ROJAS MONTANA
CIUDAD/MUNICIPIO:	TAME	DEPARTAMENTO:	ARAUCA
DIRECCIÓN:	CALLE 13A N 3 - 25	TELÉFONO:	3112705
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Comercio al por mayor de computadores, equipo per
FORMA DE PRESENTACIÓN:	SUCURSAL	SUCURSAL / DEPENDENCIA:	01 - MES DE ABRIL
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:	1113437289			TIPO DE PLANILLA:			I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES	febrero	AÑO 2026	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES	febrero	AÑO 2026
DÍAS DE MORA:			0				
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):			2026/03/06	NÚMERO AUTORIZACIÓN:			093263

TOTAL APORTES A PENSIÓN

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	COTIZACIÓN	APORTES VOLUNTARIOS		FSP		MORA		TOTALES		
CÓDIGO	NOMBRE			EMPLEADOR	COTIZANTE	SOLIDARIDAD	SUBSISTENCIA	COTIZACIÓN	FSP	APORTES	MORA	VALOR PAGADO
230301	230301-PORVENIR	1	$ 121.400	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 121.400	$ 0	$ 121.400
SUBTOTALES:										**$ 121.400**	**$ 0**	**$ 121.400**

TOTAL APORTES A SALUD

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD		LICENCIA MATERNIDAD		SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN		MORA		TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
EPS037	EPS037-NUEVA EPS	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 94.900	$ 0	$ 0	$ 0	$ 94.900	$ 0	$ 0	$ 94.900
SUBTOTALES:													**$ 94.900**	**$ 0**	**$ 0**	**$ 94.900**

TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD IRP			SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN	TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PAGO A OTROS RIESGOS	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
14-23	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A	1		$ 0	$ 0		$ 0	$ 8.000	$ 8.000	$ 0	$ 0	$ 8.000
SUBTOTALES:									**$ 8.000**	**$ 0**	**$ 0**	**$ 8.000**

LIQUIDACION DETALLADA APORTES

DATOS DEL COTIZANTE									NOVEDADES															SEGURIDAD SOCIAL																											PARAFISCALES						
																								PENSIÓN									SALUD						ARP									CCF		SENA	ICBF	ESAP	MINEDU
																											FSP		APORTES VOLUNTARIOS																										
Nº	IDENTIFICACIÓN	NOMBRES	TIPO COTIZANTE	SUBTIPO COTIZANTE	SALARIO BÁSICO	TIPO DE SALARIO	COLOMBIANO	EXTRANJERO	REFORMA TRIBUTARIA	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	ADMIN	DÍAS COT.	IBC	COTIZACIÓN	SUBSISTENCIA	SOLIDARIDAD	EMPLEADOR	EMPLEADO	INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APORTE	ADMIN	DÍAS COT.	IBC	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	TOTAL APORTE	ADMIN	DÍAS COT.	IBC	CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APORTE	DÍAS COT.	IBC	ADMIN	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE
1	CC 1116857252	ROJAS MONTANA RAMIRO	INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS		$ 1.750.905				NO	18																230301-PORVENIR	13	$ 758.726	$ 121.400	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 121.400	EPS037-NUEVA EPS	13	$ 758.726	$ 94.900	$ 0	$ 94.900	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A	13	$ 758.726	111685725	$ 8.000		$ 0		$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0

TOTAL PAGADO: $ 224.300

703

FUNDACION GESTION SOCIAL
Nit 900.556.022-3
CALLE 3 7 28 URB LOS MANGOS
Tel: (607) 3208639029
Tame - Colombia

Documento soporte por compras a sujetos no obligados a facturar
No. DSF 274

Proveedor	RAMIRO ROJAS MONTAÑA		
Nit	1.116.857.252-1	**Teléfono**	(607) 0000000
Dirección	Calle 13 # 3-25	**Ciudad**	Tame - Colombia

Fecha de compra	Fecha de Vencimiento
2026-04-17	--

Ítem	Descripción	Cantidad	Vr. Unitario	Vr. Total
1	Prestación de servicios como Auxiliar de Enfermería en el Centro de Bienestar del Adulto Mayor (CBAM) del Municipio de Tame, correspondiente al período comprendido entre el 18 de marzo y el 17 de abril de 2026, en el marco de la ejecución del Convenio de Asociación No. 002 de 2026	1.00	1,995,000.00	1,995,000.00

Valor en Letras:
Un millón novecientos noventa y cinco mil pesos m/cte

Condiciones de Pago:
Efectivo $ 1,995,000.00

Total Bruto	1,995,000.00
Total a Pagar	1,995,000.00

Observaciones:

A este Documento se le aplican las normas relativas del Documento Soporte en adquisidores efectuadas a sujetos no obligados a facturar (Resolución 167 de 30 de diciembre de 2021).
Número Autorización 18764102291617 aprobado en 20251129 prefijo DSF desde el número 201 al 600 Vigencia: Vigencia: 24 meses.

CUDS: 741e45d0b6e7ad733893b9d054236a6bd6e8cd79cd526a9622f956b93da27b15518070eaab96a2b06afa5879784658ea

Elaborado por Siigo S.A.S Nit: 830.048.145-8

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

Banco de Bogotá

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CÉDULA DE CIUDADANÍA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	1116857252
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			RAMIRO ROJAS MONTANA
CIUDAD/MUNICIPIO:	TAME	DEPARTAMENTO:	ARAUCA
DIRECCIÓN:	CALLE 13A N 3 - 25	TELÉFONO:	3112705
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Comercio al por mayor de computadores, equipo per
FORMA DE PRESENTACIÓN:	SUCURSAL	SUCURSAL / DEPENDENCIA:	01 - MES DE ABRIL
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:			1113617368	TIPO DE PLANILLA:			I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES	marzo AÑO	2026	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES	marzo AÑO	2026
DÍAS DE MORA:			0				
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):			2026/04/09	NÚMERO AUTORIZACIÓN:			681339

TOTAL APORTES A PENSIÓN

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	COTIZACIÓN	APORTES VOLUNTARIOS		FSP		MORA		TOTALES		
CÓDIGO	NOMBRE			EMPLEADOR	COTIZANTE	SOLIDARIDAD	SUBSISTENCIA	COTIZACIÓN	FSP	APORTES	MORA	VALOR PAGADO
230301	230301-PORVENIR	1	$ 280.200	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 280.200	$ 0	$ 280.200
SUBTOTALES:										**$ 280.200**	**$ 0**	**$ 280.200**

TOTAL APORTES A SALUD

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD		LICENCIA MATERNIDAD		SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN		MORA		TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
EPS037	EPS037-NUEVA EPS	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 218.900	$ 0	$ 0	$ 0	$ 218.900	$ 0	$ 0	$ 218.900
SUBTOTALES:													**$ 218.900**	**$ 0**	**$ 0**	**$ 218.900**

TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD IRP			SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN	TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NUMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PAGO A OTROS RIESGOS	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
14-23	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A	1		$ 0	$ 0		$ 0	$ 18.300	$ 18.300	$ 0	$ 0	$ 18.300
SUBTOTALES:									**$ 18.300**	**$ 0**	**$ 0**	**$ 18.300**

LIQUIDACION DETALLADA APORTES

DATOS DEL COTIZANTE										NOVEDADES																
Nº	IDENTIFICACIÓN	NOMBRES	TIPO COTIZANTE	SUBTIPO COTIZANTE	SALARIO BÁSICO	TIPO DE SALARIO	COLOMBIANO	EXTRANJERO	REFORMA TRIBUTARIA	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP
1	CC 1116857252	ROJAS MONTAÑA RAMIRO	INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS		$ 1.750.905				NO																	

	SEGURIDAD SOCIAL									
	PENSIÓN									
Nº	ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	FSP SUBSISTENCIA	FSP SOLIDARIDAD	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADO	INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APORTE
1	230301-PORVENIR	30	$ 1.750.905	$ 280.200	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 280.200

	SEGURIDAD SOCIAL										
	SALUD						ARP				
Nº	ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	TOTAL APORTE	ADMIN	DÍAS COT	IBC	CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APORTE
1	EPS037-NUEVA EPS	30	$ 1.750.905	$ 218.900	$ 0	$ 218.900	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A	30	$ 1.750.905	111685725	$ 18.300

	PARAFISCALES							
			CCF		SENA	ICBF	ESAP	MINEDU
Nº	DÍAS COT	IBC	ADMIN	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE
1		$ 0		$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0

TOTAL PAGADO: **$ 517.400**

205

FUNDACION GESTION SOCIAL
Nit 900.556.022-3
CALLE 3 7 28 URB LOS MANGOS
Tel: (607) 3208639029
Tame - Colombia

Documento soporte por compras a sujetos no obligados a facturar
No. DSF 289

Proveedor	RAMIRO ROJAS MONTAÑA		
Nit	1.116.857.252-1	**Teléfono**	(607) 0000000
Dirección	Calle 13 # 3-25	**Ciudad**	Tame - Colombia

Fecha de compra	Fecha de Vencimiento
2026-05-19	--

Ítem	Descripción	Cantidad	Vr. Unitario	Vr. Total
1	Prestación de servicios como Auxiliar de Enfermería en el Centro de Bienestar del Adulto Mayor (CBAM) del Municipio de Tame, correspondiente al período comprendido entre el 18 de abril y el 17 de mayo de 2026, en el marco de la ejecución del Convenio de Asociación No. 002 de 2026	1.00	1,995,000.00	1,995,000.00

Valor en Letras:
Un millón novecientos noventa y cinco mil pesos m/cte

Condiciones de Pago:
Efectivo $ 1,995,000.00

Total Bruto	1,995,000.00
Total a Pagar	1,995,000.00

Observaciones:

A este Documento se le aplican las normas relativas del Documento Soporte en adquisidores efectuadas a sujetos no obligados a facturar (Resolución 167 de 30 de diciembre de 2021).
Número Autorización 18764102291617 aprobado en 20251129 prefijo DSF desde el número 201 al 600 Vigencia: Vigencia: 24 meses.

CUDS: 8bc2e2f6801c000925ccbf02286b1b31bccf066f44f3ed2cafd46b576ec31a84339c7b8a1722b6a26c7ccef81ecf81c4

Elaborado por Siigo S.A.S Nit: 830.048.145-8

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

Bancolombia

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CÉDULA DE CIUDADANÍA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	1116857252
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			RAMIRO ROJAS MONTAÑA
CIUDAD/MUNICIPIO:	TAME	DEPARTAMENTO:	ARAUCA
DIRECCIÓN:	CALLE 13A N 3 - 25	TELÉFONO:	3112705
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Comercio al por mayor de computadores, equipo per
FORMA DE PRESENTACIÓN:	SUCURSAL	SUCURSAL / DEPENDENCIA:	01 - MES DE ABRIL
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:	6017369393		TIPO DE PLANILLA:		I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES abril AÑO /2026		PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES abril AÑO	2026
DÍAS DE MORA:	0				
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):	2026/05/06		NÚMERO AUTORIZACIÓN:		284884487

TOTAL APORTES A PENSIÓN

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	COTIZACIÓN	APORTES VOLUNTARIOS		FSP		MORA		TOTALES		
CÓDIGO	NOMBRE			EMPLEADOR	COTIZANTE	SOLIDARIDAD	SUBSISTENCIA	COTIZACIÓN	FSP	APORTES	MORA	VALOR PAGADO
230301	230301-PORVENIR	1	$ 280.200	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 280.200	$ 0	$ 280.200
SUBTOTALES:										**$ 280.200**	**$ 0**	**$ 280.200**

TOTAL APORTES A SALUD

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD		LICENCIA MATERNIDAD		SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN		MORA		TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
EPS037	EPS037-NUEVA EPS	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 218.900	$ 0	$ 0	$ 0	$ 218.900	$ 0	$ 0	$ 218.900
SUBTOTALES:													**$ 218.900**	**$ 0**	**$ 0**	**$ 218.900**

TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD IRP			SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN	TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NUMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PAGO A OTROS RIESGOS	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
14-23	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A	1		$ 0	$ 0		$ 0	$ 18.300	$ 18.300	$ 0	$ 0	$ 18.300
SUBTOTALES:									**$ 18.300**	**$ 0**	**$ 0**	**$ 18.300**

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

DATOS DEL COTIZANTE									NOVEDADES																SEGURIDAD SOCIAL																													PARAFISCALES							
																									PENSIÓN										SALUD								ARP																									
																												FSP		APORTES VOLUNTARIOS																																					
Nº	IDENTIFICACIÓN	NOMBRES	TIPO COTIZANTE	SUBTIPO COTIZANTE	SALARIO BÁSICO	TIPO DE SALARIO	COLOMBIANO	EXTRANJERO	REFORMA TRIBUTARIA	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	ADMIN	DÍAS COT.	IBC	COTIZACIÓN	SUBSISTENCIA	SOLIDARIDAD	EMPLEADOR	EMPLEADO	INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APORTE	ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	TOTAL APORTE	ADMIN	DÍAS COT	IBC	CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APORTE	DÍAS COT	IBC	ADMIN	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE
1	CC 1116857252	ROJAS MONTAÑA RAMIRO	INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS		$ 1.750.905				NO																		230301-PORVENIR	30	$ 1.750.905	$ 280.200	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 280.200	EPS037-NUEVA EPS	30	$ 1.750.905	$ 218.900	$ 0	$ 218.900	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A	30	$ 1.750.905	111685725	$ 18.300		$ 0		$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0

TOTAL PAGADO: $ 517.400

704

AUXILIAR DE ENFERMERÍA No. 4

FUNGES
Gestión Comprobada

FUNDACIÓN GESTIÓN SOCIAL "FUNGES"
GESTIÓN COMPROBADA
NIT. 900556022-3

CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS No. 05 DE 2026

CONTRATANTE: FUNDACIÓN GESTIÓN SOCIAL – FUNGES
NIT: 900.556.022-3
REPRESENTANTE LEGAL: GUSTAVO ALEXIS SARMIENTO
C.C.: 96.194.978 de Tame
CONTRATISTA: ANGIE PAOLA HERRERA CARRILLO
C.C.: 1.116.871.869 expedida en Tame
OBJETO: Prestación de servicios como Auxiliar de Enfermería en el Centro de Bienestar del Adulto Mayor (CBAM).
UBICACIÓN: Municipio de Tame – Arauca
VALOR TOTAL: TRECE MILLONES NOVECIENTOS SESENTA Y CINCO MIL PESOS M/CTE ($13.965.000)
VALOR MENSUAL: UN MILLÓN NOVECIENTOS NOVENTA Y CINCO MIL PESOS M/CTE ($1.995.000)
PLAZO: Siete (07) meses
FECHA DE INICIO: 18 de febrero de 2026
FECHA DE TERMINACIÓN: 17 de septiembre de 2026

Entre los suscritos GUSTAVO ALEXIS SARMIENTO, identificado con cédula de ciudadanía No. 96.194.978 expedida en Tame, quien actúa en calidad de Representante Legal de la FUNDACIÓN GESTIÓN SOCIAL – FUNGES, identificada con NIT 900.556.022-3, quien para efectos del presente contrato se denominará EL CONTRATANTE, y por la otra parte ANGIE PAOLA HERRERA CARRILLO, identificada con cédula de ciudadanía No. 1.116.871.869 expedida en Tame, quien actúa en nombre propio y para efectos del presente contrato se denominará EL CONTRATISTA, ambos mayores de edad y con capacidad para contratar, han acordado celebrar el presente Contrato de Prestación de Servicios, el cual se regirá por las siguientes cláusulas.

CONSIDERACIONES:

Que, para la prestación de servicios como Auxiliar de Enfermería en el Centro de Bienestar del Adulto Mayor (CBAM) mediante el Convenio de Asociación No. 002 de 2026 cuyo objeto es "*DESARROLLAR EL PROGRAMA DE ATENCIÓN INTEGRAL A LA PERSONA MAYOR DEL MUNICIPIO DE TAME – DEPARTAMENTO DE ARAUCA" suscrito entre la* FUNDACIÓN GESTIÓN SOCIAL - *FUNGES y el MUNICIPIO DE TAME*, se hace necesaria la contratación de una persona que cumpla con los requisitos exigidos para desempeñar dichas actividades.
Debido a lo anterior, las partes acuerdan celebrar el presente contrato de conformidad con las siguientes cláusulas:

PRIMERA: Objeto del contrato. El CONTRATISTA se obliga para con el CONTRATANTE, de manera independiente y sin que exista subordinación o relación laboral alguna, a prestar sus servicios como Auxiliar de Enfermería en el Centro de Bienestar del Adulto Mayor (CBAM), apoyando las actividades de cuidado, atención básica en salud, acompañamiento y bienestar de los adultos mayores, utilizando sus propios medios y con autonomía técnica y administrativa. Como contraprestación, el CONTRATANTE pagará al CONTRATISTA los honorarios establecidos en el presente contrato.

SEGUNDA: Plazo de Ejecución. El término de duración del presente contrato será de siete (07) meses, contados a partir del 18 de febrero de 2026 hasta el 17 de septiembre de 2026, plazo dentro del cual el CONTRATISTA ejecutará las actividades propias del objeto contractual.

TERCERA: Valor. El valor total del presente contrato es la suma de TRECE MILLONES NOVECIENTOS SESENTA Y CINCO MIL PESOS M/CTE ($13.965.000), suma que será pagada por el CONTRATANTE al CONTRATISTA a título de honorarios,

de acuerdo con la forma de pago establecida en el presente contrato y previa certificación de cumplimiento por parte del supervisor.

CUARTA. Forma de Pago. El valor del presente contrato será pagado por el CONTRATANTE al CONTRATISTA mediante siete (07) pagos mensuales vencidos, cada uno por valor de UN MILLÓN NOVECIENTOS NOVENTA Y CINCO MIL PESOS M/CTE ($1.995.000), previa verificación del cumplimiento de las actividades contractuales por parte del CONTRATANTE y acreditación del pago de los aportes al Sistema de Seguridad Social Integral conforme a la normatividad vigente.

Parágrafo. Los pagos establecidos en el presente contrato estarán sujetos a la disponibilidad y desembolso efectivo de los recursos provenientes del Convenio de Asociación No. 002 de 2026 suscrito entre la FUNDACIÓN GESTIÓN SOCIAL – FUNGES y el Municipio de Tame.

QUINTA: Seguridad Social. El CONTRATISTA declara que realizará de manera independiente los aportes al Sistema de Seguridad Social Integral en salud, pensión y riesgos laborales, de conformidad con la normatividad vigente en Colombia. Para efectos del pago de los honorarios pactados en el presente contrato, el CONTRATISTA deberá acreditar el pago de dichos aportes correspondientes al período ejecutado.

SEXTA: Subcontratación. El CONTRATISTA no podrá ceder ni subcontratar total o parcialmente la ejecución del objeto del presente contrato sin la autorización previa, expresa y escrita del CONTRATANTE.

Parágrafo. En todo caso, el CONTRATISTA será el único responsable por la correcta ejecución de las actividades contratadas y mantendrá indemne al CONTRATANTE frente a cualquier reclamación, demanda o acción legal que pudiera presentarse con ocasión de la ejecución del presente contrato.

SÉPTIMA: Obligaciones Del Contratista. El CONTRATISTA se obliga a ejecutar el Objeto del Contrato, razón por la cual tendrá las siguientes obligaciones:

1. Asear las camas de los adultos mayores o brindar apoyo en esta actividad según su condición.
2. Realizar el aseo e higiene personal de los adultos mayores cuando su condición lo requiera.
3. Realizar y registrar los procedimientos efectuados a los adultos mayores de acuerdo con las indicaciones médicas.
4. Organizar y mantener limpios los carros de curación y los elementos utilizados en la atención.
5. Recibir, distribuir y suministrar los alimentos a los adultos mayores que no puedan desplazarse al comedor.
6. Administrar y registrar los medicamentos de acuerdo con la prescripción médica.
7. Realizar la toma y registro de signos vitales según diagnóstico o indicación médica.
8. Acompañar a los adultos mayores a las citas de control médico ante la IPS correspondiente cuando se requiera.
9. Desarrollar actividades que contribuyan al cuidado, bienestar y mejoramiento de las condiciones de salud de los adultos mayores.
10. Apoyar las actividades y programas que se desarrollen en el Centro de Bienestar del Adulto Mayor (CBAM).
11. Llevar registro de las actividades realizadas y diligenciar los formatos o soportes requeridos por el Centro de Bienestar del Adulto Mayor (CBAM).
12. Informar oportunamente al coordinador o supervisor sobre cualquier novedad en el estado de salud de los adultos mayores.
13. Cumplir con los protocolos de bioseguridad, higiene y cuidado establecidos por el CBAM y las autoridades de salud.
14. Las demás actividades que le sean asignadas por el supervisor del contrato y que sean inherentes al objeto de este.

Parágrafo 1: El CONTRATISTA ejecutará el objeto del presente contrato con plena autonomía técnica, administrativa y operativa, utilizando sus propios medios, recursos y conocimientos, sin que exista subordinación o dependencia respecto de EL CONTRATANTE; en consecuencia, el CONTRATISTA asumirá bajo su exclusiva responsabilidad los riesgos, gastos y obligaciones derivados de la ejecución del contrato.

Parágrafo 2: El CONTRATISTA además de las obligaciones del contrato deberá: 1. Obrar con seriedad y diligencia en el servicio contratado, 2. Presentar evidencias o soportes de las actividades realizadas, tales como registros, formatos o material fotográfico, cuando sean requeridos por el CONTRATANTE, 3. Atender las solicitudes y recomendaciones que haga el CONTRATANTE o sus delegados, con la mayor prontitud. 4. Permitir que el CONTRATANTE o un delegado haga visitas a las instalaciones del CONTRATISTA o el sitio que esté desarrollando las actividades. 5. Pago de los aportes al Sistema de Seguridad Social en salud, pensión y riesgos laborales, conforme a la normatividad vigente.

OCTAVA: Obligaciones del CONTRATANTE: Además de las obligaciones propias del contrato de prestación de servicios, el CONTRATANTE se compromete a suministrar al CONTRATISTA la información necesaria para el desarrollo de las actividades objeto del contrato, facilitar la coordinación con el personal del Centro de Bienestar del Adulto Mayor (CBAM) y efectuar el pago de los honorarios en los términos establecidos en el presente contrato.

NOVENA. Supervisión. El CONTRATANTE o su representante supervisará la ejecución del servicio encomendado y podrá formular las observaciones del caso para ser analizadas en conjunto con el CONTRATISTA.

DÉCIMA: Terminación anticipada. Cualquiera de las partes podrá dar por terminado el presente contrato antes del vencimiento del plazo pactado, mediante comunicación escrita dirigida a la otra parte. En todo caso, el CONTRATANTE podrá darlo por terminado de manera unilateral cuando se presenten circunstancias que afecten la ejecución del objeto contractual, por incumplimiento de las obligaciones del CONTRATISTA o por terminación o modificación del convenio que da origen al presente contrato.

DÉCIMA PRIMERA: Independencia. El CONTRATISTA actuará por su cuenta, con autonomía y sin que exista relación laboral ni subordinación con el CONTRATANTE. Sus derechos se limitarán por la naturaleza del contrato a exigir el cumplimiento de las obligaciones del CONTRATANTE y el pago oportuno de su remuneración fijada en este documento.

DÉCIMA SEGUNDA: Inexistencia de relación laboral. Las partes dejan expresa constancia de que el presente contrato es de naturaleza civil y no genera relación laboral alguna entre el CONTRATANTE y el CONTRATISTA. En consecuencia, el CONTRATISTA actuará con plena autonomía técnica y administrativa en la ejecución de las actividades contratadas y no tendrá derecho al reconocimiento de salarios, prestaciones sociales, indemnizaciones laborales ni demás derechos propios de un contrato de trabajo.

DÉCIMA TERCERA. Cesión. El CONTRATISTA no podrá ceder parcial ni totalmente la ejecución del presente contrato a un tercero sin la previa, expresa y escrita autorización del CONTRATANTE.

DÉCIMA CUARTA: Solución de conflictos. Se acuerda que, de presentarse un conflicto entre las partes, en el marco del presente contrato, las partes deberán acudir en primera instancia a un centro de conciliación certificado.

DÉCIMA QUINTA: Modificaciones. Toda modificación, variación adición o prórroga del presente contrato, deberá constar por escrito, mediante OTRO SÍ, que suscribirán con la firma ambas partes contratantes.

DÉCIMA SEXTA: Domicilio contractual. Para el presente contrato se establece como domicilio contractual el municipio de Tame.

DÉCIMA SÉPTIMA: Declaración del CONTRATISTA. El CONTRATISTA declara bajo la gravedad de juramento que conoce la naturaleza jurídica del presente contrato de prestación de servicios y manifiesta que lo celebra con plena autonomía técnica, administrativa y financiera, sin que exista subordinación ni dependencia respecto del CONTRATANTE. En consecuencia, reconoce que no se genera vínculo laboral alguno ni derecho al pago de prestaciones sociales, indemnizaciones o beneficios propios de un contrato de trabajo. Así mismo, declara que asume de manera independiente las obligaciones tributarias, de seguridad social y demás cargas legales derivadas de la ejecución del presente contrato.

Para constancia, se firma en el municipio de Tame, Arauca, a los dieciocho (18) días del mes de febrero de 2026.

EL CONTRATANTE,

GUSTAVO ALEXIS SARMIENTO
C.C. 96.194.978 de Tame
Representante Legal
FUNDACIÓN GESTIÓN SOCIAL – FUNGES

EL CONTRATISTA,

ANGIE PAOLA HERRERA CARRILLO
C.C. 1.116.871.869 expedida en Tame

nueva eps

CERTIFICA QUE

El(La) Señor(a) ANGIE PAOLA HERRERA CARRILLO identificado(a) con CC 1116871869 se encuentra afiliado a la EPS.

Fecha de Activación de Servicios: 02/02/2026

Estado de la Afiliación:	**Vigente**
IPS:	**MYT SALUD IPS S.A.S. TAME**
Categoría:	**SISBEN_1**

La presente certificación se expide a solicitud del (de la) interesado(a) en Bogotá para QUIEN INTERESE, a los 4 días del mes 3 del año 2026.

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

Observaciones:

ESTA CERTIFICACIÓN NO APLICA PARA SERVICIOS MÉDICOS. NO VÁLIDO PARA TRASLADO A OTRA EPS.

Cordialmente,

Gerencia de Afiliaciones

712

porvenir
sólo hay uno

SOCIEDAD ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES Y CESANTÍAS PORVENIR S.A.

En su condición de administradora del

FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR

NIT 800.224.808-8

CERTIFICA QUE:

ANGIE PAOLA HERRERA CARRILLO, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.116.871.869**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 23 de febrero del 2026.

Cordialmente,

Gerencia de Clientes

Tenga en cuenta:

En este momento de su vida, lo que más le conviene es estar en un fondo privado como Porvenir, ¿por que? porque está acumulando semanas, ahorrando dinero y obteniendo rendimiento.

CER_AFI_2026021432047

LA GERENCIA DE AFILIACIONES Y NOVEDADES

CERTIFICA QUE:

Angie Paola Herrera Carrillo identificado con CC. 1116871869 registra la siguiente información en el ramo de Riesgos Laborales:

INFORMACIÓN DEL CONTRATANTE	
Nombres y/o Razón	FUNDACION GESTION SOCIAL
Tipo y Numero de Documento	NI - 900556022

INFORMACIÓN RELACIÓN LABORAL			
Fecha de inicio de cobertura	2026/03/05	**Fecha inicio contrato**	2026/02/18
Tipo de vinculación	Independiente con Contrato	**Fecha de fin contrato**	2026/09/17
Riesgo	2	**Código actividad económica**	2873001 - Actividades de atencion en instituciones para el cuidado de personas mayores y/o discapacitadas, esta clase
Estado afiliación	Activa		
Fecha retiro	-	**Estado del contrato**	Activa

Esta certificación se expide a los 4 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: **CC04032026A1116871869C12248371.** Este código es válido por un mes.

Cordialmente,

Gerencia de afiliaciones y novedades ARL

POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S. A.

714

FUNDACION GESTION SOCIAL
Nit 900.556.022-3
CALLE 3 7 28 URB LOS MANGOS
Tel: (607) 3208639029
Tame - Colombia

Documento soporte por compras a sujetos no obligados a facturar
No. DSF 261

Proveedor	ANGIE PAOLA HERRERA CARRILLO		
Nit	1.116.871.869-1	**Teléfono**	(607) 0000000
Dirección	cra 9 # 9-37	**Ciudad**	Tame - Colombia

Fecha de compra	Fecha de Vencimiento
2026-04-01	--

Ítem	Descripción	Cantidad	Vr. Unitario	Vr. Total
1	Prestación de servicios como Auxiliar de Enfermería en el Centro de Bienestar del Adulto Mayor (CBAM) del Municipio de Tame, correspondiente al período comprendido entre el 18 de febrero y el 17 de marzo de 2026, en el marco de la ejecución del Convenio de Asociación No. 002 de 2026	1.00	1,995,000.00	1,995,000.00

Valor en Letras:
Un millón novecientos noventa y cinco mil pesos m/cte

Condiciones de Pago:
Efectivo $ 1,995,000.00

Total Bruto	1,995,000.00
Total a Pagar	1,995,000.00

Observaciones:

A este Documento se le aplican las normas relativas del Documento Soporte en adquisidores efectuadas a sujetos no obligados a facturar (Resolución 167 de 30 de diciembre de 2021).
Número Autorización 18764102291617 aprobado en 20251129 prefijo DSF desde el número 201 al 600 Vigencia: Vigencia: 24 meses.

CUDS: 945a75a4fd399cbe82f0fa4da7179e53e3cddc0e695bfc3cbf1a64d9ddcd3c38a13d550fac875d3abd67b067be0e7902

Elaborado por Siigo S.A.S Nit: 830 048.145-8

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

Banco de Bogotá

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CÉDULA DE CIUDADANÍA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	1116871869
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			ANGIE PAOLA HERRERA CARRILLO
CIUDAD/MUNICIPIO:	TAME	DEPARTAMENTO:	ARAUCA
DIRECCIÓN:	CARRERA 9 #9-37 BARRIO SANTANDER	TELÉFONO:	8880000
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Otras actividades profesionales, científicas y té
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:	1113439230			TIPO DE PLANILLA:			I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES	febrero	AÑO 2026	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES	febrero	AÑO 2026
DÍAS DE MORA:	0						
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):	2026/03/06			NÚMERO AUTORIZACIÓN:			222993

TOTAL APORTES A PENSIÓN

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	COTIZACIÓN	APORTES VOLUNTARIOS		FSP		MORA		TOTALES		
CÓDIGO	NOMBRE			EMPLEADOR	COTIZANTE	SOLIDARIDAD	SUBSISTENCIA	COTIZACIÓN	FSP	APORTES	MORA	VALOR PAGADO
230301	230301-PORVENIR	1	$ 121.400	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 121.400	$ 0	$ 121.400
SUBTOTALES:										**$ 121.400**	**$ 0**	**$ 121.400**

TOTAL APORTES A SALUD

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD		LICENCIA MATERNIDAD		SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN		MORA		TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
EPS037	EPS037-NUEVA EPS	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 94.900	$ 0	$ 0	$ 0	$ 94.900	$ 0	$ 0	$ 94.900
SUBTOTALES:													**$ 94.900**	**$ 0**	**$ 0**	**$ 94.900**

TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD IRP			SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN	TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PAGO A OTROS RIESGOS	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
14-23	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A	1		$ 0	$ 0		$ 0	$ 8.000	$ 8.000	$ 0	$ 0	$ 8.000
SUBTOTALES:									**$ 8.000**	**$ 0**	**$ 0**	**$ 8.000**

LIQUIDACION DETALLADA APORTES

DATOS DEL COTIZANTE										NOVEDADES																SEGURIDAD SOCIAL																								PARAFISCALES					
																										PENSIÓN								SALUD						ARP										CCF		SENA	IGBF	ESAP	MINEDU
																										FSP																													
Nº	IDENTIFICACIÓN	NOMBRES	TIPO COTIZANTE	SUBTIPO COTIZANTE	SALARIO BÁSICO	TIPO DE SALARIO	COLOMBIANO	EXTRANJERO	PERSONA TRIBUTARIA	ING	RET	TDE	TAE	TDA	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	ADMIN	DÍAS COT.	IBC	COTIZACIÓN	SUBSISTENCIA	SOLIDARIDAD	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADO	INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APORTE	ADMIN	DÍAS COT.	IBC	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	TOTAL APORTE	ADMIN	DÍAS COT.	IBC	CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APORTE	DÍAS COT.	IBC	ADMIN	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE
1	CC 1116871869	HERRERA CARRILLO ANGIE PAOLA	INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS		$ 1.750.905				NO	18																230301-PORVENIR	13	$ 758.726	$ 121.400	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 121.400	EPS037-NUEVA EPS	13	$ 758.726	$ 94.900	$ 0	$ 94.900	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A	13	$ 758.726	111687186	$ 8.000		$ 0		$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0

TOTAL PAGADO: $ 224.300

715

FUNDACION GESTION SOCIAL
Nit 900.556.022-3
CALLE 3 7 28 URB LOS MANGOS
Tel: (607) 3208639029
Tame - Colombia

Documento soporte por compras a sujetos no obligados a facturar
No. DSF 275

Proveedor	ANGIE PAOLA HERRERA CARRILLO		
Nit	1.116.871.869-1	**Teléfono**	(607) 0000000
Dirección	cra 9 # 9-37	**Ciudad**	Tame - Colombia

Fecha de compra	Fecha de Vencimiento
2026-04-17	--

Ítem	Descripción	Cantidad	Vr. Unitario	Vr. Total
1	Prestación de servicios como Auxiliar de Enfermería en el Centro de Bienestar del Adulto Mayor (CBAM) del Municipio de Tame, correspondiente al período comprendido entre el 18 de marzo y el 17 de abril de 2026, en el marco de la ejecución del Convenio de Asociación No. 002 de 2026	1.00	1,995,000.00	1,995,000.00

Valor en Letras:
Un millón novecientos noventa y cinco mil pesos m/cte

Condiciones de Pago:
Efectivo $ 1,995,000.00

Total Bruto	1,995,000.00
Total a Pagar	1,995,000.00

Observaciones:

A este Documento se le aplican las normas relativas del Documento Soporte en adquisidores efectuadas a sujetos no obligados a facturar (Resolución 167 de 30 de diciembre de 2021).
Número Autorización 18764102291617 aprobado en 20251129 prefijo DSF desde el número 201 al 600 Vigencia: Vigencia: 24 meses.

CUDS: 3d500d561b49594eb9eb98204d97458c3b0adc58d85a311c46aac73e6d092a3fa996f6bd6ff2f35720769e9edf7297e6

Elaborado por Siigo S.A.S Nit: 830.048.145-8

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

Banco de Bogotá

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CÉDULA DE CIUDADANÍA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	1116871869
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			ANGIE PAOLA HERRERA CARRILLO
CIUDAD/MUNICIPIO:	TAME	DEPARTAMENTO:	ARAUCA
DIRECCIÓN:	CARRERA 9 #9-37 BARRIO SANTANDER	TELÉFONO:	8880000
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Otras actividades profesionales, científicas y té
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:			1113617392	TIPO DE PLANILLA:		I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES	marzo AÑO	2026	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES marzo AÑO	2026
DÍAS DE MORA:			0			
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):			2026/04/09	NÚMERO AUTORIZACIÓN:		686329

TOTAL APORTES A PENSIÓN

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	COTIZACIÓN	APORTES VOLUNTARIOS		FSP		MORA		TOTALES		
CÓDIGO	NOMBRE			EMPLEADOR	COTIZANTE	SOLIDARIDAD	SUBSISTENCIA	COTIZACIÓN	FSP	APORTES	MORA	VALOR PAGADO
230301	230301-PORVENIR	1	$ 280.200	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 280.200	$ 0	$ 280.200
SUBTOTALES:										**$ 280.200**	**$ 0**	**$ 280.200**

TOTAL APORTES A SALUD

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD		LICENCIA MATERNIDAD		SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN		MORA		TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
EPS037	EPS037-NUEVA EPS	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 218.900	$ 0	$ 0	$ 0	$ 218.900	$ 0	$ 0	$ 218.900
SUBTOTALES:													**$ 218.900**	**$ 0**	**$ 0**	**$ 218.900**

TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD IRP			SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN	TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PAGO A OTROS RIESGOS	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
14-23	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A	1		$ 0	$ 0		$ 0	$ 18.300	$ 18.300	$ 0	$ 0	$ 18.300
SUBTOTALES:									**$ 18.300**	**$ 0**	**$ 0**	**$ 18.300**

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

DATOS DEL COTIZANTE										NOVEDADES																
Nº	IDENTIFICACIÓN	NOMBRES	TIPO COTIZANTE	SUBTIPO COTIZANTE	SALARIO BÁSICO	TIPO DE SALARIO	COLOMBIANO	EXTRANJERO	REFORMA TRIBUTARIA	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP
1	CC 1116871869	HERRERA CARRILLO ANGIE PAOLA	INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS		$ 1.750.905				NO																	

	SEGURIDAD SOCIAL																					PARAFISCALES							
	PENSIÓN										SALUD						ARP							CCF		SENA	ICBF	ESAP	MINEDU
					FSP		APORTES VOLUNTARIOS																						
Nº	ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	SUBSISTENCIA	SOLIDARIDAD	EMPLEADOR	EMPLEADO	INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APORTE	ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	TOTAL APORTE	ADMIN	DÍAS COT	IBC	CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APORTE	DÍAS COT	IBC	ADMIN	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE
1	230301-PORVENIR	30	$ 1.750.905	$ 280.200	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 280.200	EPS037-NUEVA EPS	30	$ 1.750.905	$ 218.900	$ 0	$ 218.900	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A	30	$ 1.750.905	111687186	$ 18.300		$ 0		$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0

TOTAL PAGADO:	**$ 517.400**

FUNDACION GESTION SOCIAL
Nit 900.556.022-3
CALLE 3 7 28 URB LOS MANGOS
Tel: (607) 3208639029
Tame - Colombia

Documento soporte por compras a sujetos no obligados a facturar
No. DSF 290

Proveedor	ANGIE PAOLA HERRERA CARRILLO		
Nit	1.116.871.869-1	**Teléfono**	(607) 0000000
Dirección	cra 9 # 9-37	**Ciudad**	Tame - Colombia

Fecha de compra	Fecha de Vencimiento
2026-05-19	--

Ítem	Descripción	Cantidad	Vr. Unitario	Vr. Total
1	Prestación de servicios como Auxiliar de Enfermería en el Centro de Bienestar del Adulto Mayor (CBAM) del Municipio de Tame, correspondiente al período comprendido entre el 18 de abril y el 17 de mayo de 2026, en el marco de la ejecución del Convenio de Asociación No. 002 de 2026	1.00	1,995,000.00	1,995,000.00

Valor en Letras:
Un millón novecientos noventa y cinco mil pesos m/cte

Condiciones de Pago:
Efectivo $ 1,995,000.00

Total Bruto	1,995,000.00
Total a Pagar	1,995,000.00

Observaciones:

A este Documento se le aplican las normas relativas del Documento Soporte en adquisidores efectuadas a sujetos no obligados a facturar (Resolución 167 de 30 de diciembre de 2021).
Número Autorización 18764102291617 aprobado en 20251129 prefijo DSF desde el nùmero 201 al 600 Vigencia: Vigencia: 24 meses.

Elaborado por Siigo S.A.S Nit: 830.048.145-8

SOI Pago de Seguridad Social

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

Bancolombia

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN: CÉDULA DE CIUDADANÍA
NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN: 1116871869
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL: ANGIE PAOLA HERRERA CARRILLO
CIUDAD/MUNICIPIO: TAME
DEPARTAMENTO: ARAUCA
DIRECCIÓN: CARRERA 9 #9-37 BARRIO SANTANDER
TELÉFONO: 8880000
TIPO APORTANTE: 02-INDEPENDIENTE
CLASE APORTANTE: I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA: PRIVADA
ACTIVIDAD ECONOMICA: Otras actividades profesionales, científicas y té
FORMA DE PRESENTACIÓN: ÚNICO
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA): NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA: 6018744015
TIPO DE PLANILLA: I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN OTROS MES abril AÑO 2026
PERIODO COTIZACIÓN SALUD: MES abril AÑO 2026
DÍAS DE MORA: 0
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd): 2026/05/05
NÚMERO AUTORIZACIÓN: 284891992

TOTAL APORTES A PENSIÓN

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	COTIZACIÓN	APORTES VOLUNTARIOS		FSP		MORA		TOTALES		
CÓDIGO	NOMBRE			EMPLEADOR	COTIZANTE	SOLIDARIDAD	SUBSISTENCIA	COTIZACIÓN	FSP	APORTES	MORA	VALOR PAGADO
230301	230301-PORVENIR	1	$ 280.200	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 280.200	$ 0	$ 280.200
SUBTOTALES:										$ 280.200	$ 0	$ 280.200

TOTAL APORTES A SALUD

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD		LICENCIA MATERNIDAD		SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN		MORA		TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
EPS037	EPS037-NUEVA EPS	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 218.900	$ 0	$ 0	$ 0	$ 218.900	$ 0	$ 0	$ 218.900
SUBTOTALES:													$ 218.900	$ 0	$ 0	$ 218.900

TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD IRP			SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN	TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PAGO A OTROS RIESGOS	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
14-23	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A	1		$ 0	$ 0		$ 0	$ 18.300	$ 18.300	$ 0	$ 0	$ 18.300
SUBTOTALES:									$ 18.300	$ 0	$ 0	$ 18.300

LIQUIDACION DETALLADA APORTES

DATOS DEL COTIZANTE / NOVEDADES

Nº	IDENTIFICACIÓN	NOMBRES	TIPO COTIZANTE	SUBTIPO COTIZANTE	SALARIO BÁSICO	TIPO DE SALARIO	COLOMBIANO	EXTRANJERO	REFORMA TRIBUTARIA	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP
1	CC 1116871869	HERRERA CARRILLO ANGIE PAOLA	INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS		$ 1.750.905				NO																	

SEGURIDAD SOCIAL — PENSIÓN

Nº	ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	FSP SUBSISTENCIA	FSP SOLIDARIDAD	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADO	INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APORTE
1	230301-PORVENIR	30	$ 1.750.905	$ 280.200	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 280.200

SEGURIDAD SOCIAL — SALUD / ARP

Nº	SALUD ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	TOTAL APORTE	ARP ADMIN	DÍAS COT	IBC	CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APORTE
1	EPS037-NUEVA EPS	30	$ 1.750.905	$ 218.900	$ 0	$ 218.900	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A	30	$ 1.750.905	111687186	$ 18.300

PARAFISCALES

Nº	DÍAS COT	IBC	CCF ADMIN	CCF TOTAL APORTE	SENA TOTAL APORTE	ICBF TOTAL APORTE	ESAP TOTAL APORTE	MINEDU TOTAL APORTE
1		$ 0		$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0

TOTAL PAGADO: **$ 517.400**

FUNDACIÓN GESTIÓN SOCIAL "FUNGES"
GESTIÓN COMPROBADA
NIT. 900556022-3

SERVICIOS GENERALES No. 1

Dirección: Calle 3 No. 7-28 Barrio El Manguito
Teléfono: 3208639029
gestionsocialfunges@gmail.com
Puerto Rondón – Arauca

FUNGES
Gestión Comprobada

FUNDACIÓN GESTIÓN SOCIAL "FUNGES"
GESTIÓN COMPROBADA
NIT. 900556022-3

CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS No. 06 DE 2026

CONTRATANTE: FUNDACIÓN GESTIÓN SOCIAL – FUNGES
NIT: 900.556.022-3
REPRESENTANTE LEGAL: GUSTAVO ALEXIS SARMIENTO
C.C.: 96.194.978 expedida en Tame
CONTRATISTA: ANGIE YULEXY PEREZ CANO
C.C.: 1.006.457.371 expedida en Tame
OBJETO: Prestación de servicios como Servicios Generales en el Centro de Bienestar del Adulto Mayor (CBAM).
UBICACIÓN: Municipio de Tame – Arauca
VALOR TOTAL: TRECE MILLONES DOSCIENTOS TREINTA MIL PESOS M/CTE ($13.230.000)
VALOR MENSUAL: UN MILLÓN OCHOCIENTOS NOVENTA MIL PESOS M/CTE ($1.890.000)
PLAZO: Siete (07) meses
FECHA DE INICIO: 18 de febrero de 2026
FECHA DE TERMINACIÓN: 17 de septiembre de 2026

Entre los suscritos GUSTAVO ALEXIS SARMIENTO, identificado con cédula de ciudadanía No. 96.194.978 expedida en Tame, quien actúa en calidad de Representante Legal de la FUNDACIÓN GESTIÓN SOCIAL – FUNGES, identificada con NIT 900.556.022-3, quien para efectos del presente contrato se denominará EL CONTRATANTE, y por la otra parte ANGIE YULEXY PEREZ CANO, identificada con cédula de ciudadanía No. 1.006.457.371 expedida en Tame, quien actúa en nombre propio y para efectos del presente contrato se denominará EL CONTRATISTA, ambos mayores de edad y con capacidad para contratar, han acordado celebrar el presente Contrato de Prestación de Servicios, el cual se regirá por las siguientes cláusulas.

CONSIDERACIONES:

Que, para la prestación de servicios como Servicios Generales en el Centro de Bienestar del Adulto Mayor (CBAM) mediante el Convenio de Asociación No. 002 de 2026 cuyo objeto es *"DESARROLLAR EL PROGRAMA DE ATENCIÓN INTEGRAL A LA PERSONA MAYOR DEL MUNICIPIO DE TAME – DEPARTAMENTO DE ARAUCA" suscrito entre la* FUNDACIÓN GESTIÓN SOCIAL - *FUNGES y el MUNICIPIO DE TAME*, se hace necesaria la contratación de una persona que cumpla con los requisitos exigidos para desempeñar dichas actividades.
Debido a lo anterior, las partes acuerdan celebrar el presente contrato de conformidad con las siguientes cláusulas:

PRIMERA: Objeto del contrato. El CONTRATISTA se obliga para con el CONTRATANTE, de manera independiente y sin que exista subordinación o relación laboral alguna, a prestar sus servicios como Servicios Generales en el Centro de Bienestar del Adulto Mayor (CBAM), realizando actividades de aseo, limpieza, mantenimiento básico y apoyo logístico que contribuyan al adecuado funcionamiento de las instalaciones y al bienestar de los adultos mayores. Como contraprestación, el CONTRATANTE pagará al CONTRATISTA los honorarios establecidos en el presente contrato.

SEGUNDA: Plazo de Ejecución. El término de duración del presente contrato será de siete (07) meses, contados a partir del 18 de febrero de 2026 hasta el 17 de septiembre de 2026, plazo dentro del cual el CONTRATISTA ejecutará las actividades propias del objeto contractual.

TERCERA: Valor. El valor total del presente contrato es la suma de TRECE MILLONES DOSCIENTOS TREINTA MIL PESOS M/CTE ($13.230.000), suma que será pagada por el CONTRATANTE al CONTRATISTA a título de honorarios, de acuerdo con la forma de pago establecida en el presente contrato y previa certificación de cumplimiento por parte del supervisor.

CUARTA. Forma de Pago. El valor del presente contrato será pagado por el CONTRATANTE al CONTRATISTA mediante siete (07) pagos mensuales vencidos, cada uno por valor de UN MILLÓN OCHOCIENTOS NOVENTA MIL PESOS M/CTE ($1.890.000), previa verificación del cumplimiento de las actividades contractuales por parte del CONTRATANTE y acreditación del pago de los aportes al Sistema de Seguridad Social Integral conforme a la normatividad vigente.

Parágrafo. Los pagos establecidos en el presente contrato estarán sujetos a la disponibilidad y desembolso efectivo de los recursos provenientes del Convenio de Asociación No. 002 de 2026 suscrito entre la FUNDACIÓN GESTIÓN SOCIAL – FUNGES y el Municipio de Tame.

QUINTA: Seguridad Social. El CONTRATISTA declara que realizará de manera independiente los aportes al Sistema de Seguridad Social Integral en salud, pensión y riesgos laborales, de conformidad con la normatividad vigente en Colombia. Para efectos del pago de los honorarios pactados en el presente contrato, el CONTRATISTA deberá acreditar el pago de dichos aportes correspondientes al período ejecutado.

SEXTA: Subcontratación. El CONTRATISTA no podrá ceder ni subcontratar total o parcialmente la ejecución del objeto del presente contrato sin la autorización previa, expresa y escrita del CONTRATANTE.

Parágrafo. En todo caso, el CONTRATISTA será el único responsable por la correcta ejecución de las actividades contratadas y mantendrá indemne al CONTRATANTE frente a cualquier reclamación, demanda o acción legal que pudiera presentarse con ocasión de la ejecución del presente contrato.

SÉPTIMA: Obligaciones Del Contratista. El CONTRATISTA se obliga a ejecutar el Objeto del Contrato, razón por la cual tendrá las siguientes obligaciones:

1. Realizar la limpieza diaria de pisos, pasillos, habitaciones y áreas comunes del Centro de Bienestar del Adulto Mayor (CBAM).
2. Mantener en adecuado estado de limpieza los muebles, ventanas, baños, sanitarios, lavamanos, espejos y demás instalaciones del centro.
3. Desocupar, lavar y desinfectar las canecas de basura y mantener en orden las áreas asignadas.
4. Realizar la limpieza de paredes, persianas, cortinas y demás elementos del centro, según el cronograma establecido por el coordinador.
5. Clasificar, lavar, secar, planchar y organizar la ropa de los adultos mayores cuando se requiera.
6. Mantener limpia y organizada el área de lavandería y los implementos de trabajo.
7. Apoyar el mantenimiento y limpieza de las zonas verdes al interior del centro.
8. Cumplir con las instrucciones del coordinador y apoyar las actividades necesarias para el buen funcionamiento del Centro de Bienestar del Adulto Mayor (CBAM).
9. Las demás actividades que le sean asignadas por el supervisor del contrato y que sean inherentes al objeto de este.

Parágrafo 1: El CONTRATISTA ejecutará el objeto del presente contrato con plena autonomía técnica, administrativa y operativa, utilizando sus propios medios, recursos y conocimientos, sin que exista subordinación o dependencia respecto de EL CONTRATANTE; en consecuencia, el CONTRATISTA asumirá bajo su exclusiva responsabilidad los riesgos, gastos y obligaciones derivados de la ejecución del contrato.

Parágrafo 2: El CONTRATISTA además de las obligaciones del contrato deberá: 1. Obrar con seriedad y diligencia en el servicio contratado, 2. Presentar evidencias o soportes de las actividades realizadas, tales como registros, formatos o material fotográfico, cuando sean requeridos por el CONTRATANTE, 3. Atender las solicitudes y recomendaciones que haga el CONTRATANTE o sus delegados, con la mayor prontitud. 4. Permitir que el CONTRATANTE o un delegado haga visitas a las instalaciones del CONTRATISTA o el sitio que esté desarrollando las actividades. 5. Pago de los aportes al Sistema de Seguridad Social en salud, pensión y riesgos laborales, conforme a la normatividad vigente.

OCTAVA: Obligaciones del CONTRATANTE: Además de las obligaciones propias del contrato de prestación de servicios, el CONTRATANTE se compromete a suministrar al CONTRATISTA la información necesaria para el desarrollo de las actividades objeto del contrato, facilitar la coordinación con el personal del Centro de Bienestar del Adulto Mayor (CBAM) y efectuar el pago de los honorarios en los términos establecidos en el presente contrato.

NOVENA. Supervisión. El CONTRATANTE o su representante supervisará la ejecución del servicio encomendado y podrá formular las observaciones del caso para ser analizadas en conjunto con el CONTRATISTA.

DÉCIMA: Terminación anticipada. Cualquiera de las partes podrá dar por terminado el presente contrato antes del vencimiento del plazo pactado, mediante comunicación escrita dirigida a la otra parte. En todo caso, el CONTRATANTE podrá darlo por terminado de manera unilateral cuando se presenten circunstancias que afecten la ejecución del objeto contractual, por incumplimiento de las obligaciones del CONTRATISTA o por terminación o modificación del convenio que da origen al presente contrato.

DÉCIMA PRIMERA: Independencia. El CONTRATISTA actuará por su cuenta, con autonomía y sin que exista relación laboral ni subordinación con el CONTRATANTE. Sus derechos se limitarán por la naturaleza del contrato a exigir el cumplimiento de las obligaciones del CONTRATANTE y el pago oportuno de su remuneración fijada en este documento.

DÉCIMA SEGUNDA: Inexistencia de relación laboral. Las partes dejan expresa constancia de que el presente contrato es de naturaleza civil y no genera relación laboral alguna entre el CONTRATANTE y el CONTRATISTA. En consecuencia, el CONTRATISTA actuará con plena autonomía técnica y administrativa en la ejecución de las actividades contratadas y no tendrá derecho al reconocimiento de salarios, prestaciones sociales, indemnizaciones laborales ni demás derechos propios de un contrato de trabajo.

DÉCIMA TERCERA. Cesión. El CONTRATISTA no podrá ceder parcial ni totalmente la ejecución del presente contrato a un tercero sin la previa, expresa y escrita autorización del CONTRATANTE.

DÉCIMA CUARTA: Solución de conflictos. Se acuerda que, de presentarse un conflicto entre las partes, en el marco del presente contrato, las partes deberán acudir en primera instancia a un centro de conciliación certificado.

DÉCIMA QUINTA: Modificaciones. Toda modificación, variación adición o prórroga del presente contrato, deberá constar por escrito, mediante OTRO SÍ, que suscribirán con la firma ambas partes contratantes.

DÉCIMA SEXTA: Domicilio contractual. Para el presente contrato se establece como domicilio contractual el municipio de Tame.

DÉCIMA SÉPTIMA: Declaración del CONTRATISTA. El CONTRATISTA declara bajo la gravedad de juramento que conoce la naturaleza jurídica del presente contrato de prestación de servicios y manifiesta que lo celebra con plena autonomía técnica, administrativa y financiera, sin que exista subordinación ni dependencia respecto del CONTRATANTE. En consecuencia, reconoce que no se genera vínculo laboral alguno ni derecho al pago de prestaciones sociales, indemnizaciones o beneficios propios de un contrato de trabajo. Así mismo, declara que asume de manera independiente las obligaciones tributarias, de seguridad social y demás cargas legales derivadas de la ejecución del presente contrato.

Para constancia, se firma en el municipio de Tame, Arauca, a los dieciocho (18) días del mes de febrero de 2026.

EL CONTRATANTE,

GUSTAVO ALEXIS SARMIENTO
C.C. 96.194.978 expedida en Tame
Representante Legal
FUNDACIÓN GESTIÓN SOCIAL – FUNGES

EL CONTRATISTA,

Angie Perez

ANGIE YULEXY PEREZ CANO
C.C. 1.006.457.371 expedida en Tame

723

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

nueva eps

FECHA DE RADICACIÓN: 24 2 2026

X X X X X

PEREZ | CANO | ANGIE | YULEXY

CC - Cédula de Ciudadanía | 1006457371 | X | X

COLOMBIANO | COLOMBIA | ARAUCA | TAME | 9 8 2001

6 | SI ___ NO X | NO X

PORVENIR | 1890000 | SURA

CALLE 18 # 41a - 45 B. Villa Galan | 3219022549

TAME | perezyulexi859@gmail.com | ARAUCA

X | 10855

X

PEREZ | CANO | ANGIE | YULEXY

CC - Cédula de Ciudadanía | 1006457371 | X | X

9 8 2001 | 18 2 2026

angie Perez

nueva eps

RECIBIDO PARA VERIFICACIÓN POR LA EPS

Recibido por: 24 2 2026

- ORIGINAL: E.P.S. -

ENTREGA CARTA DE DERECHOS Y DEBERES Y CARTA DE DESEMPEÑO

nueva eps
gente cuidando gente
NIT 900.156.264-2

Autorización de mensajes de texto. (Circular externa 000016 mayo de 2013)

Yo ANGIE YULEXY PEREZ CANO identificado (a) con CC - Cédula de Ciudadania
número 1006457371 de COLOMBIA certifico que:

1 ¿Previo al diligenciamiento del formulario de afiliación, la EPS le hizo entrega de la carta de derechos y deberes del afiliado y del paciente?	SI X No ☐	
2 ¿Previo al diligenciamiento del formulario de afiliación, la EPS le hizo entrega de la carta de desempeño donde se presenta de manera clara su puesto en el ranking?	SI X No ☐	Así mismo autorizo a NUEVA EPS, para que envíe información al teléfono celular No. ____ y/o correo electrónico: ____
3 ¿Leyó el contenido de la carta de derechos y deberes del afiliado y del paciente?	SI X No ☐	SI ☐ No ☐ Autorizo la entrega de la carta de Derechos y Deberes del Afiliado y carta de Desempeño, en formato electrónico SI ☐ No ☐
4 ¿Leyó el contenido de la carta de desempeño de la EPS?	SI X No ☐	Consulte la carta de derechos y deberes y la carta de desempeño en el sitio web https://www.nuevaeps.com.co/carta-derechos-deberes
5 ¿Si tuvo alguna duda sobre el contenido de la información, fue asesorado adecuadamente por la EPS?	SI X No ☐	[illegible] SI ☐ NO ☐

Cordialmente,

Firma: angie Perez
Tipo ID CC - Cédula No. ID 1006457371
Fecha de Solicitud: 24 2 2026
Dirección: CALLE 18 # 41a - 45 B. Villa Galan
Tel: 3219022549 Municipio: TAME
Departamento: ARAUCA
Huella

Afiliado manifiesta que no sabe o no puede firmar, autoriza a:
Firma: ____
Tipo ID: ____ No. ID: ____
Fecha (dd/mm/aaaa): ____
Dirección: ____
Tel: ____ Municipio: ____
Departamento: ____
Huella

Manifiesto con mi firma la aceptación de todas las declaraciones y firmadas incorporadas en este formato y el consentimiento expreso, previo e informado en relación con el tratamiento de mis datos personales que haga NUEVA EPS S.A. de acuerdo a la política para el tratamiento de datos personales de la NUEVA EPS S.A.

Declaración Juramentada de Convivencia: Certifico que convivo con el(la) Señor(a) ____ identificado(a) con ____ No. ____ desde el día ____ del mes ____ del año ____

Autorizaciones

En virtud de la anterior certificación, autorizo expresamente y conforme a lo dispuesto en los artículos 14 y 15 de la Ley 527 de 1999, a NUEVA EPS S.A. para que me remita información en forma de mensajes de datos, a través de mecanismos como sms (short message service), correos electrónicos y redes sociales, relacionada con los servicios de NUEVA EPS S.A. y la carta de derechos y deberes.
Autorizo de manera expresa a NUEVA EPS S.A. y/o a la persona natural o jurídica a quien ésta encargue, para que recolecte, almacene, use, haga circular, actualice o suprima mis datos personales, para acceder a los servicios de la NUEVA EPS S.A. y para el cumplimiento de la carta de derechos y deberes.

Aviso de privacidad

Hago constar expresamente que NUEVA EPS S.A. me informó sobre los siguientes derechos que me asisten como titular de datos personales:

- Acceder a los datos personales que hayan sido objeto de tratamiento conforme a lo dispuesto en la Ley 1581 de 2012 y las demás normas que la modifiquen, adicionen o complementen.
- Conocer, actualizar y rectificar los datos personales frente al responsable del tratamiento y al encargado del tratamiento. Este derecho se podrá ejercer, entre otros datos, en relación con datos parciales, inexactos, incompletos, fraccionados, que induzcan a error, o aquellos datos cuyo tratamiento esté expresamente prohibido o no haya sido autorizado.
- Solicitar prueba de la autorización otorgada al responsable del tratamiento, salvo cuando expresamente se exceptúe como requisito para el tratamiento, de conformidad con lo previsto en el artículo 10 de la Ley 1581 de 2012.
- Ser informado por el responsable del tratamiento o el encargado del tratamiento, previa solicitud, con respecto del uso que le ha dado a los datos personales.
- Presentar ante la Superintendencia de Industria y Comercio quejas por infracciones a lo dispuesto en la Ley 1581 de 2012 y las demás normas que la modifiquen, adicionen o complementen.
- Revocar la autorización y/o solicitar la supresión del dato cuando en el tratamiento no se respeten los principios, derechos y garantías constitucionales y legales. La revocatoria y/o supresión procederá cuando la Superintendencia de Industria y Comercio haya determinado que en el tratamiento el responsable o encargado han incurrido en conductas contrarias a esta ley y a la constitución.

En cumplimiento de la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013 y las demás normas que los modifiquen, adicionen o complementen, le informamos que usted puede conocer la política de tratamiento de los datos personales de NUEVA EPS S.A. a través de los siguientes mecanismos que ponemos a su disposición:

Sitio web: www.nuevaeps.co
Régimen Contributivo:
Línea Gratuita: 01 8000 954400
Línea de atención en Bogotá: (601) 307 7022
Régimen Subsidiado:
Línea Gratuita: 01 8000 95 2000
Línea de atención en Bogotá: (601) 307 7051
Oficinas de atención al afiliado de NUEVA EPS S.A.
Conmutador: (601) 419 3000
Dirección Administrativa: Carrera 85K No. 46A - 66 Piso 2

Si (a) diligenciar, la información por usted suministrada en este formato, así como la relacionada en el formulario de afiliación y/o demás documentos anexos, serán utilizados por NUEVA EPS S.A. como responsable del tratamiento de la información únicamente para los fines específicos relacionados con la administración y prestación de servicios en salud del Plan Obligatorio de Salud, de acuerdo con la Ley 1581 de 2012 "Hábeas Data", dicho tratamiento podrá implicar la transferencia, transmisión y/o recepción de los datos, y el cual se realizará a través de sí mismo, terceros encargados de tratamiento de información o de sus aliados comerciales, para fines comerciales y para la correcta prestación del servicio, de la forma indicada en los Términos y Condiciones de cada uno de sus portales y de la Política de Confidencialidad y Protección de Datos.

INFORMACIÓN PARA SER DILIGENCIADA POR EL TRABAJADOR INDEPENDIENTE CUYO INGRESO SEA IGUAL O SUPERIOR A 1 SMMLV

ACTIVIDAD ECONÓMICA	ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES	ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES	INGRESO BASE DE COTIZACIÓN	POSEE [illegible]	SI / NO	PRODUCTOR AGROPECUARIO	SI / NO
4759	SURA	PORVENIR	$ 1890000		NO X		NO X

Nivel de Escolaridad	Ninguno ☐ Preescolar ☐ Básica Primaria ☐ Básica secundaria ☐ Media académica o clásica ☐ Media técnica ☐ Normalista ☐ Técnica Profesional ☐ Tecnológica ☐ Profesional ☐ Especialización ☐ Maestría ☐ Doctorado ☐ Último Grado Aprobado 11	Posición Ocupacional: Patrón/Empleador ☐ Contratista ☐ Trabaja por su Cuenta X Inicio Contrato 24 2 2026 Fin Contrato

SEÑOR USUARIO: [illegible]

SOLO DILIGENCIAR SI ES COTIZANTE INDEPENDIENTE PAGO POR TERCERO	Nombre del Tercero	Tipo de identificación	Identificación del Tercero que realiza el Aporte	DV

INFORMACIÓN PARA SER DILIGENCIADA POR LA EPS

Nombre del ASESOR o PROMOTOR	CÓDIGO ASESOR o PROMOTOR	Nombre de OFICINA	
ELSA FLOREZ	A1380	PEPE SIERRA	BOGOTA 24 / 2 / 2026 Ciudad y Fecha

724

Colpensiones

LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES

CERTIFICA QUE

Verificada la base de datos de afiliados, el/la señor/a **ANGIE YULEXY PEREZ CANO** identificado/a con documento de identidad **Cédula de Ciudadanía** número **1006457371,** se encuentra afiliado/a desde **05/02/2025** al Régimen de Prima Media con Prestación Definida (RPM) administrado por la Administradora Colombiana de Pensiones **COLPENSIONES**.

La presente certificación se expide en Bogotá, el día 23 de febrero de 2026.

Rosa Mercedes Nino Amaya
Dirección de Afiliaciones

Nota: Certificado generado desde la página Web. Este documento no es válido para el reconocimiento de prestaciones económicas, está sujeto a verificación y no tiene costo alguno.

POSITIVA

CER_AFI_2026020961899

LA GERENCIA DE AFILIACIONES Y NOVEDADES

CERTIFICA QUE:

ANGIE YULEXY PEREZ CANO identificado con CC. 1006457371 registra la siguiente información en el ramo de Riesgos Laborales:

INFORMACIÓN DEL CONTRATANTE	
Nombres y/o Razón	FUNDACION GESTION SOCIAL
Tipo y Numero de Documento	NI - 900556022

INFORMACIÓN RELACIÓN LABORAL			
Fecha de inicio de cobertura	2026/03/03	**Fecha inicio contrato**	2026/02/18
Tipo de vinculación	Independiente con Contrato	**Fecha de fin contrato**	2026/09/17
Riesgo	1	**Código actividad económica**	1881001 - Actividades de asistencia social sin alojamiento para personas mayores y discapacitadas, incluye los servicios
Estado afiliación	Activa		
Fecha retiro	-	**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: **CC02032026A1006457371C11788966.** Este código es válido por un mes.

Cordialmente,

Gerencia de afiliaciones y novedades ARL

POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S. A.

FUNDACION GESTION SOCIAL
Nit 900.556.022-3
CALLE 3 7 28 URB LOS MANGOS
Tel: (607) 3208639029
Tame - Colombia

Documento soporte por compras a sujetos no obligados a facturar
No. DSF 265

Proveedor	ANGIE YULEXY PEREZ CANO		
Nit	1.006.457.371-2	**Teléfono**	(607) 0000000
Dirección	Calle 18 # 41a-45	**Ciudad**	Tame - Colombia

Fecha de compra	Fecha de Vencimiento
2026-04-01	--

Ítem	Descripción	Cantidad	Vr. Unitario	Vr. Total
1	Prestación de servicios como Servicios Generales en el Centro de Bienestar del Adulto Mayor (CBAM) del municipio de Tame, correspondiente al período comprendido entre el 18 de febrero y el 17 de marzo de 2026, en el marco de la ejecución del Convenio de Asociación No. 002 de 2026	1.00	1,890,000.00	1,890,000.00

Valor en Letras:
Un millón ochocientos noventa mil pesos m/cte

Condiciones de Pago:
Efectivo $ 1,890,000.00

Total Bruto	1,890,000.00
Total a Pagar	1,890,000.00

Observaciones:

A este Documento se le aplican las normas relativas del Documento Soporte en adquisidores efectuadas a sujetos no obligados a facturar (Resolución 167 de 30 de diciembre de 2021).
Número Autorización 18764102291617 aprobado en 20251129 prefijo DSF desde el número 201 al 600 Vigencia: Vigencia: 24 meses.

CUDS: a3e4c8a03acf38bb38e3f67b1cde67a6f98b25de926bd91cf5f8ba0c4985baa45da4bee2bdb474263daadbaa0d150de0

Elaborado por Siigo S.A.S Nit: 830.048.145-8

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

Banco de Bogotá

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN: CÉDULA DE CIUDADANÍA NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN: 1006457371
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL: ANGIE YULEXY PEREZ CANO
CIUDAD/MUNICIPIO: TAME DEPARTAMENTO: ARAUCA
DIRECCIÓN: CALLE 21A 11-26 TELÉFONO: 3694607
TIPO APORTANTE: 02-INDEPENDIENTE CLASE APORTANTE: I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA: PRIVADA ACTIVIDAD ECONOMICA: Otras actividades de servicios personales n.c.p.
FORMA DE PRESENTACIÓN: ÚNICO
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA): NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA: 1113439370 TIPO DE PLANILLA: I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN OTROS MES febrero AÑO 2026 PERIODO COTIZACIÓN SALUD: MES febrero AÑO 2026
DÍAS DE MORA: 0
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd): 2026/03/06 NÚMERO AUTORIZACIÓN: 227835

TOTAL APORTES A PENSIÓN

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	COTIZACIÓN	APORTES VOLUNTARIOS		FSP		MORA		TOTALES		
CÓDIGO	NOMBRE			EMPLEADOR	COTIZANTE	SOLIDARIDAD	SUBSISTENCIA	COTIZACIÓN	FSP	APORTES	MORA	VALOR PAGADO
25-14	25-14 COLPENSIONES	1	$ 121.400	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 121.400	$ 0	$ 121.400
SUBTOTALES:										**$ 121.400**	**$ 0**	**$ 121.400**

TOTAL APORTES A SALUD

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD		LICENCIA MATERNIDAD		SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN		MORA		TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
EPS041	NUEVA EPS CM	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 94.900	$ 0	$ 0	$ 0	$ 94.900	$ 0	$ 0	$ 94.900
SUBTOTALES:													**$ 94.900**	**$ 0**	**$ 0**	**$ 94.900**

TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD IRP			SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN	TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NUMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PAGO A OTROS RIESGOS	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
14-23	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A	1		$ 0	$ 0		$ 0	$ 4.000	$ 4.000	$ 0	$ 0	$ 4.000
SUBTOTALES:									**$ 4.000**	**$ 0**	**$ 0**	**$ 4.000**

LIQUIDACION DETALLADA APORTES

DATOS DEL COTIZANTE										NOVEDADES																
Nº	IDENTIFICACIÓN	NOMBRES	TIPO COTIZANTE	SUBTIPO COTIZANTE	SALARIO BÁSICO	TIPO DE SALARIO	COLOMBIANO	EXTRANJERO	REFORMA TRIBUTARIA	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP
1	CC 1006457371	PEREZ CANO ANGIE YULEXY	INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS		$ 1.750.905				NO	18																

	SEGURIDAD SOCIAL																					PARAFISCALES						
	PENSIÓN										SALUD						ARP							CCF		SENA	ICBF	ESAP	MINEDU
					FSP		APORTES VOLUNTARIOS																						
Nº	ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	SUBSISTENCIA	SOLIDARIDAD	EMPLEADOR	EMPLEADO	INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APORTE	ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	TOTAL APORTE	ADMIN	DÍAS COT	IBC	CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APORTE	DÍAS COT	IBC	ADMIN	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE
1	25-14 COLPENSIONES	13	$ 758.726	$ 121.400	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 121.400	NUEVA EPS CM	13	$ 758.726	$ 94.900	$ 0	$ 94.900	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A	13	$ 758.726	100645737	$ 4.000		$ 0		$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0

TOTAL PAGADO: $ 220.300

2026/03/06 2:28 PM USUARIO: SOI CC1006457371

327

FUNDACION GESTION SOCIAL
Nit 900.556.022-3
CALLE 3 7 28 URB LOS MANGOS
Tel: (607) 3208639029
Tame - Colombia

Documento soporte por compras a sujetos no obligados a facturar
No. DSF 279

Proveedor	ANGIE YULEXY PEREZ CANO		
Nit	1.006.457.371-2	**Teléfono**	(607) 0000000
Dirección	Calle 18 # 41a-45	**Ciudad**	Tame - Colombia

Fecha de compra	Fecha de Vencimiento
2026-04-17	--

Ítem	Descripción	Cantidad	Vr. Unitario	Vr. Total
1	Prestación de servicios como Servicios Generales en el Centro de Bienestar del Adulto Mayor (CBAM) del municipio de Tame, correspondiente al período comprendido entre el 18 de marzo y el 17 de abril de 2026, en el marco de la ejecución del Convenio de Asociación No. 002 de 2026	1.00	1,890,000.00	1,890,000.00

Valor en Letras:
Un millón ochocientos noventa mil pesos m/cte

Condiciones de Pago:
Efectivo $ 1,890,000.00

Total Bruto	1,890,000.00
Total a Pagar	1,890,000.00

Observaciones:

Elaborado por Siigo S.A.S Nit: 830.048.145-8

A este Documento se le aplican las normas relativas del Documento Soporte en adquisidores efectuadas a sujetos no obligados a facturar (Resolución 167 de 30 de diciembre de 2021).
Número Autorización 18764102291617 aprobado en 20251129 prefijo DSF desde el número 201 al 600 Vigencia: Vigencia: 24 meses.

CUDS: aa5aa9e6ac61b3c72d113513719259ad913e3b7dad0e2441b6431d21140a290e4394d66e73fd779a41aa43ee8c4d5dec

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

Banco de Bogotá

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CÉDULA DE CIUDADANÍA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	1006457371
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			ANGIE YULEXY PEREZ CANO
CIUDAD/MUNICIPIO:	TAME	DEPARTAMENTO:	ARAUCA
DIRECCIÓN:	CALLE 21A 11-26	TELÉFONO:	3694607
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Otras actividades de servicios personales n.c.p.
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:		1113617406	TIPO DE PLANILLA:		I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES marzo AÑO	2026	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES marzo AÑO	2026
DÍAS DE MORA:		0			
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):		2026/04/09	NÚMERO AUTORIZACIÓN:		687606

TOTAL APORTES A PENSIÓN

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	COTIZACIÓN	APORTES VOLUNTARIOS		FSP		MORA		TOTALES		
CÓDIGO	NOMBRE			EMPLEADOR	COTIZANTE	SOLIDARIDAD	SUBSISTENCIA	COTIZACIÓN	FSP	APORTES	MORA	VALOR PAGADO
25-14	25-14 COLPENSIONES	1	$ 280.200	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 280.200	$ 0	$ 280.200
SUBTOTALES:										$ 280.200	$ 0	$ 280.200

TOTAL APORTES A SALUD

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD		LICENCIA MATERNIDAD		SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN		MORA		TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
EPS041	NUEVA EPS CM	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 218.900	$ 0	$ 0	$ 0	$ 218.900	$ 0	$ 0	$ 218.900
SUBTOTALES:													$ 218.900	$ 0	$ 0	$ 218.900

TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD IRP			SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN	TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NUMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PAGO A OTROS RIESGOS	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
14-23	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A	1		$ 0	$ 0		$ 0	$ 9.200	$ 9.200	$ 0	$ 0	$ 9.200
SUBTOTALES:									$ 9.200	$ 0	$ 0	$ 9.200

LIQUIDACION DETALLADA APORTES

DATOS DEL COTIZANTE										NOVEDADES																
Nº	IDENTIFICACIÓN	NOMBRES	TIPO COTIZANTE	SUBTIPO COTIZANTE	SALARIO BÁSICO	TIPO DE SALARIO	COLOMBIANO	EXTRANJERO	REFORMA TRIBUTARIA	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP
1	CC 1006457371	PEREZ CANO ANGIE YULEXY	INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS		$ 1.750.905				NO																	

	SEGURIDAD SOCIAL																			
	PENSIÓN										SALUD						ARP				
Nº	ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	FSP SUBSISTENCIA	FSP SOLIDARIDAD	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADO	INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APORTE	ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	TOTAL APORTE	ADMIN	DÍAS COT	IBC	CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APORTE
1	25-14 COLPENSIONES	30	$ 1.750.905	$ 280.200	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 280.200	NUEVA EPS CM	30	$ 1.750.905	$ 218.900	$ 0	$ 218.900	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A	30	$ 1.750.905	100645737	$ 9.200

	PARAFISCALES							
			CCF		SENA	ICBF	ESAP	MINEDU
Nº	DÍAS COT	IBC	ADMIN	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE
1		$ 0		$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0

TOTAL PAGADO: $ 508.300

729

FUNDACION GESTION SOCIAL
Nit 900.556.022-3
CALLE 3 7 28 URB LOS MANGOS
Tel: (607) 3208639029
Tame - Colombia

Documento soporte por compras a sujetos no obligados a facturar
No. DSF 291

Proveedor	ANGIE YULEXY PEREZ CANO		
Nit	1.006.457.371-2	**Teléfono**	(607) 0000000
Dirección	Calle 18 # 41a-45	**Ciudad**	Tame - Colombia

Fecha de compra	Fecha de Vencimiento
2026-05-19	--

Ítem	Descripción	Cantidad	Vr. Unitario	Vr. Total
1	Prestación de servicios como Servicios Generales en el Centro de Bienestar del Adulto Mayor (CBAM) del municipio de Tame, correspondiente al período comprendido entre el 18 de abril y el 17 de mayo de 2026, en el marco de la ejecución del Convenio de Asociación No. 002 de 2026	1.00	1,890,000.00	1,890,000.00

Valor en Letras:
Un millón ochocientos noventa mil pesos m/cte

Condiciones de Pago:
Efectivo $ 1,890,000.00

Total Bruto	1,890,000.00
Total a Pagar	1,890,000.00

Observaciones:

A este Documento se le aplican las normas relativas del Documento Soporte en adquisidores efectuadas a sujetos no obligados a facturar (Resolución 167 de 30 de diciembre de 2021).
Número Autorización 18764102291617 aprobado en 20251129 prefijo DSF desde el número 201 al 600 Vigencia: Vigencia: 24 meses.

CUDS: 48c8f65c42be7451d574c57d2dfb74b45ce3571b7a801184de28955099cd8bf1cb278ff1aefee62d3ba8bb55bf508b2a

Elaborado por Siigo S.A.S Nit: 830.048.145-8

SOI Pagos de Seguridad Social

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

Bancolombia

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CÉDULA DE CIUDADANÍA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	1006457371
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			ANGIE YULEXY PEREZ CANO
CIUDAD/MUNICIPIO:	TAME	DEPARTAMENTO:	ARAUCA
DIRECCIÓN:	CALLE 21A 11-26	TELÉFONO:	3694607
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Otras actividades de servicios personales n.c.p.
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:			**6017369504**	TIPO DE PLANILLA:		I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES	abril AÑO	2026	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES abril AÑO	2026
DÍAS DE MORA:			0			
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):			2026/05/06	NÚMERO AUTORIZACIÓN:		284876252

TOTAL APORTES A PENSIÓN

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	COTIZACIÓN	APORTES VOLUNTARIOS		FSP		MORA		TOTALES		
CÓDIGO	NOMBRE			EMPLEADOR	COTIZANTE	SOLIDARIDAD	SUBSISTENCIA	COTIZACIÓN	FSP	APORTES	MORA	VALOR PAGADO
25-14	25-14 COLPENSIONES	1	$ 280.200	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 280.200	$ 0	$ 280.200
SUBTOTALES:										**$ 280.200**	**$ 0**	**$ 280.200**

TOTAL APORTES A SALUD

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD		LICENCIA MATERNIDAD		SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN		MORA		TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
EPS041	NUEVA EPS CM	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 218.900	$ 0	$ 0	$ 0	$ 218.900	$ 0	$ 0	$ 218.900
SUBTOTALES:													**$ 218.900**	**$ 0**	**$ 0**	**$ 218.900**

TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD IRP			SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN	TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PAGO A OTROS RIESGOS	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
14-23	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A	1		$ 0	$ 0		$ 0	$ 9.200	$ 9.200	$ 0	$ 0	$ 9.200
SUBTOTALES:									**$ 9.200**	**$ 0**	**$ 0**	**$ 9.200**

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

DATOS DEL COTIZANTE										NOVEDADES																
Nº	IDENTIFICACIÓN	NOMBRES	TIPO COTIZANTE	SUBTIPO COTIZANTE	SALARIO BÁSICO	TIPO DE SALARIO	COLOMBIANO	EXTRANJERO	REFORMA TRIBUTARIA	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP
1	CC 1006457371	PEREZ CANO ANGIE YULEXY	INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS		$ 1.750.905				NO																	

SEGURIDAD SOCIAL																					PARAFISCALES							
PENSIÓN										SALUD						ARP							CCF		SENA	ICBF	ESAP	MINEDU
ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	FSP		APORTES VOLUNTARIOS		INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APORTE	ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	TOTAL APORTE	ADMIN	DÍAS COT	IBC	CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APORTE	DÍAS COT	IBC	ADMIN	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE
				SUBSISTENCIA	SOLIDARIDAD	EMPLEADOR	EMPLEADO																					
25-14 COLPENSIONES	30	$ 1.750.905	$ 280.200	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 280.200	NUEVA EPS CM	30	$ 1.750.905	$ 218.900	$ 0	$ 218.900	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A	30	$ 1.750.905	100645737	$ 9.200		$ 0		$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0

TOTAL PAGADO: $ 508.300

SERVICIOS GENERALES No. 2

FUNGES
Gestión Comprobada

FUNDACIÓN GESTIÓN SOCIAL "FUNGES"
GESTIÓN COMPROBADA
NIT. 900556022-3

CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS No. 07 DE 2026

CONTRATANTE: FUNDACIÓN GESTIÓN SOCIAL – FUNGES
NIT: 900.556.022-3
REPRESENTANTE LEGAL: GUSTAVO ALEXIS SARMIENTO
C.C.: 96.194.978 expedida en Tame
CONTRATISTA: LEDYS TATIANA GONZALEZ ZATARROA
C.C.: 1.116.854.742 expedida en Tame
OBJETO: Prestación de servicios como Servicios Generales en el Centro de Bienestar del Adulto Mayor (CBAM).
UBICACIÓN: Municipio de Tame – Arauca
VALOR TOTAL: TRECE MILLONES DOSCIENTOS TREINTA MIL PESOS M/CTE ($13.230.000)
VALOR MENSUAL: UN MILLÓN OCHOCIENTOS NOVENTA MIL PESOS M/CTE ($1.890.000)
PLAZO: Siete (07) meses
FECHA DE INICIO: 18 de febrero de 2026
FECHA DE TERMINACIÓN: 17 de septiembre de 2026

Entre los suscritos GUSTAVO ALEXIS SARMIENTO, identificado con cédula de ciudadanía No. 96.194.978 expedida en Tame, quien actúa en calidad de Representante Legal de la FUNDACIÓN GESTIÓN SOCIAL – FUNGES, identificada con NIT 900.556.022-3, quien para efectos del presente contrato se denominará EL CONTRATANTE, y por la otra parte LEDYS TATIANA GONZALEZ ZATARROA, identificada con cédula de ciudadanía No. 1.116.854.742 expedida en Tame, quien actúa en nombre propio y para efectos del presente contrato se denominará EL CONTRATISTA, ambos mayores de edad y con capacidad para contratar, han acordado celebrar el presente Contrato de Prestación de Servicios, el cual se regirá por las siguientes cláusulas.

CONSIDERACIONES:

Que, para la prestación de servicios como Servicios Generales en el Centro de Bienestar del Adulto Mayor (CBAM) mediante el Convenio de Asociación No. 002 de 2026 cuyo objeto es "*DESARROLLAR EL PROGRAMA DE ATENCIÓN INTEGRAL A LA PERSONA MAYOR DEL MUNICIPIO DE TAME – DEPARTAMENTO DE ARAUCA" suscrito entre la* FUNDACIÓN GESTIÓN SOCIAL - *FUNGES y el MUNICIPIO DE TAME*, se hace necesaria la contratación de una persona que cumpla con los requisitos exigidos para desempeñar dichas actividades.
Debido a lo anterior, las partes acuerdan celebrar el presente contrato de conformidad con las siguientes cláusulas:

PRIMERA: Objeto del contrato. El CONTRATISTA se obliga para con el CONTRATANTE, de manera independiente y sin que exista subordinación o relación laboral alguna, a prestar sus servicios como Servicios Generales en el Centro de Bienestar del Adulto Mayor (CBAM), realizando actividades de aseo, limpieza, mantenimiento básico y apoyo logístico que contribuyan al adecuado funcionamiento de las instalaciones y al bienestar de los adultos mayores. Como contraprestación, el CONTRATANTE pagará al CONTRATISTA los honorarios establecidos en el presente contrato.

SEGUNDA: Plazo de Ejecución. El término de duración del presente contrato será de siete (07) meses, contados a partir del 18 de febrero de 2026 hasta el 17 de septiembre de 2026, plazo dentro del cual el CONTRATISTA ejecutará las actividades propias del objeto contractual.

TERCERA: Valor. El valor total del presente contrato es la suma de TRECE MILLONES DOSCIENTOS TREINTA MIL PESOS M/CTE ($13.230.000), suma que será pagada por el CONTRATANTE al CONTRATISTA a título de honorarios, de acuerdo con la forma de pago establecida en el presente contrato y previa certificación de cumplimiento por parte del supervisor.

CUARTA. Forma de Pago. El valor del presente contrato será pagado por el CONTRATANTE al CONTRATISTA mediante siete (07) pagos mensuales vencidos, cada uno por valor de UN MILLÓN OCHOCIENTOS NOVENTA MIL PESOS M/CTE ($1.890.000), previa verificación del cumplimiento de las actividades contractuales por parte del CONTRATANTE y acreditación del pago de los aportes al Sistema de Seguridad Social Integral conforme a la normatividad vigente.

Parágrafo. Los pagos establecidos en el presente contrato estarán sujetos a la disponibilidad y desembolso efectivo de los recursos provenientes del Convenio de Asociación No. 002 de 2026 suscrito entre la FUNDACIÓN GESTIÓN SOCIAL – FUNGES y el Municipio de Tame.

QUINTA: Seguridad Social. El CONTRATISTA declara que realizará de manera independiente los aportes al Sistema de Seguridad Social Integral en salud, pensión y riesgos laborales, de conformidad con la normatividad vigente en Colombia. Para efectos del pago de los honorarios pactados en el presente contrato, el CONTRATISTA deberá acreditar el pago de dichos aportes correspondientes al período ejecutado.

SEXTA: Subcontratación. El CONTRATISTA no podrá ceder ni subcontratar total o parcialmente la ejecución del objeto del presente contrato sin la autorización previa, expresa y escrita del CONTRATANTE.

Parágrafo. En todo caso, el CONTRATISTA será el único responsable por la correcta ejecución de las actividades contratadas y mantendrá indemne al CONTRATANTE frente a cualquier reclamación, demanda o acción legal que pudiera presentarse con ocasión de la ejecución del presente contrato.

SÉPTIMA: Obligaciones Del Contratista. El CONTRATISTA se obliga a ejecutar el Objeto del Contrato, razón por la cual tendrá las siguientes obligaciones:

1. Realizar la limpieza diaria de pisos, pasillos, habitaciones y áreas comunes del Centro de Bienestar del Adulto Mayor (CBAM).
2. Mantener en adecuado estado de limpieza los muebles, ventanas, baños, sanitarios, lavamanos, espejos y demás instalaciones del centro.
3. Desocupar, lavar y desinfectar las canecas de basura y mantener en orden las áreas asignadas.
4. Realizar la limpieza de paredes, persianas, cortinas y demás elementos del centro, según el cronograma establecido por el coordinador.
5. Clasificar, lavar, secar, planchar y organizar la ropa de los adultos mayores cuando se requiera.
6. Mantener limpia y organizada el área de lavandería y los implementos de trabajo.
7. Apoyar el mantenimiento y limpieza de las zonas verdes al interior del centro.
8. Cumplir con las instrucciones del coordinador y apoyar las actividades necesarias para el buen funcionamiento del Centro de Bienestar del Adulto Mayor (CBAM).
9. Las demás actividades que le sean asignadas por el supervisor del contrato y que sean inherentes al objeto de este.

Parágrafo 1: El CONTRATISTA ejecutará el objeto del presente contrato con plena autonomía técnica, administrativa y operativa, utilizando sus propios medios, recursos y conocimientos, sin que exista subordinación o dependencia respecto de EL CONTRATANTE; en consecuencia, el CONTRATISTA asumirá bajo su exclusiva responsabilidad los riesgos, gastos y obligaciones derivados de la ejecución del contrato.

Parágrafo 2: El CONTRATISTA además de las obligaciones del contrato deberá: 1. Obrar con seriedad y diligencia en el servicio contratado, 2. Presentar evidencias o soportes de las actividades realizadas, tales como registros, formatos o material fotográfico, cuando sean requeridos por el CONTRATANTE, 3. Atender las solicitudes y recomendaciones que haga el CONTRATANTE o sus delegados, con la mayor prontitud. 4. Permitir que el CONTRATANTE o un delegado haga visitas a las instalaciones del CONTRATISTA o el sitio que esté desarrollando las actividades. 5. Pago de los aportes al Sistema de Seguridad Social en salud, pensión y riesgos laborales, conforme a la normatividad vigente.

OCTAVA: Obligaciones del CONTRATANTE: Además de las obligaciones propias del contrato de prestación de servicios, el CONTRATANTE se compromete a suministrar al CONTRATISTA la información necesaria para el desarrollo de las actividades objeto del contrato, facilitar la coordinación con el personal del Centro de Bienestar del Adulto Mayor (CBAM) y efectuar el pago de los honorarios en los términos establecidos en el presente contrato.

NOVENA. Supervisión. El CONTRATANTE o su representante supervisará la ejecución del servicio encomendado y podrá formular las observaciones del caso para ser analizadas en conjunto con el CONTRATISTA.

DÉCIMA: Terminación anticipada. Cualquiera de las partes podrá dar por terminado el presente contrato antes del vencimiento del plazo pactado, mediante comunicación escrita dirigida a la otra parte. En todo caso, el CONTRATANTE podrá darlo por terminado de manera unilateral cuando se presenten circunstancias que afecten la ejecución del objeto contractual, por incumplimiento de las obligaciones del CONTRATISTA o por terminación o modificación del convenio que da origen al presente contrato.

DÉCIMA PRIMERA: Independencia. El CONTRATISTA actuará por su cuenta, con autonomía y sin que exista relación laboral ni subordinación con el CONTRATANTE. Sus derechos se limitarán por la naturaleza del contrato a exigir el cumplimiento de las obligaciones del CONTRATANTE y el pago oportuno de su remuneración fijada en este documento.

DÉCIMA SEGUNDA: Inexistencia de relación laboral. Las partes dejan expresa constancia de que el presente contrato es de naturaleza civil y no genera relación laboral alguna entre el CONTRATANTE y el CONTRATISTA. En consecuencia, el CONTRATISTA actuará con plena autonomía técnica y administrativa en la ejecución de las actividades contratadas y no tendrá derecho al reconocimiento de salarios, prestaciones sociales, indemnizaciones laborales ni demás derechos propios de un contrato de trabajo.

DÉCIMA TERCERA. Cesión. El CONTRATISTA no podrá ceder parcial ni totalmente la ejecución del presente contrato a un tercero sin la previa, expresa y escrita autorización del CONTRATANTE.

DÉCIMA CUARTA: Solución de conflictos. Se acuerda que, de presentarse un conflicto entre las partes, en el marco del presente contrato, las partes deberán acudir en primera instancia a un centro de conciliación certificado.

DÉCIMA QUINTA: Modificaciones. Toda modificación, variación adición o prórroga del presente contrato, deberá constar por escrito, mediante OTRO SÍ, que suscribirán con la firma ambas partes contratantes.

DÉCIMA SEXTA: Domicilio contractual. Para el presente contrato se establece como domicilio contractual el municipio de Tame.

DÉCIMA SÉPTIMA: Declaración del CONTRATISTA. El CONTRATISTA declara bajo la gravedad de juramento que conoce la naturaleza jurídica del presente contrato de prestación de servicios y manifiesta que lo celebra con plena autonomía técnica, administrativa y financiera, sin que exista subordinación ni dependencia respecto del CONTRATANTE. En consecuencia, reconoce que no se genera vínculo laboral alguno ni derecho al pago de prestaciones sociales, indemnizaciones o beneficios propios de un contrato de trabajo. Así mismo, declara que asume de manera independiente las obligaciones tributarias, de seguridad social y demás cargas legales derivadas de la ejecución del presente contrato.

Para constancia, se firma en el municipio de Tame, Arauca, a los dieciocho (18) días del mes de febrero de 2026.

EL CONTRATANTE,

GUSTAVO ALEXIS SARMIENTO
C.C. 96.194.978 expedida en Tame
Representante Legal
FUNDACIÓN GESTIÓN SOCIAL – FUNGES

EL CONTRATISTA,

LEDYS TATIANA GONZALEZ ZATARROA
C.C. 1.116.854.742 expedida en Tame

735

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

nueva eps

24 2 2026

X X X X X

GONZALEZ ZATARROA LEDYS TATIANA

CC - Cédula de Ciudadanía 1116854742 X X

COLOMBIANO COLOMBIA ARAUCA TAME 2 7 1986

6 X X SURA

PORVENIR 1890000 311857910 4

CRA 20 # 12 - 47 ledysgonzalez87@gmail.com ARAUCA

TAME X 10855

X

GONZALEZ ZATARROA LEDYS TATIANA

CC - Cédula de Ciudadanía 1116854742 X X

2 7 1986 18 2 2026

Ledys Gonzalez

nueva eps

Recibido por: 24 2 2026

- ORIGINAL: E.P.S. -

ENTREGA CARTA DE DERECHOS Y DEBERES Y CARTA DE DESEMPEÑO

nueva eps

Yo LEDYS TATIANA GONZALEZ ZATARROA identificado (A) con CC - Cédula de Ciudadania

número 1116854742 de COLOMBIA certifico que:

1	¿Previo al diligenciamiento del formulario de afiliación, la EPS le hizo entrega de la carta de derechos y deberes del afiliado y del paciente?	SI X NO
2	¿Previo al diligenciamiento del formulario de afiliación, la EPS le hizo entrega de la carta de desempeño donde se presenta de manera clara su puesto en el ranking?	SI X NO
3	¿Leyó el contenido de la carta de derechos y deberes del afiliado y del paciente?	SI X NO
4	¿Leyó el contenido de la carta de desempeño de la EPS?	SI X NO
5	¿Si tuvo alguna duda sobre el contenido de la información, fue asesorado adecuadamente por la EPS?	SI X NO

Así mismo autorizo a NUEVA EPS, para que envíe información al celular celular No. _____

y/o correo electrónico _____

SI ☐ NO ☐

Autorizo la entrega de la carta de Derechos y Deberes del Afiliado y carta de Desempeño, en formato electrónico. SI ☐ NO ☐

Consulta la carta de derechos y deberes y la carta de desempeño en el repositorio Web: https://www.nuevaeps.com.co/cartadeberesderechos

Evidencia: adjuntamos prueba de envío por correo electrónico. SI ☐ NO ☐

Cordialmente,

Firma: Ledys Gonzalez

Tipo ID: CC - Cédula No. ID: 1116854742

Fecha de Solicitud: 24 2 2026

Dirección: CRA 20 # 12 - 47

Tel: 3118579104 Municipio: TAME

Departamento: ARAUCA

Huella

Afiliado manifiesta que no sabe o no puede firmar, autoriza a:

Firma: _____

Tipo ID: _____ No. ID: _____

Fecha (dd/mm/aaaa): _____

Dirección: _____

Tel: _____ Municipio: _____

Departamento: _____

Huella

Declaración del Autoreporte de Convivencia: Declaro que conozco con quien(es) _____ identificado(a) con _____ No. _____ desde el día _____ del mes _____ del año _____.

Autorizaciones

En virtud de la anterior certificación, autorizo expresamente y conforme a lo dispuesto en los artículos 14 y 15 de la Ley 527 de 1999, a NUEVA EPS S.A. para que me remita información en forma de mensajes de datos, a través de mensajería como una vía oficial mensajes escritos, correos electrónicos y redes sociales, relacionado con los servicios de NUEVA EPS S.A. y su portafolio de derechos de deberes.

Autorizo de manera expresa a NUEVA EPS S.A. y/o a la persona natural o jurídica a quien haya encargado, para que recaude, almacene, use, haga circular, actualice y suprima mis datos personales, para acceder a los servicios de la NUEVA EPS S.A. y para el cumplimiento de la carta de derechos y deberes.

Aviso de privacidad

Hago constar expresamente que NUEVA EPS S.A. me informó sobre los siguientes derechos que me asisten como titular de datos personales:

* Acceder a los datos personales que hayan sido objeto de tratamiento conforme a lo dispuesto en la Ley 1581 de 2012 y las demás normas que la modifiquen, adicionen o complementen.
* Conocer, actualizar y rectificar los datos personales frente al responsable del tratamiento y al encargado del tratamiento. Este derecho se podrá ejercer, entre otros, frente a datos parciales, inexactos, incompletos, fraccionados, que induzcan a error, o aquellos datos cuyo tratamiento esté expresamente prohibido o no haya sido autorizado.
* Solicitar prueba de la autorización otorgada al responsable del tratamiento, salvo cuando expresamente se exceptúa como requisito para el tratamiento, de conformidad con lo previsto en el artículo 10 de la Ley 1581 de 2012.
* Ser informado por el responsable del tratamiento o el encargado del tratamiento, previa solicitud, con respecto del uso que le han dado a los datos personales.
* Presentar ante la Superintendencia de Industria y Comercio quejas por infracciones a lo dispuesto en la Ley 1581 de 2012 y las demas normas que la modifiquen, adicionen o complementen.
* Revocar la autorización y/o solicitar la supresión del dato cuando en el tratamiento no se respeten los principios, derechos y garantías constitucionales y legales. La revocatoria y/o supresión procederá cuando la Superintendencia de Industria y Comercio haya determinado que en el tratamiento el responsable o encargado han incurrido en conductas contrarias a esta ley y a la constitución.

En cumplimiento de la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013 y las demas normas que los modifiquen, adicionen o complementen, le informamos que usted puede conocer la política de tratamiento de los datos personales de NUEVA EPS S.A. a través de los siguientes mecanismos que ponemos a su disposición:

Sitio web: www.nuevaeps.co

Régimen Contributivo:
Línea Gratuita: 01 8000 964400
Línea de atención en Bogotá: (601) 307 7822

Régimen Subsidiado:
Línea Gratuita: 01 8000 95 2000
Línea de atención en Bogotá: (601) 307 7051

Oficinas de atención al afiliado de NUEVA EPS S.A
Conmutador: (601) 419 3000
Dirección Administrativa: Carrera 69A No. 98A - 66 Piso 2

Si tal información, la identificación por usted suministrada en este formato, así como la relacionada en el formulario de afiliación y/o demás documentos anexos, serán utilizadas por NUEVA EPS S.A. como responsable del tratamiento de la información únicamente para los fines relacionados con la administración y prestación de servicios en salud del Plan Obligatorio de Salud de acuerdo con la Ley 1581 de 2012 "Habeas Data", dicho tratamiento podrá implicar la transferencia, transmisión y/o recepción de los datos y al cual se realiza a través de la misma, incluyendo encargados de tratamiento de información o de sus aliados comerciales, para fines administrativos y para la correcta prestación del servicio de la forma indicada en los Términos y Condiciones de cada uno de sus portales y de la Política de Confidencialidad y Protección de Datos.

INFORMACIÓN PARA SER DILIGENCIADA POR EL TRABAJADOR INDEPENDIENTE CUYO INGRESO SEA IGUAL O SUPERIOR A 1 SMMLV

ACTIVIDAD ECONÓMICA	ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES	ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES	INGRESO BASE DE COTIZACIÓN	AFILIE PREPAGA	SI / NO X	PROMOTOR ASESOR CLIENTE	SI / NO X
4759	SURA	PORVENIR	1890000				

Nivel de Escolaridad: Primaria ☐ Bachillerato ☐ Normalista ☐ Profesional ☐ Doctorado ☐ Bachiller ☐ Técnico Profesional ☐ Especialista ☐ Maestría ☐ Ninguno ☐ Tecnólogo ☐ Maestría ☐ Especialidad 11

Posición Ocupacional: Patrón/Empleador ☐ Cuentapropista ☐ Trabajador por Cuenta X

Inicio Contrato: 24 2 2026

Fin Contrato:

TERCERO INDEPENDIENTE: Declaro bajo la gravedad de juramento que los datos aquí consignados son ciertos y que he cumplido con el pago de los aportes al Sistema de Seguridad Social Integral de acuerdo con el IBC reportado en la presente planilla. Igualmente declaro que conozco el Decreto 1703 de 2002 y el Decreto 1990 de 2002 y que me encuentro en la categoría de independiente de acuerdo con el Decreto 1990 de 2002.

SOLO DILIGENCIAR SI ES COTIZANTE INDEPENDIENTE PAGO POR TERCERO: Nombre del Tercero: _____ Tipo de Identificación: _____ Identificación del Tercero que realiza el aporte: _____ DV: _____

INFORMACIÓN PARA SER DILIGENCIADA POR LA EPS

Nombre del ASESOR o PROMOTOR	CÓDIGO ASESOR o PROMOTOR	Nombre de OFICINA	BOGOTA
ELSA FLOREZ	A1380	PEPE SIERRA	24 / 2 / 2026

Colpensiones

LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES

CERTIFICA QUE

Verificada la base de datos de afiliados, el/la señor/a **LEDYS TATIANA GONZALEZ ZATARROA** identificado/a con documento de identidad **Cédula de Ciudadanía** número **1116854742,** se encuentra afiliado/a desde **02/02/2025** al Régimen de Prima Media con Prestación Definida (RPM) administrado por la Administradora Colombiana de Pensiones **COLPENSIONES**.

La presente certificación se expide en Bogotá, el día 23 de febrero de 2026.

Rosa Mercedes Nino Amaya
Dirección de Afiliaciones

Nota: Certificado generado desde la página Web. Este documento no es válido para el reconocimiento de prestaciones económicas, está sujeto a verificación y no tiene costo alguno.

POSITIVA

CER_AFI_2026021058431

LA GERENCIA DE AFILIACIONES Y NOVEDADES

CERTIFICA QUE:

LEDYS TATIANA GONZALES ZATARROA identificado con CC. 1116854742 registra la siguiente información en el ramo de Riesgos Laborales:

INFORMACIÓN DEL CONTRATANTE

Nombres y/o Razón	FUNDACION GESTION SOCIAL
Tipo y Numero de Documento	NI - 900556022

INFORMACIÓN RELACIÓN LABORAL

Fecha de inicio de cobertura	2026/03/04	**Fecha inicio contrato**	2026/02/18
Tipo de vinculación	Independiente con Contrato	**Fecha de fin contrato**	2026/09/17
Riesgo	1	**Código actividad económica**	1881001 - Actividades de asistencia social sin alojamiento para personas mayores y discapacitadas, incluye los servicios
Estado afiliación	Activa		
Fecha retiro	-	**Estado del contrato**	Activa

Esta certificación se expide a los 3 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: **CC03032026L1116854742Z11883796.** Este código es válido por un mes.

Cordialmente,

Gerencia de afiliaciones y novedades ARL

POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S. A.

FUNDACION GESTION SOCIAL
Nit 900.556.022-3
CALLE 3 7 28 URB LOS MANGOS
Tel: (607) 3208639029
Tame - Colombia

Documento soporte por compras a sujetos no obligados a facturar
No. DSF 266

Proveedor	LEDYS TATIANA GONZALEZ ZATARROA		
Nit	1.116.854.742-3	**Teléfono**	(607) 0000000
Dirección	Cra 20 # 12-47	**Ciudad**	Tame - Colombia

Fecha de compra	Fecha de Vencimiento
2026-04-01	--

Ítem	Descripción	Cantidad	Vr. Unitario	Vr. Total
1	Prestación de servicios como Servicios Generales en el Centro de Bienestar del Adulto Mayor (CBAM) del municipio de Tame, correspondiente al período comprendido entre el 18 de febrero y el 17 de marzo de 2026, en el marco de la ejecución del Convenio de Asociación No. 002 de 2026	1.00	1,890,000.00	1,890,000.00

Valor en Letras:
Un millón ochocientos noventa mil pesos m/cte

Condiciones de Pago:
Efectivo $ 1,890,000.00

Total Bruto	1,890,000.00
Total a Pagar	1,890,000.00

Observaciones:

A este Documento se le aplican las normas relativas del Documento Soporte en adquisidores efectuadas a sujetos no obligados a facturar (Resolución 167 de 30 de diciembre de 2021).
Número Autorización 18764102291617 aprobado en 20251129 prefijo DSF desde el número 201 al 600 Vigencia: Vigencia: 24 meses.

CUDS: 14552d3d6fcfc5146fcee8f10ce119773b1f6820acd1eee2fa5272593758162cdbcb86f03f73fce1870ec3f77836eb88

Elaborado por Siigo S.A.S Nit: 830.048.145-8

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

Banco de Bogotá

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CÉDULA DE CIUDADANÍA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	1116854742
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			LEDYS TATIANA GONZALEZ ZATARROA
CIUDAD/MUNICIPIO:	TAME	DEPARTAMENTO:	ARAUCA
DIRECCIÓN:	CALLE 21A 11-26	TELÉFONO:	3694607
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Otras actividades de servicios personales n.c.p.
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:	1113439737		TIPO DE PLANILLA:		I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES febrero AÑO 2026		PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES febrero AÑO	2026
DIAS DE MORA:	0				
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):	2026/03/06		NÚMERO AUTORIZACIÓN:		235730

TOTAL APORTES A PENSIÓN

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	COTIZACIÓN	APORTES VOLUNTARIOS		FSP		MORA		TOTALES		
CÓDIGO	NOMBRE			EMPLEADOR	COTIZANTE	SOLIDARIDAD	SUBSISTENCIA	COTIZACIÓN	FSP	APORTES	MORA	VALOR PAGADO
25-14	25-14 COLPENSIONES	1	$ 121.400	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 121.400	$ 0	$ 121.400
SUBTOTALES:										**$ 121.400**	**$ 0**	**$ 121.400**

TOTAL APORTES A SALUD

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD		LICENCIA MATERNIDAD		SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN		MORA		TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
EPS041	NUEVA EPS CM	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 94.900	$ 0	$ 0	$ 0	$ 94.900	$ 0	$ 0	$ 94.900
SUBTOTALES:													**$ 94.900**	**$ 0**	**$ 0**	**$ 94.900**

TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD IRP			SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN	TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NUMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PAGO A OTROS RIESGOS	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
14-23	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A	1		$ 0	$ 0		$ 0	$ 4.000	$ 4.000	$ 0	$ 0	$ 4.000
SUBTOTALES:									**$ 4.000**	**$ 0**	**$ 0**	**$ 4.000**

LIQUIDACION DETALLADA APORTES

DATOS DEL COTIZANTE									NOVEDADES																	SEGURIDAD SOCIAL																										PARAFISCALES					
																										PENSIÓN									SALUD						ARP								CCF		SENA	ICBF	ESAP	MINEDU
																													FSP		APORTES VOLUNTARIOS																							
Nº	IDENTIFICACIÓN	NOMBRES	TIPO COTIZANTE	SUBTIPO COTIZANTE	SALARIO BÁSICO	TIPO DE SALARIO	COLOMBIANO	EXTRANJERO	REFORMA TRIBUTARIA	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COP	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	ADMIN	DIAS COT.	IBC	COTIZACIÓN	SUBSISTENCIA	SOLIDARIDAD	EMPLEADOR	EMPLEADO	INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APORTE	ADMIN	DIAS COT.	IBC	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	TOTAL APORTE	ADMIN	DIAS COT.	IBC	CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APORTE	DIAS COT.	IBC	ADMIN	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE
1	CC 1116854742	GONZALEZ ZATARROA LEDYS TATIANA	INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS		$ 1.750.905				NO	18																25-14 COLPENSIONES	13	$ 758.726	$ 121.400	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 121.400	NUEVA EPS CM	13	$ 758.726	$ 94.900	$ 0	$ 94.900	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A	13	$ 758.726	111685474	$ 4.000		$ 0		$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0

TOTAL PAGADO: $ 220.300

739

FUNDACION GESTION SOCIAL
Nit 900.556.022-3
CALLE 3 7 28 URB LOS MANGOS
Tel: (607) 3208639029
Tame - Colombia

Documento soporte por compras a sujetos no obligados a facturar
No. DSF 280

Proveedor	LEDYS TATIANA GONZALEZ ZATARROA		
Nit	1.116.854.742-3	**Teléfono**	(607) 0000000
Dirección	Cra 20 # 12-47	**Ciudad**	Tame - Colombia

Fecha de compra	Fecha de Vencimiento
2026-04-17	--

Ítem	Descripción	Cantidad	Vr. Unitario	Vr. Total
1	Prestación de servicios como Servicios Generales en el Centro de Bienestar del Adulto Mayor (CBAM) del municipio de Tame, correspondiente al período comprendido entre el 18 de marzo y el 17 de abril de 2026, en el marco de la ejecución del Convenio de Asociación No. 002 de 2026	1.00	1,890,000.00	1,890,000.00

Valor en Letras:
Un millón ochocientos noventa mil pesos m/cte

Condiciones de Pago:
Efectivo $ 1,890,000.00

Total Bruto	1,890,000.00
Total a Pagar	1,890,000.00

Observaciones:

A este Documento se le aplican las normas relativas del Documento Soporte en adquisidores efectuadas a sujetos no obligados a facturar (Resolución 167 de 30 de diciembre de 2021).
Número Autorización 18764102291617 aprobado en 20251129 prefijo DSF desde el número 201 al 600 Vigencia: Vigencia: 24 meses.

CUDS: 36b54f6ccbfffb0dc6f289f7f0037ead1b5021203d49a785d6d02c851ea7aa3c4a7752262ff029f9c1e46d4e867d25d6

Elaborado por Siigo S.A.S Nit: 830.048.145-8

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

Banco de Bogotá

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CÉDULA DE CIUDADANÍA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	1116854742
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			LEDYS TATIANA GONZALEZ ZATARROA
CIUDAD/MUNICIPIO:	TAME	DEPARTAMENTO:	ARAUCA
DIRECCIÓN:	CALLE 21A 11-26	TELÉFONO:	3694607
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Otras actividades de servicios personales n.c.p.
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:			1113617414	TIPO DE PLANILLA:			I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES	marzo AÑO	2026	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES	marzo AÑO	2026
DÍAS DE MORA:			0				
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):			2026/04/09	NÚMERO AUTORIZACIÓN:			689116

TOTAL APORTES A PENSIÓN

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	COTIZACIÓN	APORTES VOLUNTARIOS		FSP		MORA		TOTALES		
CÓDIGO	NOMBRE			EMPLEADOR	COTIZANTE	SOLIDARIDAD	SUBSISTENCIA	COTIZACIÓN	FSP	APORTES	MORA	VALOR PAGADO
25-14	25-14 COLPENSIONES	1	$ 280.200	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 280.200	$ 0	$ 280.200
SUBTOTALES:										$ 280.200	$ 0	$ 280.200

TOTAL APORTES A SALUD

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD		LICENCIA MATERNIDAD		SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN		MORA		TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
EPS041	NUEVA EPS CM	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 218.900	$ 0	$ 0	$ 0	$ 218.900	$ 0	$ 0	$ 218.900
SUBTOTALES:													$ 218.900	$ 0	$ 0	$ 218.900

TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD IRP			SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN	TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NUMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PAGO A OTROS RIESGOS	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
14-23	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A	1		$ 0	$ 0		$ 0	$ 9.200	$ 9.200	$ 0	$ 0	$ 9.200
SUBTOTALES:									$ 9.200	$ 0	$ 0	$ 9.200

LIQUIDACION DETALLADA APORTES

DATOS DEL COTIZANTE / NOVEDADES

Nº	IDENTIFICACIÓN	NOMBRES	TIPO COTIZANTE	SUBTIPO COTIZANTE	SALARIO BÁSICO	TIPO DE SALARIO	COLOMBIANO EXTRANJERO		REFORMA TRIBUTARIA	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP
1	CC 1116854742	GONZALEZ ZATARROA LEDYS TATIANA	INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS		$ 1.750.905				NO																	

SEGURIDAD SOCIAL — PENSIÓN

Nº	ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	FSP SUBSISTENCIA	FSP SOLIDARIDAD	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADO	INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APORTE
1	25-14 COLPENSIONES	30	$ 1.750.905	$ 280.200	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 280.200

SEGURIDAD SOCIAL — SALUD / ARP

Nº	SALUD ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	TOTAL APORTE	ARP ADMIN	DÍAS COT	IBC	CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APORTE
1	NUEVA EPS CM	30	$ 1.750.905	$ 218.900	$ 0	$ 218.900	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A	30	$ 1.750.905	111685474	$ 9.200

PARAFISCALES

Nº	DÍAS COT	IBC	CCF ADMIN	CCF TOTAL APORTE	SENA TOTAL APORTE	ICBF TOTAL APORTE	ESAP TOTAL APORTE	MINEDU TOTAL APORTE
1		$ 0		$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0

TOTAL PAGADO:	**$ 508.300**

FUNDACION GESTION SOCIAL
Nit 900.556.022-3
CALLE 3 7 28 URB LOS MANGOS
Tel: (607) 3208639029
Tame - Colombia

Documento soporte por compras a sujetos no obligados a facturar
No. DSF 292

Proveedor	LEDYS TATIANA GONZALEZ ZATARROA		
Nit	1.116.854.742-3	**Teléfono**	(607) 0000000
Dirección	Cra 20 # 12-47	**Ciudad**	Tame - Colombia

Fecha de compra	Fecha de Vencimiento
2026-05-19	--

Ítem	Descripción	Cantidad	Vr. Unitario	Vr. Total
1	Prestación de servicios como Servicios Generales en el Centro de Bienestar del Adulto Mayor (CBAM) del municipio de Tame, correspondiente al período comprendido entre el 18 de abril y el 17 de mayo de 2026, en el marco de la ejecución del Convenio de Asociación No. 002 de 2026	1.00	1,890,000.00	1,890,000.00

Valor en Letras:
Un millón ochocientos noventa mil pesos m/cte

Condiciones de Pago:
Efectivo $ 1,890,000.00

Total Bruto	1,890,000.00
Total a Pagar	1,890,000.00

Observaciones:

A este Documento se le aplican las normas relativas del Documento Soporte en adquisidores efectuadas a sujetos no obligados a facturar (Resolución 167 de 30 de diciembre de 2021).
Número Autorización 18764102291617 aprobado en 20251129 prefijo DSF desde el nùmero 201 al 600 Vigencia: Vigencia: 24 meses.

CUDS: 6f22716cb94e5e9668f5c896f597322752c87438b85bcfecfd4c4bb4cf42ee1838cdc36c868eb5240a5252f85a453929

Elaborado por Siigo S.A.S Nit: 830.048.145-8

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

Bancolombia

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CÉDULA DE CIUDADANÍA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	1116854742
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			LEDYS TATIANA GONZALEZ ZATARROA
CIUDAD/MUNICIPIO:	TAME	DEPARTAMENTO:	ARAUCA
DIRECCIÓN:	CALLE 21A 11-26	TELÉFONO:	3694607
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Otras actividades de servicios personales n.c.p.
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:		6018771306	TIPO DE PLANILLA:		I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES abril	AÑO 2026	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES abril	AÑO 2026
DÍAS DE MORA:		0			
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):		2026/05/06	NÚMERO AUTORIZACIÓN:		285168824

TOTAL APORTES A PENSIÓN

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	COTIZACIÓN	APORTES VOLUNTARIOS		FSP		MORA		TOTALES		
CÓDIGO	NOMBRE			EMPLEADOR	COTIZANTE	SOLIDARIDAD	SUBSISTENCIA	COTIZACIÓN	FSP	APORTES	MORA	VALOR PAGADO
25-14	25-14 COLPENSIONES	1	$ 280.200	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 280.200	$ 0	$ 280.200
SUBTOTALES:										$ 280.200	$ 0	$ 280.200

TOTAL APORTES A SALUD

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD		LICENCIA MATERNIDAD		SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN		MORA		TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
EPS041	NUEVA EPS CM	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 218.900	$ 0	$ 0	$ 0	$ 218.900	$ 0	$ 0	$ 218.900
SUBTOTALES:													$ 218.900	$ 0	$ 0	$ 218.900

TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD IRP			SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN	TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NUMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PAGO A OTROS RIESGOS	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
14-23	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A	1		$ 0	$ 0		$ 0	$ 9.200	$ 9.200	$ 0	$ 0	$ 9.200
SUBTOTALES:									$ 9.200	$ 0	$ 0	$ 9.200

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

DATOS DEL COTIZANTE										NOVEDADES																
Nº	IDENTIFICACIÓN	NOMBRES	TIPO COTIZANTE	SUBTIPO COTIZANTE	SALARIO BÁSICO	TIPO DE SALARIO	COLOMBIANO	EXTRANJERO	REFORMA TRIBUTARIA	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP
1	CC 1116854742	GONZALEZ ZATARROA LEDYS TATIANA	INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS		$ 1.750.905				NO																	

SEGURIDAD SOCIAL - PENSIÓN									
ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	FSP SUBSISTENCIA	FSP SOLIDARIDAD	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADO	INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APORTE
25-14 COLPENSIONES	30	$ 1.750.905	$ 280.200	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 280.200

SALUD						ARP				
ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	TOTAL APORTE	ADMIN	DÍAS COT	IBC	CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APORTE
NUEVA EPS CM	30	$ 1.750.905	$ 218.900	$ 0	$ 218.900	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A	30	$ 1.750.905	111685474	$ 9.200

PARAFISCALES							
DÍAS COT	IBC	CCF ADMIN	CCF TOTAL APORTE	SENA TOTAL APORTE	ICBF TOTAL APORTE	ESAP TOTAL APORTE	MINEDU TOTAL APORTE
	$ 0		$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0

TOTAL PAGADO: $ 508.300

Planilla Pagada

743

SERVICIOS GENERALES No. 3

FUNGES
Gestión Comprobada

FUNDACIÓN GESTIÓN SOCIAL "FUNGES"
GESTIÓN COMPROBADA
NIT. 900556022-3

CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS No. 08 DE 2026

CONTRATANTE: FUNDACIÓN GESTIÓN SOCIAL – FUNGES
NIT: 900.556.022-3
REPRESENTANTE LEGAL: GUSTAVO ALEXIS SARMIENTO
C.C.: 96.194.978 expedida en Tame
CONTRATISTA: EMILI DANERIS RIOS CONTRERAS
C.C.: 1.006.440.881 expedida en Tame
OBJETO: Prestación de servicios como Servicios Generales en el Centro de Bienestar del Adulto Mayor (CBAM).
UBICACIÓN: Municipio de Tame – Arauca
VALOR TOTAL: TRECE MILLONES DOSCIENTOS TREINTA MIL PESOS M/CTE ($13.230.000)
VALOR MENSUAL: UN MILLÓN OCHOCIENTOS NOVENTA MIL PESOS M/CTE ($1.890.000)
PLAZO: Siete (07) meses
FECHA DE INICIO: 18 de febrero de 2026
FECHA DE TERMINACIÓN: 17 de septiembre de 2026

Entre los suscritos GUSTAVO ALEXIS SARMIENTO, identificado con cédula de ciudadanía No. 96.194.978 expedida en Tame, quien actúa en calidad de Representante Legal de la FUNDACIÓN GESTIÓN SOCIAL – FUNGES, identificada con NIT 900.556.022-3, quien para efectos del presente contrato se denominará EL CONTRATANTE, y por la otra parte EMILI DANERIS RIOS CONTRERAS, identificada con cédula de ciudadanía No. 1.006.440.881 expedida en Tame, quien actúa en nombre propio y para efectos del presente contrato se denominará EL CONTRATISTA, ambos mayores de edad y con capacidad para contratar, han acordado celebrar el presente Contrato de Prestación de Servicios, el cual se regirá por las siguientes cláusulas.

CONSIDERACIONES:

Que, para la prestación de servicios como Servicios Generales en el Centro de Bienestar del Adulto Mayor (CBAM) mediante el Convenio de Asociación No. 002 de 2026 cuyo objeto es *"DESARROLLAR EL PROGRAMA DE ATENCIÓN INTEGRAL A LA PERSONA MAYOR DEL MUNICIPIO DE TAME – DEPARTAMENTO DE ARAUCA"* suscrito entre la FUNDACIÓN GESTIÓN SOCIAL - FUNGES y el MUNICIPIO DE TAME, se hace necesaria la contratación de una persona que cumpla con los requisitos exigidos para desempeñar dichas actividades.
Debido a lo anterior, las partes acuerdan celebrar el presente contrato de conformidad con las siguientes cláusulas:

PRIMERA: Objeto del contrato. El CONTRATISTA se obliga para con el CONTRATANTE, de manera independiente y sin que exista subordinación o relación laboral alguna, a prestar sus servicios como Servicios Generales en el Centro de Bienestar del Adulto Mayor (CBAM), realizando actividades de aseo, limpieza, mantenimiento básico y apoyo logístico que contribuyan al adecuado funcionamiento de las instalaciones y al bienestar de los adultos mayores. Como contraprestación, el CONTRATANTE pagará al CONTRATISTA los honorarios establecidos en el presente contrato.

SEGUNDA: Plazo de Ejecución. El término de duración del presente contrato será de siete (07) meses, contados a partir del 18 de febrero de 2026 hasta el 17 de septiembre de 2026, plazo dentro del cual el CONTRATISTA ejecutará las actividades propias del objeto contractual.

TERCERA: Valor. El valor total del presente contrato es la suma de TRECE MILLONES DOSCIENTOS TREINTA MIL PESOS M/CTE ($13.230.000), suma que será pagada por el CONTRATANTE al CONTRATISTA a título de honorarios, de acuerdo con la forma de pago establecida en el presente contrato y previa certificación de cumplimiento por parte del supervisor.

CUARTA. Forma de Pago. El valor del presente contrato será pagado por el CONTRATANTE al CONTRATISTA mediante siete (07) pagos mensuales vencidos, cada uno por valor de UN MILLÓN OCHOCIENTOS NOVENTA MIL PESOS M/CTE ($1.890.000), previa verificación del cumplimiento de las actividades contractuales por parte del CONTRATANTE y acreditación del pago de los aportes al Sistema de Seguridad Social Integral conforme a la normatividad vigente.

Parágrafo. Los pagos establecidos en el presente contrato estarán sujetos a la disponibilidad y desembolso efectivo de los recursos provenientes del Convenio de Asociación No. 002 de 2026 suscrito entre la FUNDACIÓN GESTIÓN SOCIAL – FUNGES y el Municipio de Tame.

QUINTA: Seguridad Social. El CONTRATISTA declara que realizará de manera independiente los aportes al Sistema de Seguridad Social Integral en salud, pensión y riesgos laborales, de conformidad con la normatividad vigente en Colombia. Para efectos del pago de los honorarios pactados en el presente contrato, el CONTRATISTA deberá acreditar el pago de dichos aportes correspondientes al período ejecutado.

SEXTA: Subcontratación. El CONTRATISTA no podrá ceder ni subcontratar total o parcialmente la ejecución del objeto del presente contrato sin la autorización previa, expresa y escrita del CONTRATANTE.

Parágrafo. En todo caso, el CONTRATISTA será el único responsable por la correcta ejecución de las actividades contratadas y mantendrá indemne al CONTRATANTE frente a cualquier reclamación, demanda o acción legal que pudiera presentarse con ocasión de la ejecución del presente contrato.

SÉPTIMA: Obligaciones Del Contratista. El CONTRATISTA se obliga a ejecutar el Objeto del Contrato, razón por la cual tendrá las siguientes obligaciones:

1. Realizar la limpieza diaria de pisos, pasillos, habitaciones y áreas comunes del Centro de Bienestar del Adulto Mayor (CBAM).
2. Mantener en adecuado estado de limpieza los muebles, ventanas, baños, sanitarios, lavamanos, espejos y demás instalaciones del centro.
3. Desocupar, lavar y desinfectar las canecas de basura y mantener en orden las áreas asignadas.
4. Realizar la limpieza de paredes, persianas, cortinas y demás elementos del centro, según el cronograma establecido por el coordinador.
5. Clasificar, lavar, secar, planchar y organizar la ropa de los adultos mayores cuando se requiera.
6. Mantener limpia y organizada el área de lavandería y los implementos de trabajo.
7. Apoyar el mantenimiento y limpieza de las zonas verdes al interior del centro.
8. Cumplir con las instrucciones del coordinador y apoyar las actividades necesarias para el buen funcionamiento del Centro de Bienestar del Adulto Mayor (CBAM).
9. Las demás actividades que le sean asignadas por el supervisor del contrato y que sean inherentes al objeto de este.

Parágrafo 1: El CONTRATISTA ejecutará el objeto del presente contrato con plena autonomía técnica, administrativa y operativa, utilizando sus propios medios, recursos y conocimientos, sin que exista subordinación o dependencia respecto de EL CONTRATANTE; en consecuencia, el CONTRATISTA asumirá bajo su exclusiva responsabilidad los riesgos, gastos y obligaciones derivados de la ejecución del contrato.

Parágrafo 2: El CONTRATISTA además de las obligaciones del contrato deberá: 1. Obrar con seriedad y diligencia en el servicio contratado, 2. Presentar evidencias o soportes de las actividades realizadas, tales como registros, formatos o material fotográfico, cuando sean requeridos por el CONTRATANTE, 3. Atender las solicitudes y recomendaciones que haga el CONTRATANTE o sus delegados, con la mayor prontitud. 4. Permitir que el CONTRATANTE o un delegado haga visitas a las instalaciones del CONTRATISTA o el sitio que esté desarrollando las actividades. 5. Pago de los aportes al Sistema de Seguridad Social en salud, pensión y riesgos laborales, conforme a la normatividad vigente.

OCTAVA: Obligaciones del CONTRATANTE: Además de las obligaciones propias del contrato de prestación de servicios, el CONTRATANTE se compromete a suministrar al CONTRATISTA la información necesaria para el desarrollo de las actividades objeto del contrato, facilitar la coordinación con el personal del Centro de Bienestar del Adulto Mayor (CBAM) y efectuar el pago de los honorarios en los términos establecidos en el presente contrato.

NOVENA. Supervisión. El CONTRATANTE o su representante supervisará la ejecución del servicio encomendado y podrá formular las observaciones del caso para ser analizadas en conjunto con el CONTRATISTA.

DÉCIMA: Terminación anticipada. Cualquiera de las partes podrá dar por terminado el presente contrato antes del vencimiento del plazo pactado, mediante comunicación escrita dirigida a la otra parte. En todo caso, el CONTRATANTE podrá darlo por terminado de manera unilateral cuando se presenten circunstancias que afecten la ejecución del objeto contractual, por incumplimiento de las obligaciones del CONTRATISTA o por terminación o modificación del convenio que da origen al presente contrato.

DÉCIMA PRIMERA: Independencia. El CONTRATISTA actuará por su cuenta, con autonomía y sin que exista relación laboral ni subordinación con el CONTRATANTE. Sus derechos se limitarán por la naturaleza del contrato a exigir el cumplimiento de las obligaciones del CONTRATANTE y el pago oportuno de su remuneración fijada en este documento.

DÉCIMA SEGUNDA: Inexistencia de relación laboral. Las partes dejan expresa constancia de que el presente contrato es de naturaleza civil y no genera relación laboral alguna entre el CONTRATANTE y el CONTRATISTA. En consecuencia, el CONTRATISTA actuará con plena autonomía técnica y administrativa en la ejecución de las actividades contratadas y no tendrá derecho al reconocimiento de salarios, prestaciones sociales, indemnizaciones laborales ni demás derechos propios de un contrato de trabajo.

DÉCIMA TERCERA. Cesión. El CONTRATISTA no podrá ceder parcial ni totalmente la ejecución del presente contrato a un tercero sin la previa, expresa y escrita autorización del CONTRATANTE.

DÉCIMA CUARTA: Solución de conflictos. Se acuerda que, de presentarse un conflicto entre las partes, en el marco del presente contrato, las partes deberán acudir en primera instancia a un centro de conciliación certificado.

DÉCIMA QUINTA: Modificaciones. Toda modificación, variación adición o prórroga del presente contrato, deberá constar por escrito, mediante OTRO SÍ, que suscribirán con la firma ambas partes contratantes.

DÉCIMA SEXTA: Domicilio contractual. Para el presente contrato se establece como domicilio contractual el municipio de Tame.

DÉCIMA SÉPTIMA: Declaración del CONTRATISTA. El CONTRATISTA declara bajo la gravedad de juramento que conoce la naturaleza jurídica del presente contrato de prestación de servicios y manifiesta que lo celebra con plena autonomía técnica, administrativa y financiera, sin que exista subordinación ni dependencia respecto del CONTRATANTE. En consecuencia, reconoce que no se genera vínculo laboral alguno ni derecho al pago de prestaciones sociales, indemnizaciones o beneficios propios de un contrato de trabajo. Así mismo, declara que asume de manera independiente las obligaciones tributarias, de seguridad social y demás cargas legales derivadas de la ejecución del presente contrato.

Para constancia, se firma en el municipio de Tame, Arauca, a los dieciocho (18) días del mes de febrero de 2026.

EL CONTRATANTE,

GUSTAVO ALEXIS SARMIENTO
C.C. 96.194.978 expedida en Tame
Representante Legal
FUNDACIÓN GESTIÓN SOCIAL – FUNGES

EL CONTRATISTA,

EMILI DANERIS RIOS CONTRERAS
C.C. 1.006.440.881 expedida en Tame

COOSALUD
En Pos de tu bienestar

CERTIFICADO DE AFILIACIÓN

Para la atención de servicios de salud POS, el suscrito afiliado se encuentra registrado en la EPS con los siguientes datos.

Información del Cotizante y/o Cabeza de Familia

Tipo Ident.	Número de Ident.	Nombres	Apellidos	Fecha de Afiliación	Departamento	Ciudad	Dirección	Teléfono	Regimen	Estac
CC	1006440881	EMILI DANERIS	RIOS CONTRERAS	13/08/2019 12:00:00 a. m.	ARAUCA	TAME	CL 9 # 8 - 08	3114598532	Contributivo	Activ

Información de los Beneficiarios

*Parentesco	Número de Ident.	Nombres	Apellidos	Fecha de Afiliación	Departamento	Ciudad	Dirección	Teléfono	Regimen	Estac
HIJO(A)	RC-1157968487	EVELIN SOFIA	VALBUENA RIOS	23/12/2020	ARAUCA	TAME	CL 09 # 08 - 29	3133360447	Contributivo	Activ

Informacion del Aportante

NIT/CC	Razon Social	Estado	Rango Cotizante	Fecha Vinculacion
1006440881	EMILI DANERIS RIOS CONTRERAS	N		18/02/2026

a anterior certificación se expide y firma, a los 10 días del mes de Marzo de 2026, a solicitud del interesado y es válida hasta los 10 días del mes de Abril de 2026

Cordialmente,

CARLOS TORRES SALAZAR
SUBDIRECTOR DE ASEGURAMIENTO NACIONAL

747

748

porvenir
sólo hay uno

SOCIEDAD ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES Y CESANTÍAS PORVENIR S.A.

En su condición de administradora del

FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR

NIT 800.224.808-8

CERTIFICA QUE:

EMILI DANERIS RIOS CONTRERAS, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.006.440.881**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 25 de Febrero del 2026.

Cordialmente,

Gerencia de Clientes

Tenga en cuenta:

En este momento de su vida, lo que más le conviene es estar en un fondo privado como Porvenir, ¿por que? porque está acumulando semanas, ahorrando dinero y obteniendo rendimiento.

POSITIVA

CER_AFI_2026021831819

LA GERENCIA DE AFILIACIONES Y NOVEDADES

CERTIFICA QUE:

Emili Daneris Rios Contreras identificado con CC. 1006440881 registra la siguiente información en el ramo de Riesgos Laborales:

INFORMACIÓN DEL CONTRATANTE	
Nombres y/o Razón	FUNDACION GESTION SOCIAL
Tipo y Numero de Documento	NI - 900556022

INFORMACIÓN RELACIÓN LABORAL			
Fecha de inicio de cobertura	2026/03/08	**Fecha inicio contrato**	2026/02/18
Tipo de vinculación	Independiente con Contrato	**Fecha de fin contrato**	2026/09/17
Riesgo	1	**Código actividad económica**	1881001 - Actividades de asistencia social sin alojamiento para personas mayores y discapacitadas, incluye los servicios
Estado afiliación	Activa		
Fecha retiro	-	**Estado del contrato**	Activa

Esta certificación se expide a los 7 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: **CC07032026E1006440881C12641043.** Este código es válido por un mes.

Cordialmente,

Gerencia de afiliaciones y novedades ARL

POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S. A.

750

FUNDACION GESTION SOCIAL
Nit 900.556.022-3
CALLE 3 7 28 URB LOS MANGOS
Tel: (607) 3208639029
Tame - Colombia

Documento soporte por compras a sujetos no obligados a facturar
No. DSF 267

Proveedor	EMILI DANERIS RIOS CONTRERAS		
Nit	1.006.440.881-2	**Teléfono**	(607) 0000000
Dirección	CLL 9 # 49-01	**Ciudad**	Tame - Colombia

Fecha de compra	Fecha de Vencimiento
2026-04-01	--

Ítem	Descripción	Cantidad	Vr. Unitario	Vr. Total
1	Prestación de servicios como Servicios Generales en el Centro de Bienestar del Adulto Mayor (CBAM) del municipio de Tame, correspondiente al período comprendido entre el 18 de febrero y el 17 de marzo de 2026, en el marco de la ejecución del Convenio de Asociación No. 002 de 2026	1.00	1,890,000.00	1,890,000.00

Valor en Letras:
Un millón ochocientos noventa mil pesos m/cte

Condiciones de Pago:
Efectivo $ 1,890,000.00

Total Bruto	1,890,000.00
Total a Pagar	1,890,000.00

Observaciones:

A este Documento se le aplican las normas relativas del Documento Soporte en adquisidores efectuadas a sujetos no obligados a facturar (Resolución 167 de 30 de diciembre de 2021).
Número Autorización 18764102291617 aprobado en 20251129 prefijo DSF desde el número 201 al 600 Vigencia: Vigencia: 24 meses.

CUDS: c2b195b9efd14f1b1e93d53de9ced451f40ff3adb83c6a0f36e26bc8790ded3f09f6c7613e4a89b6552553b7d988a747

Elaborado por Siigo S.A.S Nit: 830.048.145-8

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

Banco de Bogotá

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CÉDULA DE CIUDADANÍA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	1006440881
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			EMILI DANERIS RIOS CONTRERAS
CIUDAD/MUNICIPIO:	TAME	DEPARTAMENTO:	ARAUCA
DIRECCIÓN:	CLL 9 # 6-49 B. 1 DE MAYO	TELÉFONO:	8456009
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Otras actividades de servicios personales n.c.p.
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:			**1113440417**	TIPO DE PLANILLA:			I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES	febrero AÑO	2026	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES	febrero AÑO	2026
DÍAS DE MORA:			0				
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):			2026/03/06	NÚMERO AUTORIZACIÓN:			295129

TOTAL APORTES A PENSIÓN

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	COTIZACIÓN	APORTES VOLUNTARIOS		FSP		MORA		TOTALES		
CÓDIGO	NOMBRE			EMPLEADOR	COTIZANTE	SOLIDARIDAD	SUBSISTENCIA	COTIZACIÓN	FSP	APORTES	MORA	VALOR PAGADO
230301	230301-PORVENIR	1	$ 121.400	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 121.400	$ 0	$ 121.400
SUBTOTALES:										**$ 121.400**	**$ 0**	**$ 121.400**

TOTAL APORTES A SALUD

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD		LICENCIA MATERNIDAD		SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN		MORA		TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
ESSC24	ESSC24-COOSALUD ESS	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 94.900	$ 0	$ 0	$ 0	$ 94.900	$ 0	$ 0	$ 94.900
SUBTOTALES:													**$ 94.900**	**$ 0**	**$ 0**	**$ 94.900**

TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD IRP			SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN	TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PAGO A OTROS RIESGOS	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
14-23	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A	1		$ 0	$ 0		$ 0	$ 4.000	$ 4.000	$ 0	$ 0	$ 4.000
SUBTOTALES:									**$ 4.000**	**$ 0**	**$ 0**	**$ 4.000**

LIQUIDACION DETALLADA APORTES

DATOS DEL COTIZANTE										NOVEDADES																
Nº	IDENTIFICACIÓN	NOMBRES	TIPO COTIZANTE	SUBTIPO COTIZANTE	SALARIO BASICO	TIPO DE SALARIO	COLOMBIANO	EXTRANJERO	REFORMA TRIBUTARIA	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP
1	CC 1006440881	RIOS CONTRERAS EMILI DANERIS	INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS		$ 1.750.905				NO	18																

	SEGURIDAD SOCIAL																						PARAFISCALES							
	PENSIÓN										SALUD						ARP							CCF		SENA	ICBF	ESAP	MINEDU
					FSP		APORTES VOLUNTARIOS																						
Nº	ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	SUBSISTENCIA	SOLIDARIDAD	EMPLEADOR	EMPLEADO	INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APORTE	ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	TOTAL APORTE	ADMIN	DÍAS COT	IBC	CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APORTE	DÍAS COT	IBC	ADMIN	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE
1	230301-PORVENIR	13	$ 758.726	$ 121.400	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 121.400	ESSC24-COOSALUD ESS	13	$ 758.726	$ 94.900	$ 0	$ 94.900	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A	13	$ 758.726	100644088	$ 4.000		$ 0		$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0

TOTAL PAGADO:	**$ 220.300**

752

FUNDACION GESTION SOCIAL
Nit 900.556.022-3
CALLE 3 7 28 URB LOS MANGOS
Tel: (607) 3208639029
Tame - Colombia

Documento soporte por compras a sujetos no obligados a facturar
No. DSF 281

Proveedor	EMILI DANERIS RIOS CONTRERAS		
Nit	1.006.440.881-2	**Teléfono**	(607) 0000000
Dirección	CLL 9 # 49-01	**Ciudad**	Tame - Colombia

Fecha de compra	Fecha de Vencimiento
2026-04-17	--

Ítem	Descripción	Cantidad	Vr. Unitario	Vr. Total
1	Prestación de servicios como Servicios Generales en el Centro de Bienestar del Adulto Mayor (CBAM) del municipio de Tame, correspondiente al período comprendido entre el 18 de marzo y el 17 de abril de 2026, en el marco de la ejecución del Convenio de Asociación No. 002 de 2026	1.00	1,890,000.00	1,890,000.00

Valor en Letras:
Un millón ochocientos noventa mil pesos m/cte

Condiciones de Pago:
Efectivo $ 1,890,000.00

Total Bruto	1,890,000.00
Total a Pagar	1,890,000.00

Observaciones:

A este Documento se le aplican las normas relativas del Documento Soporte en adquisidores efectuadas a sujetos no obligados a facturar (Resolución 167 de 30 de diciembre de 2021).
Número Autorización 18764102291617 aprobado en 20251129 prefijo DSF desde el número 201 al 600 Vigencia: Vigencia: 24 meses.

CUDS: 815f12de13846f0c555d4e257877c1345aee3d0b5940445da7e2d4d78780b62439f5d8ba3a23ecffa5d026826eea36d5

Elaborado por Siigo S.A.S Nit: 830.048.145-8

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

Banco de Bogotá

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CÉDULA DE CIUDADANÍA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	1006440881
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			EMILI DANERIS RIOS CONTRERAS
CIUDAD/MUNICIPIO:	TAME	DEPARTAMENTO:	ARAUCA
DIRECCIÓN:	CLL 9 # 6-49 B. 1 DE MAYO	TELÉFONO:	8456009
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Otras actividades de servicios personales n.c.p.
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:	**1113617422**		TIPO DE PLANILLA:		I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES marzo	AÑO 2026	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES marzo	AÑO 2026
DÍAS DE MORA:	0				
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):	2026/04/09		NÚMERO AUTORIZACIÓN:		890362

TOTAL APORTES A PENSIÓN

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	COTIZACIÓN	APORTES VOLUNTARIOS		FSP		MORA		TOTALES		
CÓDIGO	NOMBRE			EMPLEADOR	COTIZANTE	SOLIDARIDAD	SUBSISTENCIA	COTIZACIÓN	FSP	APORTES	MORA	VALOR PAGADO
230301	230301-PORVENIR	1	$ 280.200	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 280.200	$ 0	$ 280.200
SUBTOTALES:										**$ 280.200**	**$ 0**	**$ 280.200**

TOTAL APORTES A SALUD

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD		LICENCIA MATERNIDAD		SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN		MORA		TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
ESSC24	ESSC24-COOSALUD ESS	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 218.900	$ 0	$ 0	$ 0	$ 218.900	$ 0	$ 0	$ 218.900
SUBTOTALES:													**$ 218.900**	**$ 0**	**$ 0**	**$ 218.900**

TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD IRP			SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN	TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PAGO A OTROS RIESGOS	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
14-23	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A	1		$ 0	$ 0		$ 0	$ 9.200	$ 9.200	$ 0	$ 0	$ 9.200
SUBTOTALES:									**$ 9.200**	**$ 0**	**$ 0**	**$ 9.200**

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

DATOS DEL COTIZANTE									NOVEDADES																SEGURIDAD SOCIAL																											PARAFISCALES					
																									PENSIÓN										SALUD						ARP									CCF		SENA	ICBF	ESAP	MINEDU
																												FSP		APORTES VOLUNTARIOS																									
Nº	IDENTIFICACIÓN	NOMBRES	TIPO COTIZANTE	SUBTIPO COTIZANTE	SALARIO BÁSICO	TIPO DE SALARIO	COLOMBIANO	EXTRANJERO	REFORMA TRIBUTARIA	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COP	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	ADMIN	DÍAS COT.	IBC	COTIZACIÓN	SUBSISTENCIA	SOLIDARIDAD	EMPLEADOR	EMPLEADO	INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APORTE	ADMIN	DÍAS COT.	IBC	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	TOTAL APORTE	ADMIN	DÍAS COT.	IBC	CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APORTE	DÍAS COT.	IBC	ADMIN	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE
1	CC 1006440881	RIOS CONTRERAS EMILI DANERIS	INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS		$ 1.750.905				NO																		230301-PORVENIR	30	$ 1.750.905	$ 280.200	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 280.200	ESSC24-COOSALUD ESS	30	$ 1.750.905	$ 218.900	$ 0	$ 218.900	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A	30	$ 1.750.905	100644088	$ 9.200		$ 0		$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0

TOTAL PAGADO: $ 508.300

253

FUNDACION GESTION SOCIAL
Nit 900.556.022-3
CALLE 3 7 28 URB LOS MANGOS
Tel: (607) 3208639029
Tame - Colombia

Documento soporte por compras a sujetos no obligados a facturar
No. DSF 293

Proveedor	EMILI DANERIS RIOS CONTRERAS		
Nit	1.006.440.881-2	**Teléfono**	(607) 0000000
Dirección	CLL 9 # 49-01	**Ciudad**	Tame - Colombia

Fecha de compra	Fecha de Vencimiento
2026-05-19	--

Ítem	Descripción	Cantidad	Vr. Unitario	Vr. Total
1	Prestación de servicios como Servicios Generales en el Centro de Bienestar del Adulto Mayor (CBAM) del municipio de Tame, correspondiente al período comprendido entre el 18 de abril y el 17 de mayo de 2026, en el marco de la ejecución del Convenio de Asociación No. 002 de 2026	1.00	1,890,000.00	1,890,000.00

Valor en Letras:
Un millón ochocientos noventa mil pesos m/cte

Condiciones de Pago:
Efectivo $ 1,890,000.00

Total Bruto	1,890,000.00
Total a Pagar	1,890,000.00

Observaciones:

A este Documento se le aplican las normas relativas del Documento Soporte en adquisidores efectuadas a sujetos no obligados a facturar (Resolución 167 de 30 de diciembre de 2021).
Número Autorización 18764102291617 aprobado en 20251129 prefijo DSF desde el número 201 al 600 Vigencia: Vigencia: 24 meses.

CUDS: cc9e1aa6762aa50c4acb97e701d8384327ad22997f8bf78c58e91e426bfb34299729f60aaf09a39b9607bdabba3e6700

Elaborado por Siigo S.A.S Nit: 830.048.145-8

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

Bancolombia

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN: CÉDULA DE CIUDADANÍA
NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN: 1006440881
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL: EMILI DANERIS RIOS CONTRERAS
CIUDAD/MUNICIPIO: TAME
DEPARTAMENTO: ARAUCA
DIRECCIÓN: CLL 9 # 6-49 B. 1 DE MAYO
TELÉFONO: 8456009
TIPO APORTANTE: 02-INDEPENDIENTE
CLASE APORTANTE: I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA: PRIVADA
ACTIVIDAD ECONOMICA: Otras actividades de servicios personales n.c.p.
FORMA DE PRESENTACIÓN: ÚNICO
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA): NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA: 6018744309
TIPO DE PLANILLA: I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN OTROS MES abril AÑO 2026
PERIODO COTIZACIÓN SALUD: MES abril AÑO 2026
DÍAS DE MORA: 0
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd): 2026/05/06
NÚMERO AUTORIZACIÓN: 284897830

TOTAL APORTES A PENSIÓN

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	COTIZACIÓN	APORTES VOLUNTARIOS		FSP		MORA		TOTALES		
CÓDIGO	NOMBRE			EMPLEADOR	COTIZANTE	SOLIDARIDAD	SUBSISTENCIA	COTIZACIÓN	FSP	APORTES	MORA	VALOR PAGADO
230301	230301-PORVENIR	1	$ 280.200	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 280.200	$ 0	$ 280.200
SUBTOTALES:										**$ 280.200**	**$ 0**	**$ 280.200**

TOTAL APORTES A SALUD

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD		LICENCIA MATERNIDAD		SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN		MORA		TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
ESSC24	ESSC24-COOSALUD ESS	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 218.900	$ 0	$ 0	$ 0	$ 218.900	$ 0	$ 0	$ 218.900
SUBTOTALES:													**$ 218.900**	**$ 0**	**$ 0**	**$ 218.900**

TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD IRP			SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN	TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NUMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PAGO A OTROS RIESGOS	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
14-23	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A	1		$ 0	$ 0		$ 0	$ 9.200	$ 9.200	$ 0	$ 0	$ 9.200
SUBTOTALES:									**$ 9.200**	**$ 0**	**$ 0**	**$ 9.200**

LIQUIDACION DETALLADA APORTES

DATOS DEL COTIZANTE										NOVEDADES																
Nº	IDENTIFICACIÓN	NOMBRES	TIPO COTIZANTE	SUBTIPO COTIZANTE	SALARIO BÁSICO	TIPO DE SALARIO	COLOMBIANO	EXTRANJERO	REFORMA TRIBUTARIA	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP
1	CC 1006440881	RIOS CONTRERAS EMILI DANERIS	INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS		$ 1.750.905				NO																	

Nº	SEGURIDAD SOCIAL																				
	PENSIÓN										SALUD						ARP				
	ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	FSP SUBSISTENCIA	FSP SOLIDARIDAD	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADO	INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APORTE	ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	TOTAL APORTE	ADMIN	DÍAS COT	IBC	CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APORTE
1	230301-PORVENIR	30	$ 1.750.905	$ 280.200	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 280.200	ESSC24-COOSALUD ESS	30	$ 1.750.905	$ 218.900	$ 0	$ 218.900	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A	30	$ 1.750.905	100644088	$ 9.200

Nº	PARAFISCALES							
	DÍAS COT	IBC	CCF ADMIN	CCF TOTAL APORTE	SENA TOTAL APORTE	ICBF TOTAL APORTE	ESAP TOTAL APORTE	MINEDU TOTAL APORTE
1		$ 0		$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0

TOTAL PAGADO: $ 508.300

755

FUNGES

FUNDACIÓN GESTIÓN SOCIAL "FUNGES"
GESTIÓN COMPROBADA
NIT. 900556022-3

CONSERJE No. 1

Dirección: Calle 3 No. 7-28 Barrio El Manguito
Teléfono: 3208639029
gestionsocialfunges@gmail.com
Puerto Rondón – Arauca

FUNGES
Gestión Comprobada

FUNDACIÓN GESTIÓN SOCIAL "FUNGES"
GESTIÓN COMPROBADA
NIT. 900556022-3

CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS No. 09 DE 2026

CONTRATANTE: FUNDACIÓN GESTIÓN SOCIAL – FUNGES
NIT: 900.556.022-3
REPRESENTANTE LEGAL: GUSTAVO ALEXIS SARMIENTO
C.C.: 96.194.978 expedida en Tame
CONTRATISTA: RIGOBERTO VAQUIRO CHAGUALA
C.C.: 17.546.862 expedida en Tame
OBJETO: Prestación de servicios como Conserje en el Centro de Bienestar del Adulto Mayor (CBAM).
UBICACIÓN: Municipio de Tame – Arauca
VALOR TOTAL: TRECE MILLONES DOSCIENTOS TREINTA MIL PESOS M/CTE ($13.230.000)
VALOR MENSUAL: UN MILLÓN OCHOCIENTOS NOVENTA MIL PESOS M/CTE ($1.890.000)
PLAZO: Siete (07) meses
FECHA DE INICIO: 18 de febrero de 2026
FECHA DE TERMINACIÓN: 17 de septiembre de 2026

Entre los suscritos GUSTAVO ALEXIS SARMIENTO, identificado con cédula de ciudadanía No. 96.194.978 expedida en Tame, quien actúa en calidad de Representante Legal de la FUNDACIÓN GESTIÓN SOCIAL – FUNGES, identificada con NIT 900.556.022-3, quien para efectos del presente contrato se denominará EL CONTRATANTE, y por la otra parte RIGOBERTO VAQUIRO CHAGUALA, identificado con cédula de ciudadanía No. 17.546.862 expedida en Tame, quien actúa en nombre propio y para efectos del presente contrato se denominará EL CONTRATISTA, ambos mayores de edad y con capacidad para contratar, han acordado celebrar el presente Contrato de Prestación de Servicios, el cual se regirá por las siguientes cláusulas.

CONSIDERACIONES:

Que, para la prestación de servicios como Conserje en el Centro de Bienestar del Adulto Mayor (CBAM) mediante el Convenio de Asociación No. 002 de 2026 cuyo objeto es "*DESARROLLAR EL PROGRAMA DE ATENCIÓN INTEGRAL A LA PERSONA MAYOR DEL MUNICIPIO DE TAME – DEPARTAMENTO DE ARAUCA*" suscrito entre la FUNDACIÓN GESTIÓN SOCIAL - FUNGES y el MUNICIPIO DE TAME, se hace necesaria la contratación de una persona que cumpla con los requisitos exigidos para desempeñar dichas actividades.
Debido a lo anterior, las partes acuerdan celebrar el presente contrato de conformidad con las siguientes cláusulas:

PRIMERA: Objeto del contrato. El CONTRATISTA se obliga para con el CONTRATANTE, de manera independiente y sin que exista subordinación o relación laboral alguna, a prestar sus servicios como Conserje en el Centro de Bienestar del Adulto Mayor (CBAM), realizando actividades de control de ingreso y salida de visitantes, vigilancia básica de las instalaciones, cuidado de zonas verdes y apoyo en la disposición de residuos, contribuyendo al adecuado funcionamiento del centro y al bienestar de los adultos mayores. Como contraprestación, el CONTRATANTE pagará al CONTRATISTA los honorarios establecidos en el presente contrato.

SEGUNDA: Plazo de Ejecución. El término de duración del presente contrato será de siete (07) meses, contados a partir del 18 de febrero de 2026 hasta el 17 de septiembre de 2026, plazo dentro del cual el CONTRATISTA ejecutará las actividades propias del objeto contractual.

TERCERA: Valor. El valor total del presente contrato es la suma de TRECE MILLONES DOSCIENTOS TREINTA MIL PESOS M/CTE ($13.230.000), suma que será pagada por el CONTRATANTE al CONTRATISTA a título de honorarios, de acuerdo con la forma de pago establecida en el presente contrato y previa certificación de cumplimiento por parte del supervisor.

CUARTA. Forma de Pago. El valor del presente contrato será pagado por el CONTRATANTE al CONTRATISTA mediante siete (07) pagos mensuales vencidos, cada uno por valor de UN MILLÓN OCHOCIENTOS NOVENTA MIL PESOS M/CTE ($1.890.000), previa verificación del cumplimiento de las actividades contractuales por parte del CONTRATANTE y acreditación del pago de los aportes al Sistema de Seguridad Social Integral conforme a la normatividad vigente.

Parágrafo. Los pagos establecidos en el presente contrato estarán sujetos a la disponibilidad y desembolso efectivo de los recursos provenientes del Convenio de Asociación No. 002 de 2026 suscrito entre la FUNDACIÓN GESTIÓN SOCIAL – FUNGES y el Municipio de Tame.

QUINTA: Seguridad Social. El CONTRATISTA declara que realizará de manera independiente los aportes al Sistema de Seguridad Social Integral en salud, pensión y riesgos laborales, de conformidad con la normatividad vigente en Colombia. Para efectos del pago de los honorarios pactados en el presente contrato, el CONTRATISTA deberá acreditar el pago de dichos aportes correspondientes al período ejecutado.

SEXTA: Subcontratación. El CONTRATISTA no podrá ceder ni subcontratar total o parcialmente la ejecución del objeto del presente contrato sin la autorización previa, expresa y escrita del CONTRATANTE.

Parágrafo. En todo caso, el CONTRATISTA será el único responsable por la correcta ejecución de las actividades contratadas y mantendrá indemne al CONTRATANTE frente a cualquier reclamación, demanda o acción legal que pudiera presentarse con ocasión de la ejecución del presente contrato.

SÉPTIMA: Obligaciones Del Contratista. El CONTRATISTA se obliga a ejecutar el Objeto del Contrato, razón por la cual tendrá las siguientes obligaciones:

1. Realizar el control del ingreso y egreso de visitantes y del personal que desarrolla actividades en el Centro de Bienestar del Adulto Mayor (CBAM), verificando el documento de identidad y registrando la información correspondiente en el libro de bitácora.
2. Realizar recorridos de control y vigilancia por las instalaciones del CBAM, especialmente en horario nocturno, con el fin de garantizar la seguridad del lugar.
3. Implementar controles para la protección de los bienes del centro, verificando y registrando los elementos o equipos que ingresen o salgan de las instalaciones.
4. Realizar el mantenimiento básico y cuidado de las zonas verdes al interior y exterior del CBAM.
5. Permanecer atento a cualquier novedad relacionada con los adultos mayores, informando oportunamente al personal responsable para garantizar su seguridad y bienestar.
6. Cumplir con el cronograma establecido para la disposición y eliminación de residuos y reciclaje.
7. Informar oportunamente al coordinador o supervisor del contrato cualquier novedad relacionada con la seguridad de las instalaciones o el funcionamiento del centro.
8. Las demás actividades que le sean asignadas por el supervisor del contrato y que sean inherentes al objeto de este.

Parágrafo 1: El CONTRATISTA ejecutará el objeto del presente contrato con plena autonomía técnica, administrativa y operativa, utilizando sus propios medios, recursos y conocimientos, sin que exista subordinación o dependencia respecto de EL CONTRATANTE; en consecuencia, el CONTRATISTA asumirá bajo su exclusiva responsabilidad los riesgos, gastos y obligaciones derivados de la ejecución del contrato.

Parágrafo 2: El CONTRATISTA además de las obligaciones del contrato deberá: 1. Obrar con seriedad y diligencia en el servicio contratado, 2. Presentar evidencias o soportes de las actividades realizadas, tales como registros, formatos o material fotográfico, cuando sean requeridos por el CONTRATANTE, 3. Atender las solicitudes y recomendaciones que haga el CONTRATANTE o sus delegados, con la mayor prontitud. 4. Permitir que el CONTRATANTE o un delegado haga visitas a las instalaciones del CONTRATISTA o el sitio que esté desarrollando las actividades. 5. Pago de los aportes al Sistema de Seguridad Social en salud, pensión y riesgos laborales, conforme a la normatividad vigente.

OCTAVA: Obligaciones del CONTRATANTE: Además de las obligaciones propias del contrato de prestación de servicios, el CONTRATANTE se compromete a suministrar al CONTRATISTA la información necesaria para el desarrollo de las actividades objeto del contrato, facilitar la coordinación con el personal del Centro de Bienestar del Adulto Mayor (CBAM) y efectuar el pago de los honorarios en los términos establecidos en el presente contrato.

NOVENA. Supervisión. El CONTRATANTE o su representante supervisará la ejecución del servicio encomendado y podrá formular las observaciones del caso para ser analizadas en conjunto con el CONTRATISTA.

DÉCIMA: Terminación anticipada. Cualquiera de las partes podrá dar por terminado el presente contrato antes del vencimiento del plazo pactado, mediante comunicación escrita dirigida a la otra parte. En todo caso, el CONTRATANTE podrá darlo por terminado de manera unilateral cuando se presenten circunstancias que afecten la ejecución del objeto contractual, por incumplimiento de las obligaciones del CONTRATISTA o por terminación o modificación del convenio que da origen al presente contrato.

DÉCIMA PRIMERA: Independencia. El CONTRATISTA actuará por su cuenta, con autonomía y sin que exista relación laboral ni subordinación con el CONTRATANTE. Sus derechos se limitarán por la naturaleza del contrato a exigir el cumplimiento de las obligaciones del CONTRATANTE y el pago oportuno de su remuneración fijada en este documento.

DÉCIMA SEGUNDA: Inexistencia de relación laboral. Las partes dejan expresa constancia de que el presente contrato es de naturaleza civil y no genera relación laboral alguna entre el CONTRATANTE y el CONTRATISTA. En consecuencia, el CONTRATISTA actuará con plena autonomía técnica y administrativa en la ejecución de las actividades contratadas y no tendrá derecho al reconocimiento de salarios, prestaciones sociales, indemnizaciones laborales ni demás derechos propios de un contrato de trabajo.

DÉCIMA TERCERA. Cesión. El CONTRATISTA no podrá ceder parcial ni totalmente la ejecución del presente contrato a un tercero sin la previa, expresa y escrita autorización del CONTRATANTE.

DÉCIMA CUARTA: Solución de conflictos. Se acuerda que, de presentarse un conflicto entre las partes, en el marco del presente contrato, las partes deberán acudir en primera instancia a un centro de conciliación certificado.

DÉCIMA QUINTA: Modificaciones. Toda modificación, variación adición o prórroga del presente contrato, deberá constar por escrito, mediante OTRO SÍ, que suscribirán con la firma ambas partes contratantes.

DÉCIMA SEXTA: Domicilio contractual. Para el presente contrato se establece como domicilio contractual el municipio de Tame.

DÉCIMA SÉPTIMA: Declaración del CONTRATISTA. El CONTRATISTA declara bajo la gravedad de juramento que conoce la naturaleza jurídica del presente contrato de prestación de servicios y manifiesta que lo celebra con plena autonomía técnica, administrativa y financiera, sin que exista subordinación ni dependencia respecto del CONTRATANTE. En consecuencia, reconoce que no se genera vínculo laboral alguno ni derecho al pago de prestaciones sociales, indemnizaciones o beneficios propios de un contrato de trabajo. Así mismo, declara que asume de manera independiente las obligaciones tributarias, de seguridad social y demás cargas legales derivadas de la ejecución del presente contrato.

Para constancia, se firma en el municipio de Tame, Arauca, a los dieciocho (18) días del mes de febrero de 2026.

EL CONTRATANTE,

GUSTAVO ALEXIS SARMIENTO
C.C. 96.194.978 expedida en Tame
Representante Legal
FUNDACIÓN GESTIÓN SOCIAL – FUNGES

EL CONTRATISTA,

Rigoberto Vaquiro

RIGOBERTO VAQUIRO CHAGUALA
C.C. 17.546.862 expedida en Tame

759

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

nueva eps

24 2 2026

X X X X X

VAQUIRO CHAGUALA RIGOBERTO

CC - Cédula de Ciudadanía 17546862 X X

COLOMBIANO COLOMBIA ARAUCA TAME 27 8 1960

6 SI NO X NO X SURA

PORVENIR 1890000 3212171794

CALLE 9 # 14 - 84 Barrio la Esperanza rigovertovaquiro@gmail.com ARAUCA

TAME X 10855

VAQUIRO CHAGUALA RIGOBERTO

CC - Cédula de Ciudadanía 17546862 X X

27 8 1960 18 2 2026

rigoberto vaquiró

nueva eps

Recibido por 24 2 2026

- ORIGINAL: E.P.S. -

ENTREGA CARTA DE DERECHOS Y DEBERES Y CARTA DE DESEMPEÑO

nueva eps

Autorización de mensajes de texto.

Yo RIGOBERTO VAQUIRO CHAGUALA identificado (a) con CC - Cédula de Ciudadanía número 17546862 de COLOMBIA, certifico que:

1	¿Previo al diligenciamiento del formulario de afiliación, la EPS le hizo entrega de la carta de derechos y deberes del afiliado y del paciente?	SI X No☐
2	¿Previo al diligenciamiento del formulario de afiliación, la EPS le hizo entrega de la carta de desempeño donde se presenta de manera clara su puesta en el servicio?	SI X No☐
3	¿Leyó el contenido de la carta de derechos y deberes del afiliado y del paciente?	SI X No☐
4	¿Leyó el contenido de la carta de desempeño de la EPS?	SI X No☐
5	¿Si bien alguna duda sobre el contenido de la información, fue asesorado adecuadamente por la EPS?	SI X No☐

Así mismo autorizo a NUEVA EPS, para que envíe información al teléfono celular No. _____ y/o correo electrónico: _____

SI☐ No☐

Autorizo la entrega de la carta de Derechos y Deberes del Afiliado y carta de Desempeño, en formato electrónico. SI☐ No☐

Consulta la carta de derechos y deberes y la carta de desempeño en el siguiente link: https://www.nuevaeps.com.co/carta-de-derechos-deberes

Evitando impresiones para ser amigable con el planeta. SI ☐ NO ☐

Cordialmente,

Firma: Rigoberto Vaquiro

Tipo ID: CC - Cédula No. ID: 17546862

Fecha de Solicitud: 24 2 2026

Dirección: CALLE 9 # 14 - 84 Barrio la Esperanza

Tel: 3212171794 Municipio: TAME

Departamento: ARAUCA

Huella

Afiliado manifiesta que no sabe o no puede firmar, autoriza a:

Firma: _____

Tipo ID: _____ No. ID: _____

Fecha (dd/mm/aaaa): _____

Dirección: _____

Tel: _____ Municipio: _____

Departamento: _____

Huella

Manifiesto haber leído la información de Carta de Derechos y Deberes Independiente, el cual he leído y he entendido de manera clara y precisa, previo a firmarlo, doy autorización con el tratamiento de mis datos de acuerdo con lo establecido en la NUEVA EPS S.A. actualizada a la política de tratamiento de datos personales de la NUEVA EPS S.A.

Declaración Juramentada de Conocimiento de Deberes que asumo: Así lo hice (hicimos) _____ identificado(s) con _____ No. _____ de _____ a los _____ días del mes _____ del año _____.

Autorizaciones

En virtud de la anterior certificación, autorizo expresamente y conforme a lo dispuesto en los artículos 14 y 15 de la Ley 527 de 1999 a NUEVA EPS S.A. para que me remita información en forma de mensajes de datos, a través de mensajería de texto, email, chat, mensajes de voz, correos electrónicos y redes sociales, relacionada con los servicios de NUEVA EPS S.A. y la carta de derechos y deberes.

Autorizo de manera expresa a NUEVA EPS S.A. y/o a la persona natural o jurídica a quien esta encargue, para que recopile, almacene, use, haga circular, actualice o suprima mis datos personales, para atender a los servicios de la NUEVA EPS S.A. y para el cumplimiento de la carta de derechos y deberes.

Aviso de privacidad

Hago constar, especialmente que NUEVA EPS S.A. me informó sobre los siguientes derechos que me asisten como titular de datos personales:

* Acceder a mis datos personales que hayan sido objeto de tratamiento conforme a lo dispuesto en la Ley 1581 de 2012 y las demás normas que la modifiquen, adicionen o complementen.
* Conocer, actualizar y rectificar mis datos personales frente al responsable del tratamiento y al encargado del tratamiento. Este derecho se podrá ejercer, entre otros datos, en relación con datos parciales, inexactos, incompletos, fraccionados, que induzcan a error, o aquellos datos cuyo tratamiento esté expresamente prohibido o no haya sido autorizado.
* Solicitar prueba de la autorización otorgada al responsable del tratamiento salvo cuando expresamente se exceptúe como requisito para el tratamiento, de conformidad con lo previsto en el artículo 10 de la Ley 1581 de 2012.
* Ser informado por el responsable del tratamiento o el encargado del tratamiento, previa solicitud, con respecto del uso que le ha dado a los datos personales.
* Presentar ante la Superintendencia de Industria y Comercio quejas por infracciones a lo dispuesto en la Ley 1581 de 2012 y las demás normas que la modifiquen, adicionen o complementen.
* Revocar la autorización y/o solicitar la supresión del dato cuando en el tratamiento no se respetan los principios, derechos y garantías constitucionales y legales. La revocatoria y/o supresión procederá cuando la Superintendencia de Industria y Comercio haya determinado que en el tratamiento el responsable o encargado han incurrido en conductas contrarias a esta ley y a la constitución.

En cumplimiento de la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013 y las demás normas que las modifiquen, adicionen o complementen, le informamos que usted puede conocer la política de tratamiento de los datos personales de NUEVA EPS S.A., a través de los siguientes mecanismos que ponemos a su disposición:

Sitio web: www.nuevaeps.co

Régimen Contributivo:
Línea Gratuita: **01 8000 954400**
Línea de atención en Bogotá: **(601) 307 7022**

Régimen Subsidiado:
Línea Gratuita: **01 8000 95 2000**
Línea de atención en Bogotá: **(601) 307 7051**

Oficinas de atención al afiliado de NUEVA EPS S.A.
Conmutador: **(601) 413 3000**
Dirección Administrativa: Carrera 85k No. 46A - 66 Piso 2

Ser por adelantado, la información por usted suministrada en este formato, así como la relacionada en el formulario de afiliación y/o demás documentos anexos serán utilizados por NUEVA EPS S.A. como responsable del tratamiento de la información únicamente para los fines específicos relacionados con la administración y prestación de servicios en salud de Plan Obligatorio de Salud de acuerdo con la Ley 1581 de 2012 ("Habeas Data"), dicho tratamiento podrá incluir la transferencia, transmisión y/o recepción de los datos y el cual se realizará a través de sí misma, terceros encargados de tratamiento de información o de sus aliados comerciales, para fines comerciales y para la correcta prestación del servicio, de la forma indicada en los Términos y Condiciones de cada uno de sus portales y de la Política de Confidencialidad y Protección de Datos.

INFORMACIÓN PARA SER DILIGENCIADA POR EL TRABAJADOR INDEPENDIENTE CUYO INGRESO SEA IGUAL O SUPERIOR A 1 SMMLV

ACTIVIDAD ECONÓMICA	ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES	ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES	INGRESO BASE DE COTIZACIÓN	POSEE VIVIENDA PROPIA	PROMOTOR ASESOR-EMPRESA
4759	SURA	PORVENIR	$ 1890000	SI ☐ NO X	SI ☐ NO X

Nivel de Responsabilidad											
	Regional	☐	Seccional	☐	Subsidiaria	☐	Profesional	☐	Ocasional	☐	
	Dirección	☐	Unidad Administrativa Especial Sin Personería Jurídica	☐	Tercer Profesional	☐	Representante	☐	Tiempo Completo	☐	
	Sector Privado	☐	Entidad Pública Con Personería Jurídica	☐	Independiente	☐	Directivo	☐	Ocasional	11	

Posición Ocupacional	Patrón Empleador	☐	Contratista	☐	Trabaja por su Cuenta	X
Inicio Contrato 24 2 2026			Fin Contrato			

SEGÚN DECRETO 1990 DE 1994 ARTÍCULO 5 PARÁGRAFO 1 "LOS INGRESOS MENSUALES DE INDEPENDIENTES SE ESTIMARÁN EN UN VEINTE (20) POR CIENTO (20%) DEL VALOR DEL PATRIMONIO BRUTO, SIEMPRE QUE ESTE SEA SUPERIOR A CIEN (100) SALARIOS MÍNIMOS MENSUALES VIGENTES, EN EL MES A COTIZAR, DEL CUAL SE DEDUCIRÁ EL VALOR DE LOS PASIVOS, EL RESULTADO SE DIVIDIRÁ EN DOCE (12) MESES".

NOS O DILIGENCIAR SI ES COTIZANTE INDEPENDIENTE PAGO POR TERCERO	Nombre del Tercero	Tipo de Identificación	Identificación del Tercero que realiza el Aporte	DV

INFORMACIÓN PARA SER DILIGENCIADA POR LA EPS

Nombre del ASESOR o PROMOTOR	Código ASESOR o PROMOTOR	Nombre de OFICINA	BOGOTA
ELSA FLOREZ	A1380	PEPE SIERRA	24 / 2 / 2026

FIRMA Y HUELLA

POSITIVA

CER_AFI_2026021108500

LA GERENCIA DE AFILIACIONES Y NOVEDADES

CERTIFICA QUE:

RIGOBERTO VAQUIRO CHAGUALA identificado con CC. 17546862 registra la siguiente información en el ramo de Riesgos Laborales:

INFORMACIÓN DEL CONTRATANTE	
Nombres y/o Razón	FUNDACION GESTION SOCIAL
Tipo y Numero de Documento	NI - 900556022

INFORMACIÓN RELACIÓN LABORAL			
Fecha de inicio de cobertura	2026/03/04	**Fecha inicio contrato**	2026/02/18
Tipo de vinculación	Independiente con Contrato	**Fecha de fin contrato**	2026/09/17
Riesgo	1	**Código actividad económica**	1881001 - Actividades de asistencia social sin alojamiento para personas mayores y discapacitadas, incluye los servicios
Estado afiliación	Activa		
Fecha retiro	-	**Estado del contrato**	Activa

Esta certificación se expide a los 3 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: **CC03032026R17546862C11932492.** Este código es válido por un mes.

Cordialmente,

Gerencia de afiliaciones y novedades ARL

POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S. A.

HECTOR JAVIER VAGEON GALVIS
CONTADOR PÚBLICO
UNIVERSIDAD COOPERATIVA DE COLOMBIA
ESPECIALISTA EN REVISORIA FISCAL Y AUDITORIA EXTERNA

CERTIFICACION

El suscripto Contador Público ***HECTOR JAVIER VAGEON GALVIS*** *Identificado con cedula de ciudadanía N° 1.116.853.441 de Arauca certifica Que el señor, RIGOBERTO VAQUIRO CHAGUALA, identificado con Cedula de ciudadanía No 17.546.862 expedida en Tame - Arauca, de profesión empleado, con domicilio en la Cll 9 # 14 - 84 barrio Esperanza, Municipio de Tame, departamento de Arauca. Celular 3212171794.*

en el régimen de ahorro individual con solidaridad la norma que regula la exclusión del deber de cotizar a pensión es el artículo 61 de la Ley 100 de 1993, Teniendo en cuenta lo anterior, no se debe efectuar descuento alguno por concepto de aportes a pensión porque ya cumplieron la edad de vejez.

Este documento se expide basado en la ley 100 de 1993 municipio de Tame, el 04 de mayo de 2026.

HECTOR JAVIER VAGEON GALVIS
CONTADOR PUBLICO
T.P 180344-T

ASESORÍAS TRIBUTARIAS, CONTABLES, SANEAMIENTO CONTABLE
CALLE 17 # 12-93
CELULAR 316-339-9904
CORREO. HECTORJAVIER158@HOTMAIL.COM

UNIDAD ADMINISTRATIVA ESPECIAL **JUNTA CENTRAL DE CONTADORES**

Certificado No:

B008 4029 BEC5 A9FD

LA REPUBLICA DE COLOMBIA

MINISTERIO DE COMERCIO, INDUSTRIA Y TURISMO

UNIDAD ADMINISTRATIVA ESPECIAL

JUNTA CENTRAL DE CONTADORES

CERTIFICA A:
QUIEN INTERESE

Que el contador público **HECTOR JAVIER VAGEON GALVIS** identificado con CÉDULA DE CIUDADANÍA No 1116853441 de ARAUCA (ARAUCA) Y Tarjeta Profesional No 180344-T SI tiene vigente su inscripción en la Junta Central de Contadores y desde la fecha de Inscripción.

NO REGISTRA ANTECEDENTES DISCIPLINARIOS **********
****
****

Dado en BOGOTA a los 6 días del mes de Marzo de 2026 con vigencia de (3) Meses, contados a partir de la fecha de su expedición.

SANDRA MILENA BARRIOS PULIDO
DIRECTOR GENERAL

ESTE CERTIFICADO DIGITAL TIENE PLENA VALIDEZ DE CONFORMIDAD CON LO ESTABLECIDO EN EL ARTICULO 2 DE LA LEY 527 DE 1999, DECRETO UNICO REGLAMENTARIO 1074 DE 2015 Y ARTICULO 6 PARAGRAFO 3 DE LA LEY 962 DEL 2005

Para confirmar los datos y veracidad de este certificado, lo puede consultar en la página web www.jcc.gov.co digitando el número del certificado

FUNDACION GESTION SOCIAL
Nit 900.556.022-3
CALLE 3 7 28 URB LOS MANGOS
Tel: (607) 3208639029
Tame - Colombia

Documento soporte por compras a sujetos no obligados a facturar
No. DSF 263

Proveedor	RIGOBERTO VAQUIRO CHAGUALA		
Nit	17.546.862-8	**Teléfono**	(607) 0000000 - Ext. 000
Dirección	Calle 9ª # 14-84	**Ciudad**	Tame - Colombia

Fecha de compra	Fecha de Vencimiento
2026-04-01	--

Ítem	Descripción	Cantidad	Vr. Unitario	Vr. Total
1	Prestación de los servicios como Conserje en el Centro de Bienestar del Adulto Mayor (CBAM) del Municipio de Tame, correspondiente al período comprendido entre el 18 de febrero y el 17 de marzo de 2026, en el marco de la ejecución del Convenio de Asociación No. 002 de 2026	1.00	1,890,000.00	1,890,000.00

Valor en Letras:
Un millón ochocientos noventa mil pesos m/cte

Condiciones de Pago:
Efectivo $ 1,890,000.00

Total Bruto	1,890,000.00
Total a Pagar	1,890,000.00

Observaciones:

A este Documento se le aplican las normas relativas del Documento Soporte en adquisidores efectuadas a sujetos no obligados a facturar (Resolución 167 de 30 de diciembre de 2021).
Número Autorización 18764102291617 aprobado en 20251129 prefijo DSF desde el número 201 al 600 Vigencia: Vigencia: 24 meses.

CUDS: aa7f0b7bc7fa5030de0b0377ec00b736cf74acdbc0c57658d98c3af4938b9381792f1e53f17e503524aad1aa74b58690

Elaborado por Siigo S.A.S Nit: 830.048.145-8

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

Banco de Bogotá

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CÉDULA DE CIUDADANÍA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	17546862
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			RIGOBERTO VAQUIRO CHAGUALO
CIUDAD/MUNICIPIO:	TAME	DEPARTAMENTO:	ARAUCA
DIRECCIÓN:	CLL 21 A 11-26	TELÉFONO:	3213694
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Comercio al por mayor de computadores, equipo per
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:	1113439826	TIPO DE PLANILLA:	I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES febrero AÑO 2026	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES febrero AÑO 2026
DÍAS DE MORA:	0		
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):	2026/03/06	NÚMERO AUTORIZACIÓN:	246331

TOTAL APORTES A SALUD

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD		LICENCIA MATERNIDAD		SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN		MORA		TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
EPS041	NUEVA EPS CM	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 94.900	$ 0	$ 0	$ 0	$ 94.900	$ 0	$ 0	$ 94.900
SUBTOTALES:													**$ 94.900**	**$ 0**	**$ 0**	**$ 94.900**

TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD IRP			SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN	TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PAGO A OTROS RIESGOS	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
14-23	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A	1		$ 0	$ 0		$ 0	$ 4.000	$ 4.000	$ 0	$ 0	$ 4.000
SUBTOTALES:									**$ 4.000**	**$ 0**	**$ 0**	**$ 4.000**

LIQUIDACION DE TALLADA APORTES

DATOS DEL COTIZANTE										NOVEDADES																
Nº	IDENTIFICACIÓN	NOMBRES	TIPO COTIZANTE	SUBTIPO COTIZANTE	SALARIO BÁSICO	TIPO DE SALARIO	COLOMBIANO	EXTRANJERO	REFORMA TRIBUTARIA	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP
1	CC 17546862	VAQUIRO CHAGUALA RIGOBERTO	INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS	NO OBLIG COT PENS EDAD	$ 1.750.905				NO	18																

	SEGURIDAD SOCIAL																				
	PENSIÓN									SALUD						ARP					
	ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	FSP		APORTES VOLUNTARIOS		INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APORTE	ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	TOTAL APORTE	ADMIN	DÍAS COT	IBC	CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APORTE
Nº					SUBSISTENCIA	SOLIDARIDAD	EMPLEADOR	EMPLEADO													
1			$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0		$ 0	NUEVA EPS CM	13	$ 758.726	$ 94.900	$ 0	$ 94.900	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A	13	$ 758.726	17546862	$ 4.000

	PARAFISCALES							
			CCF		SENA	ICBF	ESAP	MINEDU
Nº	DÍAS COT	IBC	ADMIN	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE
1		$ 0		$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0

TOTAL PAGADO: $ 98.900

265

FUNDACION GESTION SOCIAL
Nit 900.556.022-3
CALLE 3 7 28 URB LOS MANGOS
Tel: (607) 3208639029
Tame - Colombia

Documento soporte por compras a sujetos no obligados a facturar
No. DSF 277

Proveedor	RIGOBERTO VAQUIRO CHAGUALA		
Nit	17.546.862-8	**Teléfono**	(607) 0000000 - Ext. 000
Dirección	Calle 9ª # 14-84	**Ciudad**	Tame - Colombia

Fecha de compra	Fecha de Vencimiento
2026-04-17	--

Ítem	Descripción	Cantidad	Vr. Unitario	Vr. Total
1	Prestación de los servicios como Conserje en el Centro de Bienestar del Adulto Mayor (CBAM) del Municipio de Tame, correspondiente al período comprendido entre el 18 de marzo y el 17 de abril de 2026, en el marco de la ejecución del Convenio de Asociación No. 002 de 2026	1.00	1,890,000.00	1,890,000.00

Valor en Letras:
Un millón ochocientos noventa mil pesos m/cte

Condiciones de Pago:
Efectivo $ 1,890,000.00

Total Bruto	1,890,000.00
Total a Pagar	1,890,000.00

Observaciones:

A este Documento se le aplican las normas relativas del Documento Soporte en adquisidores efectuadas a sujetos no obligados a facturar (Resolución 167 de 30 de diciembre de 2021).
Número Autorización 18764102291617 aprobado en 20251129 prefijo DSF desde el número 201 al 600 Vigencia: Vigencia: 24 meses.

CUDS: adc7c7576c6006120755e0c295f1ac6d0c21797db9320743c14e5bb1de8d145fbc420c285fa1974c95d12ab1fd5a6655

Elaborado por Siigo S.A.S Nit. 830.048.145-8

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

Banco de Bogotá

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CÉDULA DE CIUDADANÍA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	17546862
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			RIGOBERTO VAQUIRO CHAGUALO
CIUDAD/MUNICIPIO:	TAME	DEPARTAMENTO:	ARAUCA
DIRECCIÓN:	CLL 21 A 11-26	TELÉFONO:	3213694
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Comercio al por mayor de computadores, equipo per
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:			1113617430	TIPO DE PLANILLA:			I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES	marzo AÑO	2026	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES	marzo AÑO	2026
DÍAS DE MORA:			0				
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):			2026/04/09	NÚMERO AUTORIZACIÓN:			691655

TOTAL APORTES A SALUD

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD		LICENCIA MATERNIDAD		SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN		MORA		TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
EPS041	NUEVA EPS CM	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 218.900	$ 0	$ 0	$ 0	$ 218.900	$ 0	$ 0	$ 218.900
SUBTOTALES:													**$ 218.900**	**$ 0**	**$ 0**	**$ 218.900**

TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD IRP			SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN	TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NUMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PAGO A OTROS RIESGOS	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
14-23	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A	1		$ 0	$ 0		$ 0	$ 9.200	$ 9.200	$ 0	$ 0	$ 9.200
SUBTOTALES:									**$ 9.200**	**$ 0**	**$ 0**	**$ 9.200**

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

DATOS DEL COTIZANTE										NOVEDADES																		
Nº	IDENTIFICACIÓN	NOMBRES	TIPO COTIZANTE	SUBTIPO COTIZANTE	SALARIO BÁSICO	TIPO DE SALARIO	COLOMBIANO	EXTRANJERO	REFORMA TRIBUTARIA	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP		
1	CC 17546862	VAQUIRO CHAGUALA RIGOBERTO	INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS	NO OBLIG COT PENS EDAD	$ 1.750.905				NO	01																		

SEGURIDAD SOCIAL																					
PENSIÓN										SALUD						ARP					
ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	FSP		APORTES VOLUNTARIOS		INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APORTE	ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	TOTAL APORTE	ADMIN	DÍAS COT	IBC	CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APORTE	
				SUBSISTENCIA	SOLIDARIDAD	EMPLEADOR	EMPLEADO														
		$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0		$ 0	NUEVA EPS CM	30	$ 1.750.905	$ 218.900	$ 0	$ 218.900	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A	30	$ 1.750.905	17546862	$ 9.200	

PARAFISCALES							
DÍAS COT	IBC	CCF		SENA	ICBF	ESAP	MINEDU
		ADMIN	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE
	$ 0		$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0

TOTAL PAGADO: $ 228.100

2026/04/09 10:25 AM USUARIO: SOI CC17546862

FUNDACION GESTION SOCIAL
Nit 900.556.022-3
CALLE 3 7 28 URB LOS MANGOS
Tel: (607) 3208639029
Tame - Colombia

Documento soporte por compras a sujetos no obligados a facturar
No. DSF 294

Proveedor	RIGOBERTO VAQUIRO CHAGUALA		
Nit	17.546.862-8	**Teléfono**	(607) 0000000 - Ext. 000
Dirección	Calle 9ª # 14-84	**Ciudad**	Tame - Colombia

Fecha de compra	Fecha de Vencimiento
2026-05-19	--

Ítem	Descripción	Cantidad	Vr. Unitario	Vr. Total
1	Prestación de los servicios como Conserje en el Centro de Bienestar del Adulto Mayor (CBAM) del Municipio de Tame, correspondiente al período comprendido entre el 18 de abril y el 17 de mayo de 2026, en el marco de la ejecución del Convenio de Asociación No. 002 de 2026	1.00	1,890,000.00	1,890,000.00

Valor en Letras:
Un millón ochocientos noventa mil pesos m/cte

Condiciones de Pago:
Efectivo $ 1,890,000.00

Total Bruto	1,890,000.00
Total a Pagar	1,890,000.00

Observaciones:

A este Documento se le aplican las normas relativas del Documento Soporte en adquisidores efectuadas a sujetos no obligados a facturar (Resolución 167 de 30 de diciembre de 2021).
Número Autorización 18764102291617 aprobado en 20251129 prefijo DSF desde el número 201 al 600 Vigencia: Vigencia: 24 meses.

CUDS: add4d309631db0dd00a8401e3bfa86e277b9f09e81a0def458ff7d3fe88a95615469c4e5b884172de5ced9f2cc26b200

Elaborado por Siigo S.A.S Nit: 830.048.145-8

SOI
Bancolombia

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CÉDULA DE CIUDADANÍA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	17546862
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			RIGOBERTO VAQUIRO CHAGUALO
CIUDAD/MUNICIPIO:	TAME	DEPARTAMENTO:	ARAUCA
DIRECCIÓN:	CLL 21 A 11-26	TELÉFONO:	3213694
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Comercio al por mayor de computadores, equipo per
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:			**6017369563**	TIPO DE PLANILLA:			I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES	abril AÑO	2026	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES	abril AÑO	2026
DÍAS DE MORA:			0				
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):			2026/05/06	NÚMERO AUTORIZACIÓN:			284901622

TOTAL APORTES A SALUD

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD		LICENCIA MATERNIDAD		SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN		MORA		TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
EPS041	NUEVA EPS CM	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 218.900	$ 0	$ 0	$ 0	$ 218.900	$ 0	$ 0	$ 218.900
SUBTOTALES:													**$ 218.900**	**$ 0**	**$ 0**	**$ 218.900**

TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD IRP			SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN	TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PAGO A OTROS RIESGOS	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
14-23	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A	1		$ 0	$ 0		$ 0	$ 9.200	$ 9.200	$ 0	$ 0	$ 9.200
SUBTOTALES:									**$ 9.200**	**$ 0**	**$ 0**	**$ 9.200**

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

DATOS DEL COTIZANTE										NOVEDADES																
Nº	IDENTIFICACIÓN	NOMBRES	TIPO COTIZANTE	SUBTIPO COTIZANTE	SALARIO BÁSICO	TIPO DE SALARIO	COLOMBIANO	EXTRANJERO	REFORMA TRIBUTARIA	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP
1	CC 17546862	VAQUIRO CHAGUALA RIGOBERTO	INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS	NO OBLIG COT PENS EDAD	$ 1.750.905				NO																	

	SEGURIDAD SOCIAL									
	PENSIÓN									
					FSP		APORTES VOLUNTARIOS			
Nº	ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	SUBSISTENCIA	SOLIDARIDAD	EMPLEADOR	EMPLEADO	INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APORTE
1			$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0		$ 0

	SALUD						ARP				
Nº	ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	TOTAL APORTE	ADMIN	DÍAS COT	IBC	CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APORTE
1	NUEVA EPS CM	30	$ 1.750.905	$ 218.900	$ 0	$ 218.900	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A	30	$ 1.750.905	17546862	$ 9.200

	PARAFISCALES							
			CCF		SENA	ICBF	ESAP	MINEDU
Nº	DÍAS COT	IBC	ADMIN	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE
1		$ 0		$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0

TOTAL PAGADO:	**$ 228.100**

CONSERJE No. 2

FUNGES
Gestión Comprobada

FUNDACIÓN GESTIÓN SOCIAL "FUNGES"
GESTIÓN COMPROBADA
NIT. 900556022-3

CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS No. 10 DE 2026

CONTRATANTE: FUNDACIÓN GESTIÓN SOCIAL – FUNGES
NIT: 900.556.022-3
REPRESENTANTE LEGAL: GUSTAVO ALEXIS SARMIENTO
C.C.: 96.194.978 expedida en Tame
CONTRATISTA: BRAULIO TARIFA PEREZ
C.C.: 17.548.613 expedida en Tame
OBJETO: Prestación de servicios como Conserje en el Centro de Bienestar del Adulto Mayor (CBAM).
UBICACIÓN: Municipio de Tame – Arauca
VALOR TOTAL: TRECE MILLONES DOSCIENTOS TREINTA MIL PESOS M/CTE ($13.230.000)
VALOR MENSUAL: UN MILLÓN OCHOCIENTOS NOVENTA MIL PESOS M/CTE ($1.890.000)
PLAZO: Siete (07) meses
FECHA DE INICIO: 18 de febrero de 2026
FECHA DE TERMINACIÓN: 17 de septiembre de 2026

Entre los suscritos GUSTAVO ALEXIS SARMIENTO, identificado con cédula de ciudadanía No. 96.194.978 expedida en Tame, quien actúa en calidad de Representante Legal de la FUNDACIÓN GESTIÓN SOCIAL – FUNGES, identificada con NIT 900.556.022-3, quien para efectos del presente contrato se denominará EL CONTRATANTE, y por la otra parte BRAULIO TARIFA PEREZ, identificado con cédula de ciudadanía No. 17.548.613 expedida en Tame, quien actúa en nombre propio y para efectos del presente contrato se denominará EL CONTRATISTA, ambos mayores de edad y con capacidad para contratar, han acordado celebrar el presente Contrato de Prestación de Servicios, el cual se regirá por las siguientes cláusulas.

CONSIDERACIONES:

Que, para la prestación de servicios como Conserje en el Centro de Bienestar del Adulto Mayor (CBAM) mediante el Convenio de Asociación No. 002 de 2026 cuyo objeto es *"DESARROLLAR EL PROGRAMA DE ATENCIÓN INTEGRAL A LA PERSONA MAYOR DEL MUNICIPIO DE TAME – DEPARTAMENTO DE ARAUCA"* suscrito entre la FUNDACIÓN GESTIÓN SOCIAL - FUNGES y el MUNICIPIO DE TAME, se hace necesaria la contratación de una persona que cumpla con los requisitos exigidos para desempeñar dichas actividades.
Debido a lo anterior, las partes acuerdan celebrar el presente contrato de conformidad con las siguientes cláusulas:

PRIMERA: Objeto del contrato. El CONTRATISTA se obliga para con el CONTRATANTE, de manera independiente y sin que exista subordinación o relación laboral alguna, a prestar sus servicios como Conserje en el Centro de Bienestar del Adulto Mayor (CBAM), realizando actividades de control de ingreso y salida de visitantes, vigilancia básica de las instalaciones, cuidado de zonas verdes y apoyo en la disposición de residuos, contribuyendo al adecuado funcionamiento del centro y al bienestar de los adultos mayores. Como contraprestación, el CONTRATANTE pagará al CONTRATISTA los honorarios establecidos en el presente contrato.

SEGUNDA: Plazo de Ejecución. El término de duración del presente contrato será de siete (07) meses, contados a partir del 18 de febrero de 2026 hasta el 17 de septiembre de 2026, plazo dentro del cual el CONTRATISTA ejecutará las actividades propias del objeto contractual.

TERCERA: Valor. El valor total del presente contrato es la suma de TRECE MILLONES DOSCIENTOS TREINTA MIL PESOS M/CTE ($13.230.000), suma que será pagada por el CONTRATANTE al CONTRATISTA a título de honorarios, de acuerdo con la forma de pago establecida en el presente contrato y previa certificación de cumplimiento por parte del supervisor.

CUARTA. Forma de Pago. El valor del presente contrato será pagado por el CONTRATANTE al CONTRATISTA mediante siete (07) pagos mensuales vencidos, cada uno por valor de UN MILLÓN OCHOCIENTOS NOVENTA MIL PESOS M/CTE ($1.890.000), previa verificación del cumplimiento de las actividades contractuales por parte del CONTRATANTE y acreditación del pago de los aportes al Sistema de Seguridad Social Integral conforme a la normatividad vigente.

Parágrafo. Los pagos establecidos en el presente contrato estarán sujetos a la disponibilidad y desembolso efectivo de los recursos provenientes del Convenio de Asociación No. 002 de 2026 suscrito entre la FUNDACIÓN GESTIÓN SOCIAL – FUNGES y el Municipio de Tame.

QUINTA: Seguridad Social. El CONTRATISTA declara que realizará de manera independiente los aportes al Sistema de Seguridad Social Integral en salud, pensión y riesgos laborales, de conformidad con la normatividad vigente en Colombia. Para efectos del pago de los honorarios pactados en el presente contrato, el CONTRATISTA deberá acreditar el pago de dichos aportes correspondientes al período ejecutado.

SEXTA: Subcontratación. El CONTRATISTA no podrá ceder ni subcontratar total o parcialmente la ejecución del objeto del presente contrato sin la autorización previa, expresa y escrita del CONTRATANTE.

Parágrafo. En todo caso, el CONTRATISTA será el único responsable por la correcta ejecución de las actividades contratadas y mantendrá indemne al CONTRATANTE frente a cualquier reclamación, demanda o acción legal que pudiera presentarse con ocasión de la ejecución del presente contrato.

SÉPTIMA: Obligaciones Del Contratista. El CONTRATISTA se obliga a ejecutar el Objeto del Contrato, razón por la cual tendrá las siguientes obligaciones:

1. Realizar el control del ingreso y egreso de visitantes y del personal que desarrolla actividades en el Centro de Bienestar del Adulto Mayor (CBAM), verificando el documento de identidad y registrando la información correspondiente en el libro de bitácora.
2. Realizar recorridos de control y vigilancia por las instalaciones del CBAM, especialmente en horario nocturno, con el fin de garantizar la seguridad del lugar.
3. Implementar controles para la protección de los bienes del centro, verificando y registrando los elementos o equipos que ingresen o salgan de las instalaciones.
4. Realizar el mantenimiento básico y cuidado de las zonas verdes al interior y exterior del CBAM.
5. Permanecer atento a cualquier novedad relacionada con los adultos mayores, informando oportunamente al personal responsable para garantizar su seguridad y bienestar.
6. Cumplir con el cronograma establecido para la disposición y eliminación de residuos y reciclaje.
7. Informar oportunamente al coordinador o supervisor del contrato cualquier novedad relacionada con la seguridad de las instalaciones o el funcionamiento del centro.
8. Las demás actividades que le sean asignadas por el supervisor del contrato y que sean inherentes al objeto de este.

Parágrafo 1: El CONTRATISTA ejecutará el objeto del presente contrato con plena autonomía técnica, administrativa y operativa, utilizando sus propios medios, recursos y conocimientos, sin que exista subordinación o dependencia respecto de EL CONTRATANTE; en consecuencia, el CONTRATISTA asumirá bajo su exclusiva responsabilidad los riesgos, gastos y obligaciones derivados de la ejecución del contrato.

Parágrafo 2: El CONTRATISTA además de las obligaciones del contrato deberá: 1. Obrar con seriedad y diligencia en el servicio contratado, 2. Presentar evidencias o soportes de las actividades realizadas, tales como registros, formatos o material fotográfico, cuando sean requeridos por el CONTRATANTE, 3. Atender las solicitudes y recomendaciones que haga el CONTRATANTE o sus delegados, con la mayor prontitud. 4. Permitir que el CONTRATANTE o un delegado haga visitas a las instalaciones del CONTRATISTA o el sitio que esté desarrollando las actividades. 5. Pago de los aportes al Sistema de Seguridad Social en salud, pensión y riesgos laborales, conforme a la normatividad vigente.

OCTAVA: Obligaciones del CONTRATANTE: Además de las obligaciones propias del contrato de prestación de servicios, el CONTRATANTE se compromete a suministrar al CONTRATISTA la información necesaria para el desarrollo de las actividades objeto del contrato, facilitar la coordinación con el personal del Centro de Bienestar del Adulto Mayor (CBAM) y efectuar el pago de los honorarios en los términos establecidos en el presente contrato.

NOVENA. Supervisión. El CONTRATANTE o su representante supervisará la ejecución del servicio encomendado y podrá formular las observaciones del caso para ser analizadas en conjunto con el CONTRATISTA.

DÉCIMA: Terminación anticipada. Cualquiera de las partes podrá dar por terminado el presente contrato antes del vencimiento del plazo pactado, mediante comunicación escrita dirigida a la otra parte. En todo caso, el CONTRATANTE podrá darlo por terminado de manera unilateral cuando se presenten circunstancias que afecten la ejecución del objeto contractual, por incumplimiento de las obligaciones del CONTRATISTA o por terminación o modificación del convenio que da origen al presente contrato.

DÉCIMA PRIMERA: Independencia. El CONTRATISTA actuará por su cuenta, con autonomía y sin que exista relación laboral ni subordinación con el CONTRATANTE. Sus derechos se limitarán por la naturaleza del contrato a exigir el cumplimiento de las obligaciones del CONTRATANTE y el pago oportuno de su remuneración fijada en este documento.

DÉCIMA SEGUNDA: Inexistencia de relación laboral. Las partes dejan expresa constancia de que el presente contrato es de naturaleza civil y no genera relación laboral alguna entre el CONTRATANTE y el CONTRATISTA. En consecuencia, el CONTRATISTA actuará con plena autonomía técnica y administrativa en la ejecución de las actividades contratadas y no tendrá derecho al reconocimiento de salarios, prestaciones sociales, indemnizaciones laborales ni demás derechos propios de un contrato de trabajo.

DÉCIMA TERCERA. Cesión. El CONTRATISTA no podrá ceder parcial ni totalmente la ejecución del presente contrato a un tercero sin la previa, expresa y escrita autorización del CONTRATANTE.

DÉCIMA CUARTA: Solución de conflictos. Se acuerda que, de presentarse un conflicto entre las partes, en el marco del presente contrato, las partes deberán acudir en primera instancia a un centro de conciliación certificado.

DÉCIMA QUINTA: Modificaciones. Toda modificación, variación adición o prórroga del presente contrato, deberá constar por escrito, mediante OTRO SÍ, que suscribirán con la firma ambas partes contratantes.

DÉCIMA SEXTA: Domicilio contractual. Para el presente contrato se establece como domicilio contractual el municipio de Tame.

DÉCIMA SÉPTIMA: Declaración del CONTRATISTA. El CONTRATISTA declara bajo la gravedad de juramento que conoce la naturaleza jurídica del presente contrato de prestación de servicios y manifiesta que lo celebra con plena autonomía técnica, administrativa y financiera, sin que exista subordinación ni dependencia respecto del CONTRATANTE. En consecuencia, reconoce que no se genera vínculo laboral alguno ni derecho al pago de prestaciones sociales, indemnizaciones o beneficios propios de un contrato de trabajo. Así mismo, declara que asume de manera independiente las obligaciones tributarias, de seguridad social y demás cargas legales derivadas de la ejecución del presente contrato.

Para constancia, se firma en el municipio de Tame, Arauca, a los dieciocho (18) días del mes de febrero de 2026.

EL CONTRATANTE,

GUSTAVO ALEXIS SARMIENTO
C.C. 96.194.978 expedida en Tame
Representante Legal
FUNDACIÓN GESTIÓN SOCIAL – FUNGES

EL CONTRATISTA,

BRAULIO TARIFA PEREZ
C.C. 17.548.613 expedida en Tame

773

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

nueva eps

24 2 2026

X

X

X

X

X

TARIFA | PEREZ | BRAULIO

CC - Cédula de Ciudadanía | 17548613 | X | X

COLOMBIANO | COLOMBIA | ARAUCA | TAME | 15 12 1964

6 | SI ___ NO X | NO X | SURA

PORVENIR | 1890000 | 3172365181

CALLE 15 # 1- 14 Barrio Juvenal Araucano | braulioterifaperez1@gmail.com | ARAUCA

TAME | 10855

X

TARIFA | PEREZ | BRAULIO

CC - Cédula de Ciudadanía | 17548613 | X | X

15 12 1964 | 18 2 2026

Braulio tarifa.

nueva eps

Recibido por 24 2 2026

- ORIGINAL: E.P.S. -

ENTREGA CARTA DE DERECHOS Y DEBERES
Y CARTA DE DESEMPEÑO

nueva eps
gente cuidando gente
NIT. 900.156.264-2

Autorización de mensajes de texto. (Circular Externa [illegible] de 2013)

Yo BRAULIO TARIFA PEREZ identificado (a) con CC - Cédula de Ciudadanía
número 17548613 de COLOMBIA certifico que:

1 ¿Previo al diligenciamiento del formulario de afiliación, la EPS le hizo entrega de la carta de derechos y deberes del afiliado y del paciente? Sí X No ☐

2 ¿Previo al diligenciamiento del formulario de afiliación, la EPS le hizo entrega de la carta de desempeño donde se presenta de manera clara su puesto en el ranking? Sí X No ☐

3 ¿Leyó el contenido de la carta de derechos y deberes del afiliado y del paciente? Sí X No ☐

4 ¿Leyó el contenido de la carta de desempeño de la EPS? Sí X No ☐

5 ¿Si tuvo alguna duda sobre el contenido de la información, fue asesorado adecuadamente por la EPS? Sí X No ☐

Así mismo autorizo a NUEVA EPS, para que envíe información al:
teléfono celular No ____________
y/o correo electrónico ____________
Sí ☐ No ☐
Autorizo la entrega de la carta de Derechos y Deberes del Afiliado y carta de Desempeño, en formato electrónico: Sí ☐ No ☐
Consulte la carta de derechos y deberes y la carta de desempeño en el siguiente Web https://www.nuevaeps.com.co/carta-derechos-deberes
Evitemos impresiones, para ser amigable con el planeta Sí ☐ No ☐

Cordialmente,
Firma: Braulio tarifa
Tipo ID: CC - Cédula No. ID: 17548613
Fecha de Solicitud: 24 2 2026
Dirección: CALLE 15 # 1- 14 Barrio Juvenal Araucano
Tel: 3172365181 Municipio: TAME
Departamento: ARAUCA
Huella

Afiliado manifiesta que no sabe o no puede firmar, autoriza a:
Firma: ____________
Tipo ID: ______ No. ID: ______
Fecha (dd/mm/aaaa): ____________
Dirección: ____________
Tel: ______ Municipio: ______
Departamento: ____________
Huella

Manifiesto con mi firma la aceptación de todas las declaraciones y [illegible]

Declaración Juramentada de Convivencia: [illegible] ____________ identificado(a) con ______ No. ______
desde el día ______ del mes ______ del año ______

Autorizaciones

En virtud de la anterior certificación, autorizo expresamente y conforme a lo dispuesto en los artículos 14 y 15 de la Ley 527 de 1999, a NUEVA EPS S.A. para que me remita información en forma de mensajes de datos, a través de mecanismos como SMS (short message service), correos electrónicos y redes sociales, relacionada con los servicios de NUEVA EPS S.A. y la carta de derechos y deberes.
Autorizo de manera expresa a NUEVA EPS S.A. y/o a la persona natural o jurídica a quien esta encargue, para que recolecte, almacene, use, haga circular, actualice o suprima mis datos personales, para acceder a los derechos de la NUEVA EPS S.A. y para el cumplimiento de la carta de derechos y deberes.

Aviso de privacidad

Hago constar expresamente que NUEVA EPS S.A. me informó sobre los siguientes derechos que me asisten como titular de datos personales:

• Acceder a los datos personales que hayan sido objeto de tratamiento conforme a lo dispuesto en la Ley 1581 de 2012 y las demás normas que la modifiquen, adicionen o complementen.
• Conocer, actualizar y rectificar los datos personales frente al responsable del tratamiento y al encargado del tratamiento. Este derecho se podrá ejercer, entre otros, frente a datos parciales, inexactos, incompletos, fraccionados, que induzcan a error, o aquellos cuyo tratamiento esté expresamente prohibido o no haya sido autorizado.
• Solicitar prueba de la autorización otorgada al responsable del tratamiento salvo cuando expresamente se exceptúe como requisito para el tratamiento, de conformidad con lo previsto en el artículo 10 de la Ley 1581 de 2012.
• Ser informado por el responsable del tratamiento o el encargado del tratamiento, previa solicitud, respecto del uso que le ha dado a los datos personales.
• Presentar ante la Superintendencia de Industria y Comercio quejas por infracciones a lo dispuesto en la Ley 1581 de 2012 y las demás normas que la modifiquen, adicionen o complementen.
• Revocar la autorización y/o solicitar la supresión del dato cuando en el tratamiento no se respeten los principios, derechos y garantías constitucionales y legales. La revocatoria y/o supresión procederá cuando la Superintendencia de Industria y Comercio haya determinado que en el tratamiento el responsable o encargado han incurrido en conductas contrarias a esta ley y a la constitución.
En cumplimiento de la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013 y las demás normas que las modifiquen, adicionen o complementen, le informamos que usted puede conocer la política de tratamiento de los datos personales de NUEVA EPS S.A., a través de los siguientes mecanismos que ponemos a su disposición:

Sitio web: www.nuevaeps.com.co
Régimen Contributivo:
Línea Gratuita: **01 8000 954400**
Línea de atención en Bogotá: **(801) 307 7022**
Régimen Subsidiado:
Línea Gratuita: **01 8000 95 2000**
Línea de atención en Bogotá: **(801) 307 7051**
Oficinas de atención al afiliado de NUEVA EPS S.A.
Conmutador: **(801) 419 3000**
Dirección Administrativa: Carrera 85K No. 46A – 66 Piso 2

Si es afiliado(a), la información por usted suministrada en este formato, así como la relacionada en el formulario de afiliación y/o demás documentos anexos, serán utilizados por NUEVA EPS S.A. como responsable del tratamiento de la información, únicamente para los fines específicos relacionados con la administración y prestación de servicios en salud de Plan Obligatorio de Salud, de acuerdo con la Ley 1581 de 2012 "Habeas Data". Dicho tratamiento podrá implicar la transferencia, transmisión y/o recepción de los datos, y el cual se realizará a través de la misma, terceros encargados de tratamiento de información o de sus aliados comerciales, para fines comerciales y para la correcta prestación del servicio, de la forma indicada en los Términos y Condiciones de cada uno de sus portales y de la Política de Confidencialidad y Protección de Datos.

INFORMACIÓN PARA SER DILIGENCIADA POR EL TRABAJADOR INDEPENDIENTE CUYO INGRESO SEA IGUAL O SUPERIOR A 1 SMMLV

ACTIVIDAD ECONÓMICA	ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES	ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES	INGRESO BASE DE COTIZACIÓN	POSEE VIVIENDA PROPIA		PRODUCTOR AGROPECUARIO	
4759	SURA	PORVENIR	$ 1890000	SI ☐	NO X	SI ☐	NO X

Nivel de Escolaridad	Ninguno ☐	Secundaria ☐	Universitario ☐	Profesional ☐	Doctorado ☐
	Preescolar ☐	Media académica o clásica (bachillerato básico) ☐	Técnica Profesional ☐	Especialización ☐	Último Grado
	Básica Primaria ☐	Media técnica (bachillerato técnico) ☐	Tecnológica ☐	Maestría ☐	Aprobado 11

Posición Ocupacional	Patrón/Empleador ☐	Contratista ☐	Trabaja por su Cuenta X	
Inicio Contrato	24 2 2026	Fin Contrato		

[illegible]

SOLO DILIGENCIAR SI ES COTIZANTE INDEPENDIENTE PAGO POR TERCERO | Nombre del Tercero: ______ | Tipo de Identificación: ______ | Identificación del Tercero que realiza el Aporte: ______ | DV: ______

INFORMACIÓN PARA SER DILIGENCIADA POR LA EPS

Nombre del ASESOR o PROMOTOR	CÓDIGO ASESOR o PROMOTOR	Nombre de OFICINA	
ELSA FLOREZ	**A1380**	**PEPE SIERRA**	**BOGOTA** 24 / 2 / 2026 CIUDAD Y FECHA

Colpensiones

LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES

CERTIFICA QUE

Verificada la base de datos de afiliados, el/la señor/a **BRAULIO TARIFA PEREZ** identificado/a con documento de identidad **Cédula de Ciudadanía** número **17548613,** se encuentra afiliado/a desde **22/08/2012** al Régimen de Prima Media con Prestación Definida (RPM) administrado por la Administradora Colombiana de Pensiones **COLPENSIONES**.

La presente certificación se expide en Bogotá, el día 23 de febrero de 2026.

Rosa Mercedes Nino Amaya
Dirección de Afiliaciones

Nota: Certificado generado desde la página Web. Este documento no es válido para el reconocimiento de prestaciones económicas, está sujeto a verificación y no tiene costo alguno.

POSITIVA

CER_AFI_2026020975037

LA GERENCIA DE AFILIACIONES Y NOVEDADES

CERTIFICA QUE:

BRAULIO TARIFA PEREZ identificado con CC. 17548613 registra la siguiente información en el ramo de Riesgos Laborales:

INFORMACIÓN DEL CONTRATANTE	
Nombres y/o Razón	FUNDACION GESTION SOCIAL
Tipo y Numero de Documento	NI - 900556022

INFORMACIÓN RELACIÓN LABORAL			
Fecha de inicio de cobertura	2026/03/03	**Fecha inicio contrato**	2026/02/18
Tipo de vinculación	Independiente con Contrato	**Fecha de fin contrato**	2026/09/17
Riesgo	1	**Código actividad económica**	1881001 - Actividades de asistencia social sin alojamiento para personas mayores y discapacitadas, incluye los servicios
Estado afiliación	Activa		
Fecha retiro	-	**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: **CC02032026B17548613P11801843.** Este código es válido por un mes.

Cordialmente,

Gerencia de afiliaciones y novedades ARL

POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S. A.

FUNDACION GESTION SOCIAL
Nit 900.556.022-3
CALLE 3 7 28 URB LOS MANGOS
Tel: (607) 3208639029
Tame - Colombia

Documento soporte por compras a sujetos no obligados a facturar
No. DSF 262

Proveedor	BRAULIO TARIFA PEREZ		
Nit	17.548.613-1	**Teléfono**	(607) 0000000
Dirección	Calle 15 a No 1-14	**Ciudad**	Tame - Colombia

Fecha de compra	Fecha de Vencimiento
2026-04-01	--

Ítem	Descripción	Cantidad	Vr. Unitario	Vr. Total
1	Prestación de los servicios como Conserje en el Centro de Bienestar del Adulto Mayor (CBAM) del Municipio de Tame, correspondiente al período comprendido entre el 18 de febrero y el 17 de marzo de 2026, en el marco de la ejecución del Convenio de Asociación No. 002 de 2026	1.00	1,890,000.00	1,890,000.00

Valor en Letras:
Un millón ochocientos noventa mil pesos m/cte

Condiciones de Pago:
Efectivo $ 1,890,000.00

Total Bruto	1,890,000.00
Total a Pagar	1,890,000.00

Observaciones:

A este Documento se le aplican las normas relativas del Documento Soporte en adquisidores efectuadas a sujetos no obligados a facturar (Resolución 167 de 30 de diciembre de 2021).
Número Autorización 18764102291617 aprobado en 20251129 prefijo DSF desde el número 201 al 600 Vigencia: Vigencia: 24 meses.

CUDS: 55b9e637a79ee3427f7c35384dcb3971fc0a5800578423025586cd11374538521f89b6d6c111424f4bd84fe6b21b0e87

Elaborado por Siigo S.A.S Nit: 830.048.145-8

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

Banco de Bogotá

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CÉDULA DE CIUDADANÍA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	17548613
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			BRAULIO TARIFA PEREZ
CIUDAD/MUNICIPIO:	TAME	DEPARTAMENTO:	ARAUCA
DIRECCIÓN:	CRA. 19 N. 23-35	TELÉFONO:	8883030
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Comercio al por mayor de computadores, equipo per
FORMA DE PRESENTACIÓN:	UNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:	1113439990			TIPO DE PLANILLA:			I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES	febrero	AÑO 2026	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES	febrero	AÑO 2026
DÍAS DE MORA:			2				
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):			2026/03/05	NÚMERO AUTORIZACIÓN:			262932

TOTAL APORTES A PENSIÓN

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	COTIZACIÓN	APORTES VOLUNTARIOS		FSP		MORA		TOTALES		
CÓDIGO	NOMBRE			EMPLEADOR	COTIZANTE	SOLIDARIDAD	SUBSISTENCIA	COTIZACIÓN	FSP	APORTES	MORA	VALOR PAGADO
25-14	25-14 COLPENSIONES	1	$ 121.400	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 200	$ 0	$ 121.400	$ 200	$ 121.600
SUBTOTALES:										**$ 121.400**	**$ 200**	**$ 121.600**

TOTAL APORTES A SALUD

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD		LICENCIA MATERNIDAD		SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN		MORA		TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
EPS041	NUEVA EPS CM	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 94.900	$ 0	$ 200	$ 0	$ 94.900	$ 200	$ 0	$ 95.100
SUBTOTALES:													**$ 94.900**	**$ 200**	**$ 0**	**$ 95.100**

TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD IRP			SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN	TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NUMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PAGO A OTROS RIESGOS	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
14-23	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A	1		$ 0	$ 0		$ 0	$ 4.000	$ 4.000	$ 100	$ 0	$ 4.100
SUBTOTALES:									**$ 4.000**	**$ 100**	**$ 0**	**$ 4.100**

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

DATOS DEL COTIZANTE									NOVEDADES																SEGURIDAD SOCIAL																								PARAFISCALES						
																									PENSIÓN										SALUD						ARP						CCF		SENA	ICBF	ESAP	MINEDU
																												FSP		APORTES VOLUNTARIOS																							
Nº	IDENTIFICACIÓN	NOMBRES	TIPO COTIZANTE	SUBTIPO COTIZANTE	SALARIO BÁSICO	TIPO DE SALARIO	COLOMBIANO	EXTRANJERO	REFORMA TRIBUTARIA	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	SUBSISTENCIA	SOLIDARIDAD	EMPLEADOR	EMPLEADO	INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APORTE	ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	TOTAL APORTE	ADMIN	DÍAS COT	IBC	CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APORTE	DÍAS COT	IBC	ADMIN	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE
1	CC 17548613	TARIFA PEREZ BRAULIO	INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS		$ 1.750.905				NO	18																	25-14 COLPENSIONES	13	$ 758.726	$ 121.400	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 121.400	NUEVA EPS CM	13	$ 758.726	$ 94.900	$ 0	$ 94.900	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A	13	$ 758.726	17548613	$ 4.000		$ 0		$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0

TOTAL PAGADO: $ 220.800

222

778

FUNDACION GESTION SOCIAL
Nit 900.556.022-3
CALLE 3 7 28 URB LOS MANGOS
Tel: (607) 3208639029
Tame - Colombia

Documento soporte por compras a sujetos no obligados a facturar
No. DSF 276

Proveedor	BRAULIO TARIFA PEREZ		
Nit	17.548.613-1	**Teléfono**	(607) 0000000
Dirección	Calle 15 a No 1-14	**Ciudad**	Tame - Colombia

Fecha de compra	Fecha de Vencimiento
2026-04-17	--

Ítem	Descripción	Cantidad	Vr. Unitario	Vr. Total
1	Prestación de los servicios como Conserje en el Centro de Bienestar del Adulto Mayor (CBAM) del Municipio de Tame, correspondiente al período comprendido entre el 18 de marzo y el 17 de abril de 2026, en el marco de la ejecución del Convenio de Asociación No. 002 de 2026	1.00	1,890,000.00	1,890,000.00

Valor en Letras:
Un millón ochocientos noventa mil pesos m/cte

Condiciones de Pago:
Efectivo

$ 1,890,000.00

Total Bruto	1,890,000.00
Total a Pagar	1,890,000.00

Observaciones:

A este Documento se le aplican las normas relativas del Documento Soporte en adquisidores efectuadas a sujetos no obligados a facturar (Resolución 167 de 30 de diciembre de 2021).
Número Autorización 18764102291617 aprobado en 20251129 prefijo DSF desde el número 201 al 600 Vigencia: Vigencia: 24 meses.

CUDS: 77f7628e8d1bbabd6cdb1dbd2180e6c540300b829e335aa047cd49fdf467a9cb472ecb56d2f4f4feed8fc0c6a23b3660

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

Banco de Bogotá

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CÉDULA DE CIUDADANÍA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	17548613
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			BRAULIO TARIFA PEREZ
CIUDAD/MUNICIPIO:	TAME	DEPARTAMENTO:	ARAUCA
DIRECCIÓN:	CRA. 19 N. 23-35	TELÉFONO:	8883030
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Comercio al por mayor de computadores, equipo per
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:	1113617473	TIPO DE PLANILLA:	I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES marzo AÑO 2026	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES marzo AÑO 2026
DÍAS DE MORA:	2		
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):	2026/04/09	NÚMERO AUTORIZACIÓN:	694261

TOTAL APORTES A PENSIÓN

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	COTIZACIÓN	APORTES VOLUNTARIOS		FSP		MORA		TOTALES		
CÓDIGO	NOMBRE			EMPLEADOR	COTIZANTE	SOLIDARIDAD	SUBSISTENCIA	COTIZACIÓN	FSP	APORTES	MORA	VALOR PAGADO
25-14	25-14 COLPENSIONES	1	$ 280.200	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 400	$ 0	$ 280.200	$ 400	$ 280.600
SUBTOTALES:										**$ 280.200**	**$ 400**	**$ 280.600**

TOTAL APORTES A SALUD

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD		LICENCIA MATERNIDAD		SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN		MORA		TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
EPS041	NUEVA EPS CM	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 218.900	$ 0	$ 300	$ 0	$ 218.900	$ 300	$ 0	$ 219.200
SUBTOTALES:													**$ 218.900**	**$ 300**	**$ 0**	**$ 219.200**

TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD IRP			SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN	TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PAGO A OTROS RIESGOS	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
14-23	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A	1		$ 0	$ 0		$ 0	$ 9.200	$ 9.200	$ 100	$ 0	$ 9.300
SUBTOTALES:									**$ 9.200**	**$ 100**	**$ 0**	**$ 9.300**

LIQUIDACION DETALLADA APORTES

DATOS DEL COTIZANTE									NOVEDADES																SEGURIDAD SOCIAL																					PARAFISCALES						
																									PENSIÓN									SALUD						ARP							CCF	SENA	ICBF	ESAP	MINEDU
																												FSP		APORTES VOLUNTARIOS																					
Nº	IDENTIFICACIÓN	NOMBRES	TIPO COTIZANTE	SUBTIPO COTIZANTE	SALARIO BÁSICO	TIPO DE SALARIO	COLOMBIANO	EXTRANJERO	REFORMA TRIBUTARIA	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	ADMIN	DÍAS COT.	IBC	COTIZACIÓN	SUBSISTENCIA	SOLIDARIDAD	EMPLEADOR	EMPLEADO	INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APORTE	ADMIN	DÍAS COT.	IBC	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	TOTAL APORTE	ADMIN	DÍAS COT.	IBC	CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APORTE	DÍAS COT.	IBC	ADMIN	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE
1	CC 17548613	TARIFA PEREZ BRAULIO	INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS		$ 1.750.905				NO																		25-14 COLPENSIONES	30	$ 1.750.905	$ 280.200	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 280.200	NUEVA EPS CM	30	$ 1.750.905	$ 218.900	$ 0	$ 218.900	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A	30	$ 1.750.905	$ 17548613	$ 9.200		$ 0		$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0

TOTAL PAGADO: $ 509.100

780

FUNDACION GESTION SOCIAL
Nit 900.556.022-3
CALLE 3 7 28 URB LOS MANGOS
Tel: (607) 3208639029
Tame - Colombia

Documento soporte por compras a sujetos no obligados a facturar
No. DSF 295

Proveedor	BRAULIO TARIFA PEREZ		
Nit	17.548.613-1	**Teléfono**	(607) 0000000
Dirección	Calle 15 a No 1-14	**Ciudad**	Tame - Colombia

Fecha de compra	Fecha de Vencimiento
2026-05-19	--

Ítem	Descripción	Cantidad	Vr. Unitario	Vr. Total
1	Prestación de los servicios como Conserje en el Centro de Bienestar del Adulto Mayor (CBAM) del Municipio de Tame, correspondiente al período comprendido entre el 18 de abril y el 17 de mayo de 2026, en el marco de la ejecución del Convenio de Asociación No. 002 de 2026	1.00	1,890,000.00	1,890,000.00

Valor en Letras:
Un millón ochocientos noventa mil pesos m/cte

Condiciones de Pago:
Efectivo $ 1,890,000.00

Total Bruto	1,890,000.00
Total a Pagar	1,890,000.00

Observaciones:

A este Documento se le aplican las normas relativas del Documento Soporte en adquisidores efectuadas a sujetos no obligados a facturar (Resolución 167 de 30 de diciembre de 2021).
Número Autorización 18764102291617 aprobado en 20251129 prefijo DSF desde el número 201 al 600 Vigencia: Vigencia: 24 meses.

CUDS: eb2b18efc0456b7cbd39391bdb73ad33745d2bdc250f5c61efd02f83a22eb231d55614d3cc2f275fb6645ed0d3bd93de

Elaborado por Siigo S.A.S Nit: 830.048.145-8

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

Bancolombia

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CÉDULA DE CIUDADANÍA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	17548613
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			BRAULIO TARIFA PEREZ
CIUDAD/MUNICIPIO:	TAME	DEPARTAMENTO:	ARAUCA
DIRECCIÓN:	CRA. 19 N. 23-35	TELÉFONO:	8883030
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Comercio al por mayor de computadores, equipo per
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:		**6018772787**	TIPO DE PLANILLA:			I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES	abril AÑO 2026	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES	abril AÑO	2026
DÍAS DE MORA:		0				
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):		2026/05/06	NÚMERO AUTORIZACIÓN:			265181573

TOTAL APORTES A PENSIÓN

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	COTIZACIÓN	APORTES VOLUNTARIOS		FSP		MORA		TOTALES		
CÓDIGO	NOMBRE			EMPLEADOR	COTIZANTE	SOLIDARIDAD	SUBSISTENCIA	COTIZACIÓN	FSP	APORTES	MORA	VALOR PAGADO
25-14	25-14 COLPENSIONES	1	$ 280.200	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 280.200	$ 0	$ 280.200
SUBTOTALES:										**$ 280.200**	**$ 0**	**$ 280.200**

TOTAL APORTES A SALUD

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD		LICENCIA MATERNIDAD		SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN		MORA		TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
EPS041	NUEVA EPS CM	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 218.900	$ 0	$ 0	$ 0	$ 218.900	$ 0	$ 0	$ 218.900
SUBTOTALES:													**$ 218.900**	**$ 0**	**$ 0**	**$ 218.900**

TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD IRP			SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN	TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NUMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PAGO A OTROS RIESGOS	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
14-23	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A	1		$ 0	$ 0		$ 0	$ 9.200	$ 9.200	$ 0	$ 0	$ 9.200
SUBTOTALES:									**$ 9.200**	**$ 0**	**$ 0**	**$ 9.200**

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

DATOS DEL COTIZANTE										NOVEDADES																
Nº	IDENTIFICACIÓN	NOMBRES	TIPO COTIZANTE	SUBTIPO COTIZANTE	SALARIO BÁSICO	TIPO DE SALARIO	COLOMBIANO	EXTRANJERO	REFORMA TRIBUTARIA	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP
1	CC 17548613	TARIFA PEREZ BRAULIO	INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS		$ 1.750.905				NO																	

	SEGURIDAD SOCIAL – PENSIÓN										
Nº	ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	FSP		APORTES VOLUNTARIOS		INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APORTE
					SUBSISTENCIA	SOLIDARIDAD	EMPLEADOR	EMPLEADO		
1	25-14 COLPENSIONES	30	$ 1.750.905	$ 280.200	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 280.200

	SEGURIDAD SOCIAL – SALUD						ARP					PARAFISCALES							
														CCF		SENA	ICBF	ESAP	MINEDU
Nº	ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	TOTAL APORTE	ADMIN	DÍAS COT	IBC	CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APORTE	DÍAS COT	IBC	ADMIN	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE
1	NUEVA EPS CM	30	$ 1.750.905	$ 218.900	$ 0	$ 218.900	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A	30	$ 1.750.905	17548613	$ 9.200		$ 0		$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0

TOTAL PAGADO:	**$ 508.300**

FUNGES

FUNDACIÓN GESTIÓN SOCIAL "FUNGES"
GESTIÓN COMPROBADA
NIT. 900556022-3

CONSERJE No. 3

Dirección: Calle 3 No. 7-28 Barrio El Manguito
Teléfono: 3208639029
gestionsocialfunges@gmail.com
Puerto Rondón – Arauca

FUNGES
Gestión Comprobada

FUNDACIÓN GESTIÓN SOCIAL "FUNGES"
GESTIÓN COMPROBADA
NIT. 900556022-3

CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS No. 11 DE 2026

CONTRATANTE: FUNDACIÓN GESTIÓN SOCIAL – FUNGES
NIT: 900.556.022-3
REPRESENTANTE LEGAL: GUSTAVO ALEXIS SARMIENTO
C.C.: 96.194.978 expedida en Tame
CONTRATISTA: JUAN ALBERTO SIERRA
P.P.T.: 6.378.182 expedido en Bogotá D.C.
OBJETO: Prestación de servicios como Conserje en el Centro de Bienestar del Adulto Mayor (CBAM).
UBICACIÓN: Municipio de Tame – Arauca
VALOR TOTAL: TRECE MILLONES DOSCIENTOS TREINTA MIL PESOS M/CTE ($13.230.000)
VALOR MENSUAL: UN MILLÓN OCHOCIENTOS NOVENTA MIL PESOS M/CTE ($1.890.000)
PLAZO: Siete (07) meses
FECHA DE INICIO: 18 de febrero de 2026
FECHA DE TERMINACIÓN: 17 de septiembre de 2026

Entre los suscritos GUSTAVO ALEXIS SARMIENTO, identificado con cédula de ciudadanía No. 96.194.978 expedida en Tame, quien actúa en calidad de Representante Legal de la FUNDACIÓN GESTIÓN SOCIAL – FUNGES, identificada con NIT 900.556.022-3, quien para efectos del presente contrato se denominará EL CONTRATANTE, y por la otra parte JUAN ALBERTO SIERRA, identificado con Permiso por protección temporal P.P.T No. 6.378.182 expedido en Bogotá D.C., quien actúa en nombre propio y para efectos del presente contrato se denominará EL CONTRATISTA, ambos mayores de edad y con capacidad para contratar, han acordado celebrar el presente Contrato de Prestación de Servicios, el cual se regirá por las siguientes cláusulas.

CONSIDERACIONES:

Que, para la prestación de servicios como Conserje en el Centro de Bienestar del Adulto Mayor (CBAM) mediante el Convenio de Asociación No. 002 de 2026 cuyo objeto es "*DESARROLLAR EL PROGRAMA DE ATENCIÓN INTEGRAL A LA PERSONA MAYOR DEL MUNICIPIO DE TAME – DEPARTAMENTO DE ARAUCA*" suscrito entre la FUNDACIÓN GESTIÓN SOCIAL - FUNGES y el MUNICIPIO DE TAME, se hace necesaria la contratación de una persona que cumpla con los requisitos exigidos para desempeñar dichas actividades.
Debido a lo anterior, las partes acuerdan celebrar el presente contrato de conformidad con las siguientes cláusulas:

PRIMERA: Objeto del contrato. El CONTRATISTA se obliga para con el CONTRATANTE, de manera independiente y sin que exista subordinación o relación laboral alguna, a prestar sus servicios como Conserje en el Centro de Bienestar del Adulto Mayor (CBAM), realizando actividades de control de ingreso y salida de visitantes, vigilancia básica de las instalaciones, cuidado de zonas verdes y apoyo en la disposición de residuos, contribuyendo al adecuado funcionamiento del centro y al bienestar de los adultos mayores. Como contraprestación, el CONTRATANTE pagará al CONTRATISTA los honorarios establecidos en el presente contrato.

SEGUNDA: Plazo de Ejecución. El término de duración del presente contrato será de siete (07) meses, contados a partir del 18 de febrero de 2026 hasta el 17 de septiembre de 2026, plazo dentro del cual el CONTRATISTA ejecutará las actividades propias del objeto contractual.

TERCERA: Valor. El valor total del presente contrato es la suma de TRECE MILLONES DOSCIENTOS TREINTA MIL PESOS M/CTE ($13.230.000), suma que será pagada por el CONTRATANTE al CONTRATISTA a título de honorarios, de acuerdo con la forma de pago establecida en el presente contrato y previa certificación de cumplimiento por parte del supervisor.

CUARTA. Forma de Pago. El valor del presente contrato será pagado por el CONTRATANTE al CONTRATISTA mediante siete (07) pagos mensuales vencidos, cada uno por valor de UN MILLÓN OCHOCIENTOS NOVENTA MIL PESOS M/CTE ($1.890.000), previa verificación del cumplimiento de las actividades contractuales por parte del CONTRATANTE y acreditación del pago de los aportes al Sistema de Seguridad Social Integral conforme a la normatividad vigente.

Parágrafo. Los pagos establecidos en el presente contrato estarán sujetos a la disponibilidad y desembolso efectivo de los recursos provenientes del Convenio de Asociación No. 002 de 2026 suscrito entre la FUNDACIÓN GESTIÓN SOCIAL – FUNGES y el Municipio de Tame.

QUINTA: Seguridad Social. El CONTRATISTA declara que realizará de manera independiente los aportes al Sistema de Seguridad Social Integral en salud, pensión y riesgos laborales, de conformidad con la normatividad vigente en Colombia. Para efectos del pago de los honorarios pactados en el presente contrato, el CONTRATISTA deberá acreditar el pago de dichos aportes correspondientes al período ejecutado.

SEXTA: Subcontratación. El CONTRATISTA no podrá ceder ni subcontratar total o parcialmente la ejecución del objeto del presente contrato sin la autorización previa, expresa y escrita del CONTRATANTE.

Parágrafo. En todo caso, el CONTRATISTA será el único responsable por la correcta ejecución de las actividades contratadas y mantendrá indemne al CONTRATANTE frente a cualquier reclamación, demanda o acción legal que pudiera presentarse con ocasión de la ejecución del presente contrato.

SÉPTIMA: Obligaciones Del Contratista. El CONTRATISTA se obliga a ejecutar el Objeto del Contrato, razón por la cual tendrá las siguientes obligaciones:

1. Realizar el control del ingreso y egreso de visitantes y del personal que desarrolla actividades en el Centro de Bienestar del Adulto Mayor (CBAM), verificando el documento de identidad y registrando la información correspondiente en el libro de bitácora.
2. Realizar recorridos de control y vigilancia por las instalaciones del CBAM, especialmente en horario nocturno, con el fin de garantizar la seguridad del lugar.
3. Implementar controles para la protección de los bienes del centro, verificando y registrando los elementos o equipos que ingresen o salgan de las instalaciones.
4. Realizar el mantenimiento básico y cuidado de las zonas verdes al interior y exterior del CBAM.
5. Permanecer atento a cualquier novedad relacionada con los adultos mayores, informando oportunamente al personal responsable para garantizar su seguridad y bienestar.
6. Cumplir con el cronograma establecido para la disposición y eliminación de residuos y reciclaje.
7. Informar oportunamente al coordinador o supervisor del contrato cualquier novedad relacionada con la seguridad de las instalaciones o el funcionamiento del centro.
8. Las demás actividades que le sean asignadas por el supervisor del contrato y que sean inherentes al objeto de este.

Parágrafo 1: El CONTRATISTA ejecutará el objeto del presente contrato con plena autonomía técnica, administrativa y operativa, utilizando sus propios medios, recursos y conocimientos, sin que exista subordinación o dependencia respecto de EL CONTRATANTE; en consecuencia, el CONTRATISTA asumirá bajo su exclusiva responsabilidad los riesgos, gastos y obligaciones derivados de la ejecución del contrato.

Parágrafo 2: El CONTRATISTA además de las obligaciones del contrato deberá: 1. Obrar con seriedad y diligencia en el servicio contratado, 2. Presentar evidencias o soportes de las actividades realizadas, tales como registros, formatos o material fotográfico, cuando sean requeridos por el CONTRATANTE, 3. Atender las solicitudes y recomendaciones que haga el CONTRATANTE o sus delegados, con la mayor prontitud. 4. Permitir que el CONTRATANTE o un delegado haga visitas a las instalaciones del CONTRATISTA o el sitio que esté desarrollando las actividades. 5. Pago de los aportes al Sistema de Seguridad Social en salud, pensión y riesgos laborales, conforme a la normatividad vigente.

OCTAVA: Obligaciones del CONTRATANTE: Además de las obligaciones propias del contrato de prestación de servicios, el CONTRATANTE se compromete a suministrar al CONTRATISTA la información necesaria para el desarrollo de las actividades objeto del contrato, facilitar la coordinación con el personal del Centro de Bienestar del Adulto Mayor (CBAM) y efectuar el pago de los honorarios en los términos establecidos en el presente contrato.

NOVENA. Supervisión. El CONTRATANTE o su representante supervisará la ejecución del servicio encomendado y podrá formular las observaciones del caso para ser analizadas en conjunto con el CONTRATISTA.

DÉCIMA: Terminación anticipada. Cualquiera de las partes podrá dar por terminado el presente contrato antes del vencimiento del plazo pactado, mediante comunicación escrita dirigida a la otra parte. En todo caso, el CONTRATANTE podrá darlo por terminado de manera unilateral cuando se presenten circunstancias que afecten la ejecución del objeto contractual, por incumplimiento de las obligaciones del CONTRATISTA o por terminación o modificación del convenio que da origen al presente contrato.

DÉCIMA PRIMERA: Independencia. El CONTRATISTA actuará por su cuenta, con autonomía y sin que exista relación laboral ni subordinación con el CONTRATANTE. Sus derechos se limitarán por la naturaleza del contrato a exigir el cumplimiento de las obligaciones del CONTRATANTE y el pago oportuno de su remuneración fijada en este documento.

DÉCIMA SEGUNDA: Inexistencia de relación laboral. Las partes dejan expresa constancia de que el presente contrato es de naturaleza civil y no genera relación laboral alguna entre el CONTRATANTE y el CONTRATISTA. En consecuencia, el CONTRATISTA actuará con plena autonomía técnica y administrativa en la ejecución de las actividades contratadas y no tendrá derecho al reconocimiento de salarios, prestaciones sociales, indemnizaciones laborales ni demás derechos propios de un contrato de trabajo.

DÉCIMA TERCERA. Cesión. El CONTRATISTA no podrá ceder parcial ni totalmente la ejecución del presente contrato a un tercero sin la previa, expresa y escrita autorización del CONTRATANTE.

DÉCIMA CUARTA: Solución de conflictos. Se acuerda que, de presentarse un conflicto entre las partes, en el marco del presente contrato, las partes deberán acudir en primera instancia a un centro de conciliación certificado.

DÉCIMA QUINTA: Modificaciones. Toda modificación, variación adición o prórroga del presente contrato, deberá constar por escrito, mediante OTRO SÍ, que suscribirán con la firma ambas partes contratantes.

DÉCIMA SEXTA: Domicilio contractual. Para el presente contrato se establece como domicilio contractual el municipio de Tame.

DÉCIMA SÉPTIMA: Declaración del CONTRATISTA. El CONTRATISTA declara bajo la gravedad de juramento que conoce la naturaleza jurídica del presente contrato de prestación de servicios y manifiesta que lo celebra con plena autonomía técnica, administrativa y financiera, sin que exista subordinación ni dependencia respecto del CONTRATANTE. En consecuencia, reconoce que no se genera vínculo laboral alguno ni derecho al pago de prestaciones sociales, indemnizaciones o beneficios propios de un contrato de trabajo. Así mismo, declara que asume de manera independiente las obligaciones tributarias, de seguridad social y demás cargas legales derivadas de la ejecución del presente contrato.

Para constancia, se firma en el municipio de Tame, Arauca, a los dieciocho (18) días del mes de febrero de 2026.

EL CONTRATANTE,

GUSTAVO ALEXIS SARMIENTO
C.C. 96.194.978 expedida en Tame
Representante Legal
FUNDACIÓN GESTIÓN SOCIAL – FUNGES

EL CONTRATISTA,

JUAN

JUAN ALBERTO SIERRA
P.P.T.: 6.378.182 expedido en Bogotá D.C.

785

EPS Sanitas

NIT 800.251.440-6

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

Fecha de Radicado

190016612

(Lea las instrucciones que se encuentran al respaldo antes de diligenciar este formulario)

I. DATOS DEL TRÁMITE

1. Tipo de Tramite: A. Afiliación — B. Reporte de Novedades X

2. Tipo de Afiliacion: A. Individual — Cotizante o Cabeza de Familia — Beneficiario o Afiliado adicional — B. Colectiva — C. Institucional — D. De Oficio

3. Régimen: A. Contributivo X — B. Subsidado

4. Contribución solidaria: Si — No

5. Tipo de Afiliado: A. Cotizante X — B. Cabeza de Familia — C. Beneficiario — D. Afiliado adicional

6. Tipo de Cotizante: A. Dependiente — B. Independiente X — C. Pensionado

7. Código (a registrar por la EPS)

II. DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN (del cotizante, cabeza de familia o beneficiario cuando aplique o afiliado adicional)

8. Apellidos y nombres

Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre
Sierra		Juan	Alberto

9. Tipo de documento de identidad	10. Numero del documento de identidad	11. Sexo biológico	12. Sexo Identificación	13. Nacionalidad
PPT	6373182	Femenino — Masculino X	F — M X — T — NB — Otro — Cual	Venezolano

14. Lugar de nacimiento			15. Fecha de nacimiento
País: Venezuela	Departamento	Municipio	02/10/2001

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

Datos Personales

16. Etnia	17. Comunidad	18. Discapacidad	19. Tiene encuesta SISBÉN	20. Clasificación SISBÉN	21. Grupo de población especial
		Si — No X — Categoría de discapacidad	Si — No	Nivel — Grupo	

22. Administradora de Riesgos Laborales - ARL	23. Administradora de Pensiones	24. Ingreso base de cotización - IBC	25. Tarifa Contribución Solidaria
Positiva	Porvenir	1.750.905	

26. Residencia Dirección: Cra 20 11 16-43 El cielo — Teléfono Fijo:

Teléfono Celular: 311 2318636 — Correo Electrónico: juanalberto916@gmail.com

Departamento	Municipio / Distrito	Localidad / Comuna	Zona
Arauca	Tame		Cabecera Municipal X — Rural Disperso — Centro Poblado — Resto Rural

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR

Datos Básicos de Identificación del Cónyuge o compañero(a) permanente del cotizante

27. Apellidos y nombres

Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre

28. Tipo de documento de identidad	29. Número del documento de identidad	30. Sexo biológico	31. Sexo Identificación	32. Nacionalidad
		Femenino — Masculino	F — M — T — NB — Otro — Cual	

33. Lugar de nacimiento			34. Fecha de nacimiento
País	Departamento	Municipio	

Datos Básicos de Identificación de los beneficiarios y de los afiliados adicionales

35. Apellidos y nombres

	Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre
B1				
B2				
B3				
B4				
B5				

	36. Tipo de documento de identidad	37. Número del documento de identidad	38. Nacionalidad	39. Sexo biológico	40. Sexo identificación	41. Lugar de nacimiento	42. Fecha de nacimiento
B1				Femenino — Masculino	F — M — T — NB — Otro — Cual	País — Departamento — Municipio	
B2				Femenino — Masculino	F — M — T — NB — Otro — Cual	País — Departamento — Municipio	
B3				Femenino — Masculino	F — M — T — NB — Otro — Cual	País — Departamento — Municipio	
B4				Femenino — Masculino	F — M — T — NB — Otro — Cual	País — Departamento — Municipio	
B5				Femenino — Masculino	F — M — T — NB — Otro — Cual	País — Departamento — Municipio	

Datos complementarios del Beneficiario

	43. Parentesco	44. Etnia	45. Comunidad	46. Grupo de población especial	47. Tiene encuesta SISBÉN	48. Clasificación SISBÉN	49. Discapacidad	50. Incapacidad permanente
B1					Si — No	Nivel — Grupo	Si — No — Categoría de discapacidad	Si — No
B2					Si — No	Nivel — Grupo	Si — No — Categoría de discapacidad	Si — No
B3					Si — No	Nivel — Grupo	Si — No — Categoría de discapacidad	Si — No
B4					Si — No	Nivel — Grupo	Si — No — Categoría de discapacidad	Si — No
B5					Si — No	Nivel — Grupo	Si — No — Categoría de discapacidad	Si — No

51. Datos de residencia

	Departamento	Municipio/ Distrito	zona	Teléfono fijo y o celular	52. Valor de la UPC del afiliado adicional a mensualizar en pesos
B1			Cabecera Municipal — Centro Poblado — Rural Disperso — Resto Rural		
B2			Cabecera Municipal — Centro Poblado — Rural Disperso — Resto Rural		
B3			Cabecera Municipal — Centro Poblado — Rural Disperso — Resto Rural		
B4			Cabecera Municipal — Centro Poblado — Rural Disperso — Resto Rural		
B5			Cabecera Municipal — Centro Poblado — Rural Disperso — Resto Rural		

	Dirección	Localidad/Comuna	Correo Electrónico
B1			
B2			
B3			
B4			
B5			

A. AFILIACIÓN

63. Nombre de la Institución Prestadora de Servicios de Salud - IPS

64. Código de la IPS (a registrar por la EPS)

C

B1

B2

B3

B4

B5

V. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL APORTANTE DE LAS ENTIDADES RESPONSABLES DE LA AFILIACIÓN COLECTIVA O RESPONSABLES DEL PAGO

55. Nombre o razón social | 56. Tipo documento de identificación | 57. Número del documento de identificación | 58. Tipo de aportante o pagador de Pensiones (a registrar por la EPS)

59. Ubicación
Dirección | Indicativo o Celular

Correo Electrónico | Departamento | Municipio / Distrito

60. Tipo de Novedad

- [ ] 1. Modificación de datos básicos de identificación
- [ ] 2. Corrección de datos básicos de identificación
- [ ] 3. Actualización del documento de identificación
- [ ] 4. Actualización y corrección de datos complementarios
- [ ] 5. Terminación de la inscripción en la EPS — Código [ ]
- [ ] 6. Reporte de pago a través de un tercero — Código [ ]
- [ ] 7. Inclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales
- [ ] 8. Exclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales
- [X] 9. Interrupción laboral o modificación de condiciones para cotizar
- [ ] 10. Terminación de la relación laboral o pérdida de las condiciones para seguir cotizando
- [ ] 11. Inscripción EPS, retorno al país
- [ ] 12. Vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas
- [ ] 13. Desvinculación de una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas
- [ ] 14. Movilidad — [ ] A. Régimen Contributivo — [ ] B. Régimen Subsidiado
- [ ] 15. Traslado — [ ] A. Mismo Régimen — [ ] B. Diferente Régimen
- [ ] 16. Reporte de fallecimiento del Cotizante o Cabeza de familia
- [ ] 17. Reporte del tramite de protección al cesante
- [ ] 18. Reporte de la calidad de Pre-pensionado
- [ ] 19. Reporte de la calidad de Pensionado
- [ ] 20. Ingreso a Contribución Solidaria
- [ ] 21. Retiro de Contribución Solidaria

VI. DATOS ACTUALIZADOS SEGÚN REPORTE DE LA NOVEDAD

61. Datos básicos de identificación

Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre
Sierra		Juan	Alberto

Tipo de documento de identidad	Número del documento de identidad	62. Sexo biológico	63. Sexo identificación	64. Fecha de nacimiento
PPT	6375189	Femenino / Masculino X	F / M X / T / NB / Otro — Cual	01/01/1991

65. EPS anterior	66. Fecha de novedad	67. Motivo de traslado	68. Caja de compensación Familiar o pagador de pensiones
	13/02/2016	Código	

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

- [ ] 69. Declaración de dependencia económica de los beneficiarios y afiliados adicionales
- [ ] 70. Declaración de tener o no el carácter de afiliado al Régimen Contributivo, Especial o de Excepción
- [ ] 71. Declaración de existencia de vínculos de familia, mayor o menor, o de otro tipo que impidan la existencia de una relación que constituya la condición de beneficiario
- [ ] 72. Declaración de la información del cotizante, cabeza de familia, beneficiarios o afiliados adicionales en una Institución Prestadora de Servicios de Salud
- [ ] 73. Autorización para que la EPS solicite y actualice datos y reporte de la historia laboral del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales
- [ ] 74. Autorización para que la EPS reporte la información que corresponde de la afiliación o del reporte de novedades a la base de datos de afiliados vigente y a las entidades públicas que por sus funciones lo requieran
- [X] 75. Autorización para que la EPS consulte los datos personales del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales de acuerdo con lo previsto en la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013
- [X] 76. Autorización para que la EPS envíe información al correo electrónico o al celular como mensajes de texto
- [ ] 77. Aceptación de las condiciones para vincularse a la Contribución Solidaria y de realizar los pagos correspondientes
- [ ] 78. Aceptación de la actualización del grupo familiar y las tablas en Contribución Solidaria, según la encuesta del Sisbén vigente

VIII. DECLARACIÓN DE AUSENCIA

79. En caso de ausencia o fallecimiento del cabeza de familia reporte la persona de su grupo familiar que se hará cargo del pago de la Contribución Solidaria

Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre	Tipo de Documento de Identidad	No. de Documento de Identidad

IX. FIRMAS

80. El cotizante, cabeza de familia o beneficiario cuando aplique o afiliado adicional	81. Aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva, Institucional o de Oficio
Juan alberto Sierra	

X. ANEXOS

- [X] 82. Anexo copia del documento de identidad — Cantidad de documentos de identidad anexos: CN / RC / TI / CC / CE / PA / CD / SC / PT /
- [ ] 83. Copia del declaración de ausencia del permanente con firma autenticada
- [ ] 84. Copia del registro civil de nacimiento, o de la escritura pública, o de la declaración o sentencia judicial, que declare la unión marital
- [ ] 85. Copia de la certificación de convivencia pública, que declare el [illegible] que de fe de la existencia de compañero permanente, o de la declaración de convivencia y ayuda mutua, donde conste el inicio de la unión marital
- [ ] 86. Copia del consentimiento informado o carta de entrega del menor
- [ ] 87. Copia de la orden judicial o del acto administrativo de custodia
- [ ] 88. Documento en que conste la pérdida de la patria potestad, o el certificado de defunción de los padres o la declaración suscrita por el cotizante sobre la ausencia de los dos padres
- [ ] 89. Copia de la autorización de traslado por parte de la Superintendencia Nacional de Salud numeral 4 y 5 del artículo 2.1.7.3 del Decreto 780 de 2016
- [ ] 90. Certificación de vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas
- [ ] 91. Copia del acto administrativo o providencia de las autoridades competentes en la que conste la calidad de beneficiario o se ordene la afiliación de oficio

Total Anexos

XI. DATOS DE LA ENTIDAD TERRITORIAL Y/O INSTITUCIÓN RESPONSABLE DE POBLACIÓN ESPECIAL

92. Identificación de la Entidad Territorial — Código del municipio — Código del departamento | 93. Nombre de la Institución

XII. DATOS DEL FUNCIONARIO DE LA ENTIDAD TERRITORIAL O DE LA INSTITUCIÓN RESPONSABLE DE POBLACIÓN ESPECIAL

94. Apellidos y nombres

Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre

Tipo de documento de identidad	Número del documento de identidad	95. Firma del funcionario	96. Validación	97. Fecha de validación

OBSERVACIONES

EPS Sanitas Oficina TAME 26 FEB 2016 RECIBIDO

Recuerda que con la firma del formulario el afiliado manifiesta la veracidad de la información [illegible] y de las declaraciones contenidas en la sección VII del formulario

Doc. identificación y nombre del Ejecutivo Comercial	Sello de [illegible]	[illegible]
Monica Villamil 1116835916		000001

· Original: EPS -1a Copia: EMPLEADOR- 2a Copia: AFILIADO -

Pensiones Obligatorias

porvenir

SOCIEDAD ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES Y CESANTÍAS PORVENIR S.A

En condición de administradora del

FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR

NIT 800.144.331 - 3

CERTIFICA QUE:

JUAN ALBERTO SIERRA, identificado(a) con permiso de proteccion temporal **6.378.182**, se encuentra afiliado(a) al **FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR** desde el 16 de julio de 2024.

La presente certificación se expide el 25 de Febrero del 2026.

Cordialmente,

Gerente de Clientes

En Porvenir nos transformamos pensando en tu comodidad, por esto, ponemos a tu disposición los canales digitales para que consultes y obtengas la información de tus productos.

App Porvenir | www.porvenir.com.co

POSITIVA

CER_AFI_2026021828510

LA GERENCIA DE AFILIACIONES Y NOVEDADES

CERTIFICA QUE:

JUAN ALBERTO SIERRA identificado con PT. 6378182 registra la siguiente información en el ramo de Riesgos Laborales:

INFORMACIÓN DEL CONTRATANTE	
Nombres y/o Razón	FUNDACION GESTION SOCIAL
Tipo y Numero de Documento	NI - 900556022

INFORMACIÓN RELACIÓN LABORAL			
Fecha de inicio de cobertura	2026/02/18	**Fecha inicio contrato**	2026/02/18
Tipo de vinculación	Independiente con Contrato	**Fecha de fin contrato**	2026/09/17
Riesgo	1	**Código actividad económica**	1881001 - Actividades de asistencia social sin alojamiento para personas mayores y discapacitadas, incluye los servicios
Estado afiliación	Activa		
Fecha retiro	-	**Estado del contrato**	Activa

Esta certificación se expide a los 7 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: **PT07032026N6378182A12637732.** Este código es válido por un mes.

Cordialmente,

Gerencia de afiliaciones y novedades ARL

POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S. A.

788

FUNDACION GESTION SOCIAL
Nit 900.556.022-3
CALLE 3 7 28 URB LOS MANGOS
Tel: (607) 3208639029
Tame - Colombia

Documento soporte por compras a sujetos no obligados a facturar
No. DSF 264

Proveedor	JUAN ALBERTO SIERRA		
Nit	700.471.939-1	**Teléfono**	(607) 0000000
Dirección	Cra 20 # 16-43	**Ciudad**	Tame - Colombia

Fecha de compra	Fecha de Vencimiento
2026-04-01	--

Ítem	Descripción	Cantidad	Vr. Unitario	Vr. Total
1	Prestación de los servicios como Conserje en el Centro de Bienestar del Adulto Mayor (CBAM) del Municipio de Tame, correspondiente al período comprendido entre el 18 de febrero y el 17 de marzo de 2026, en el marco de la ejecución del Convenio de Asociación No. 002 de 2026	1.00	1,890,000.00	1,890,000.00

Elaborado por Siigo S.A.S Nit: 830.048.145-8

Valor en Letras:
Un millón ochocientos noventa mil pesos m/cte

Condiciones de Pago:
Efectivo $ 1,890,000.00

Total Bruto	1,890,000.00
Total a Pagar	1,890,000.00

Observaciones:

A este Documento se le aplican las normas relativas del Documento Soporte en adquisidores efectuadas a sujetos no obligados a facturar (Resolución 167 de 30 de diciembre de 2021).
Número Autorización 18764102291617 aprobado en 20251129 prefijo DSF desde el número 201 al 600 Vigencia: Vigencia: 24 meses.

CUDS: 9e0dace55f6ae5a5bc864ee91cb56f1bbec92d0aee8348b7cef1a28b08947ccf0b5316a8627669d3daa3a93c3ae84c74

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

Banco de Bogotá

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	PERMISO POR PROTECCIÓN TEMPORAL	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	6378182
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			JUAN ALBERTO SIERRA
CIUDAD/MUNICIPIO:	TAME	DEPARTAMENTO:	ARAUCA
DIRECCIÓN:	CRA 20 N 16 - 43	TELÉFONO:	3112705
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Comercio al por mayor de computadores, equipo per
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:				1113439907	TIPO DE PLANILLA:			I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES	febrero	AÑO	2026	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES	febrero AÑO	2026
DÍAS DE MORA:				0				
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):				2026/03/06	NÚMERO AUTORIZACIÓN:			251672

TOTAL APORTES A PENSIÓN

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	COTIZACIÓN	APORTES VOLUNTARIOS		FSP		MORA		TOTALES		
CÓDIGO	NOMBRE			EMPLEADOR	COTIZANTE	SOLIDARIDAD	SUBSISTENCIA	COTIZACIÓN	FSP	APORTES	MORA	VALOR PAGADO
230301	230301-PORVENIR	1	$ 121.400	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 121.400	$ 0	$ 121.400
SUBTOTALES:										$ 121.400	$ 0	$ 121.400

TOTAL APORTES A SALUD

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD		LICENCIA MATERNIDAD		SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN		MORA		TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
EPS005	EPS005-SANITAS S.A	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 94.900	$ 0	$ 0	$ 0	$ 94.900	$ 0	$ 0	$ 94.900
SUBTOTALES:													$ 94.900	$ 0	$ 0	$ 94.900

TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD IRP			SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN	TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NUMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PAGO A OTROS RIESGOS	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
14-23	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A	1		$ 0	$ 0		$ 0	$ 4.000	$ 4.000	$ 0	$ 0	$ 4.000
SUBTOTALES:									$ 4.000	$ 0	$ 0	$ 4.000

LIQUIDACION DETALLADA APORTES

DATOS DEL COTIZANTE										NOVEDADES																	
Nº	IDENTIFICACIÓN	NOMBRES	TIPO COTIZANTE	SUBTIPO COTIZANTE	SALARIO BÁSICO	TIPO DE SALARIO	COLOMBIANO EXTRANJERO		REFORMA TRIBUTARIA	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP
1	PT 6378182	SIERRA JUAN ALBERTO	INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS		$ 1.750.905				NO	18																

	SEGURIDAD SOCIAL									
	PENSIÓN									
					FSP		APORTES VOLUNTARIOS			
Nº	ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	SUBSISTENCIA	SOLIDARIDAD	EMPLEADOR	EMPLEADO	INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APORTE
1	230301-PORVENIR	13	$ 758.726	$ 121.400	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 121.400

	SEGURIDAD SOCIAL										
	SALUD						ARP				
Nº	ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	TOTAL APORTE	ADMIN	DÍAS COT	IBC	CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APORTE
1	EPS005-SANITAS S.A	13	$ 758.726	$ 94.900	$ 0	$ 94.900	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A	13	$ 758.726	6378182	$ 4.000

	PARAFISCALES							
			CCF		SENA	ICBF	ESAP	MINEDU
Nº	DÍAS COT	IBC	ADMIN	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE
1		$ 0		$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0

TOTAL PAGADO: **$ 220.300**

790

FUNDACION GESTION SOCIAL
Nit 900.556.022-3
CALLE 3 7 28 URB LOS MANGOS
Tel: (607) 3208639029
Tame - Colombia

Documento soporte por compras a sujetos no obligados a facturar
No. DSF 278

Proveedor	JUAN ALBERTO SIERRA		
Nit	700.471.939-1	**Teléfono**	(607) 0000000
Dirección	Cra 20 # 16-43	**Ciudad**	Tame - Colombia

Fecha de compra	Fecha de Vencimiento
2026-04-17	--

Ítem	Descripción	Cantidad	Vr. Unitario	Vr. Total
1	Prestación de los servicios como Conserje en el Centro de Bienestar del Adulto Mayor (CBAM) del Municipio de Tame, correspondiente al período comprendido entre el 18 de marzo y el 17 de abril de 2026, en el marco de la ejecución del Convenio de Asociación No. 002 de 2026	1.00	1,890,000.00	1,890,000.00

Valor en Letras:
Un millón ochocientos noventa mil pesos m/cte

Condiciones de Pago:
Efectivo $ 1,890,000.00

Total Bruto	1,890,000.00
Total a Pagar	1,890,000.00

Observaciones:

Elaborado por Siigo S.A.S Nit: 830.048.145-8

A este Documento se le aplican las normas relativas del Documento Soporte en adquisidores efectuadas a sujetos no obligados a facturar (Resolución 167 de 30 de diciembre de 2021).
Número Autorización 18764102291617 aprobado en 20251129 prefijo DSF desde el número 201 al 600 Vigencia: Vigencia: 24 meses.

CUDS: a5db26965807a67790e136a1365e0630a336d43b9e25a817562623b661c4389fe03cc5fdbe7c7c506ec6175506c065fb

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

Banco de Bogotá

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	PERMISO POR PROTECCIÓN TEMPORAL	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	6378182
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			JUAN ALBERTO SIERRA ARAUJA
CIUDAD/MUNICIPIO:	TAME	DEPARTAMENTO:	3112705
DIRECCIÓN:	CRA 20 N 16 - 43	TELÉFONO:	I-INDEPENDIENTE
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	Comercio al por mayor de computadores, equipo per
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:	1113617457			TIPO DE PLANILLA:			I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES	marzo	AÑO 2026	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES	marzo	AÑO 2026
DÍAS DE MORA:	0						
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):	2026/04/09			NÚMERO AUTORIZACIÓN:	692972		

TOTAL APORTES A PENSIÓN

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	COTIZACIÓN	APORTES VOLUNTARIOS		FSP		MORA		TOTALES		
CÓDIGO	NOMBRE			EMPLEADOR	COTIZANTE	SOLIDARIDAD	SUBSISTENCIA	COTIZACIÓN	FSP	APORTES	MORA	VALOR PAGADO
230301	230301-PORVENIR	1	$ 280.200	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 280.200	$ 0	$ 280.200
SUBTOTALES:										**$ 280.200**	**$ 0**	**$ 280.200**

TOTAL APORTES A SALUD

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD		LICENCIA MATERNIDAD		SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN		MORA		TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
EPS005	EPS005-SANITAS S.A	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 218.900	$ 0	$ 0	$ 0	$ 218.900	$ 0	$ 0	$ 218.900
SUBTOTALES:													**$ 218.900**	**$ 0**	**$ 0**	**$ 218.900**

TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD IRP			SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN	TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PAGO A OTROS RIESGOS	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
14-23	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A	1		$ 0	$ 0		$ 0	$ 9.200	$ 9.200	$ 0	$ 0	$ 9.200
SUBTOTALES:									**$ 9.200**	**$ 0**	**$ 0**	**$ 9.200**

LIQUIDACION DETALLADA APORTES

DATOS DEL COTIZANTE										NOVEDADES																SEGURIDAD SOCIAL																											PARAFISCALES						
																										PENSIÓN								SALUD						ARP									CCF		SENA	ICBF	ESAP	MINEDU
																													FSP																														
Nº	IDENTIFICACIÓN	NOMBRES	TIPO COTIZANTE	SUBTIPO COTIZANTE	SALARIO BÁSICO	TIPO DE SALARIO	COLOMBIANO	EXTRANJERO	RÉGIMEN TRIBUTARIA	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	EDM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	SUBSISTENCIA	SOLIDARIDAD	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADO	INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APORTE	ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	TOTAL APORTE	ADMIN	DÍAS COT	IBC	CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APORTE	DÍAS COT	IBC	ADMIN	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE
1	PT 6378182	SIERRA JUAN ALBERTO	INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS		$ 1.750.905				NO																	230301-PORVENIR	30	$ 1.750.905	$ 280.200	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 280.200	EPS005-SANITAS S.A	30	$ 1.750.905	$ 218.900	$ 0	$ 218.900	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A	30	$ 1.750.905	6378182	$ 9.200		$ 0		$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0

TOTAL PAGADO: $ 508.300

191

792

FUNDACION GESTION SOCIAL
Nit 900.556.022-3
CALLE 3 7 28 URB LOS MANGOS
Tel: (607) 3208639029
Tame - Colombia

Documento soporte por compras a sujetos no obligados a facturar
No. DSF 296

Proveedor	JUAN ALBERTO SIERRA		
Nit	700.471.939-1	**Teléfono**	(607) 0000000
Dirección	Cra 20 # 16-43	**Ciudad**	Tame - Colombia

Fecha de compra	Fecha de Vencimiento
2026-05-19	--

Ítem	Descripción	Cantidad	Vr. Unitario	Vr. Total
1	Prestación de los servicios como Conserje en el Centro de Bienestar del Adulto Mayor (CBAM) del Municipio de Tame, correspondiente al período comprendido entre el 18 de abril y el 17 de mayo de 2026, en el marco de la ejecución del Convenio de Asociación No. 002 de 2026	1.00	1,890,000.00	1,890,000.00

Valor en Letras:
Un millón ochocientos noventa mil pesos m/cte

Condiciones de Pago:
Efectivo $ 1,890,000.00

Total Bruto	1,890,000.00
Total a Pagar	1,890,000.00

Observaciones:

A este Documento se le aplican las normas relativas del Documento Soporte en adquisidores efectuadas a sujetos no obligados a facturar (Resolución 167 de 30 de diciembre de 2021).
Número Autorización 18764102291617 aprobado en 20251129 prefijo DSF desde el número 201 al 600 Vigencia: Vigencia: 24 meses.

CUDS: 67b85a93b2ee0a4479361ba8ea121999cc2f9f00d6a7c1fc6da26a9f36cef8a80baa3e5795f0bb5d5459fe6f14460653

Elaborado por Siigo S.A.S Nit: 830.048.145-8

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

Bancolombia

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	PERMISO POR PROTECCIÓN TEMPORAL	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	6378182
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			JUAN ALBERTO SIERRA
CIUDAD/MUNICIPIO:	TAME	DEPARTAMENTO:	ARAUCA
DIRECCIÓN:	CRA 20 N 16 - 43	TELÉFONO:	3112705
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Comercio al por mayor de computadores, equipo per
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:			6018772027	TIPO DE PLANILLA:			I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES	abril AÑO	2026	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES	abril AÑO	2026
DÍAS DE MORA:			0				
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):			2026/05/06	NÚMERO AUTORIZACIÓN:			285175400

TOTAL APORTES A PENSIÓN

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	COTIZACIÓN	APORTES VOLUNTARIOS		FSP		MORA		TOTALES		
CÓDIGO	NOMBRE			EMPLEADOR	COTIZANTE	SOLIDARIDAD	SUBSISTENCIA	COTIZACIÓN	FSP	APORTES	MORA	VALOR PAGADO
230301	230301-PORVENIR	1	$ 280.200	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 280.200	$ 0	$ 280.200
SUBTOTALES:										$ 280.200	$ 0	$ 280.200

TOTAL APORTES A SALUD

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD		LICENCIA MATERNIDAD		SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN		MORA		TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
EPS005	EPS005-SANITAS S.A	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 218.900	$ 0	$ 0	$ 0	$ 218.900	$ 0	$ 0	$ 218.900
SUBTOTALES:													$ 218.900	$ 0	$ 0	$ 218.900

TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD IRP			SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN	TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NUMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PAGO A OTROS RIESGOS	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
14-23	14-23-POSITIVA CONPAÑIA DE SEGUROS S.A	1		$ 0	$ 0		$ 0	$ 9.200	$ 9.200	$ 0	$ 0	$ 9.200
SUBTOTALES:									$ 9.200	$ 0	$ 0	$ 9.200

LIQUIDACION DETALLADA APORTES

DATOS DEL COTIZANTE										NOVEDADES																
Nº	IDENTIFICACIÓN	NOMBRES	TIPO COTIZANTE	SUBTIPO COTIZANTE	SALARIO BÁSICO	TIPO DE SALARIO	COLOMBIANO	EXTRANJERO	REFORMA TRIBUTARIA	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP
1	PT 6378182	SIERRA JUAN ALBERTO	INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS		$ 1.750.905				NO																	

SEGURIDAD SOCIAL: PENSIÓN									
ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	FSP SUBSISTENCIA	FSP SOLIDARIDAD	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADO	INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APORTE
230301-PORVENIR	30	$ 1.750.905	$ 280.200	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 280.200

SALUD						ARP				
ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	TOTAL APORTE	ADMIN	DÍAS COT	IBC	CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APORTE
EPS005-SANITAS S.A	30	$ 1.750.905	$ 218.900	$ 0	$ 218.900	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A	30	$ 1.750.905	6378182	$ 9.200

PARAFISCALES		CCF		SENA	ICBF	ESAP	MINEDU
DÍAS COT	IBC	ADMIN	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE
	$ 0		$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0

TOTAL PAGADO: $ 508.300