

Armenia, junio de 2026

Doctora

**ADRIANA LUCIA CARDONA VALENCIA**

Supervisor CPS N° 104-2026

Empresas Públicas del Quindío EPQ S.A E.S.P.

**Asunto:** Informe de actividades contrato de apoyo a la gestión 104 de 2026, cuyo objeto es **"PRESTAR APOYO A LA GESTIÓN A LA OFICINA ASESORA DE CONTROL INTERNO DE GESTIÓN DE EMPRESAS PÚBLICAS DEL QUINDÍO S.A. E.S.P., MEDIANTE LA ASISTENCIA ADMINISTRATIVA REQUERIDA PARA EL ADECUADO DESARROLLO DE SUS FUNCIONES"**.

Cordial saludo, De manera respetuosa me permito presentar el TERCER informe de actividades entre el periodo comprendido entre el 27 de abril al 26 de mayo de 2026, correspondiente al contrato de apoyo a la gestión que he celebrado con la entidad.

**Contrato No.** 104-2026

**Tipo de contrato:** APOYO A LA GESTIÓN

**Contratista:** Ana Ximena Arce Blandón

**Objeto:** PRESTAR APOYO A LA GESTION ADMINISTRATIVO A LA OFICINA ASESORA DE CONTROL INTERNO DE GESTION DE EMPRESAS PUBLICAS DEL QUINDÍO E.P.Q.E.A.E.S.P.

**Valor del contrato:** SIETE MILLONES QUINIENTOS MIL PESOS MCTE  
(\$7.500.000)

**Valor Adición:** TRES MILLONES SETESCIENTOS CINCUENTA MIL PESOS  
M/CTE (\$ 3.750.000)

**Forma de Pago:** Empresas Públicas del Quindío E.P.Q S.A E.S.P., cancelará al contratista el valor pactado mediante cuatro (4) pagos parciales a los treinta (30) días calendario vencidos cada uno. por valor de DOS MILLONES QUINIENTOS MIL PESOS MCTE (\$2.500.000), y un último pago de UN MILLON DOSCIENTOS CINCUENTA MIL PESOS M/CTE, previa presentación de la cuenta de cobro, informe de actividades contractuales, soporte del pago al sistema general de seguridad social en salud, pensión y ARL. y la respectiva acta de pago suscrita por el supervisor.

**Fecha de inicio del Contrato:** 26 DE ENERO DE 2026

**Tiempo de ejecución:** Noventa (90) días calendario.

**Tiempo adición:** Cuarenta y Cinco (45) días calendario.

**Fecha de terminación del contrato:** 9 DE JUNIO DE 2026

**Valor a cobrar en la Presente cuenta:** Un millón doscientos cincuenta mil pesos M/CTE (\$1.250.000).

**OBLIGACION No. 1**

Apoyar en la organización y manejo de la información: Clasificar, organizar y mantener actualizada la información y documentación de la Oficina Asesora de Control Interno - Garantizar la trazabilidad de los documentos y datos generados a recibidos en el marco de los procesos administrativos.

1.1 Apoyo en la clasificación y organización documental de los oficios y documentos producidos por la Oficina Control Interno correspondientes al periodo 27 de mayo al 09 de junio de 2026. **Evidencia: Archivo de gestión vigencia 2026 Expedientes Informes derechos de Autor, Informe control Interno contable, Seguimientos Internos, Plan de mejoramiento SSPD, Informe Rendición de la Cuenta, contratación, Plan de mejoramiento CGR.**

1.2 Apoyo en la elaboración de oficio Transferencia de Archivo: **GESTIÓN ADMINISTRATIVA- Proceso de Gestión Documental. Evidencia: Oficio de entrega de expedientes.**

**OBLIGACIÓN No.2**

Elaboración y consolidación de Informes: Colaborar en la elaboración de oficios, informes administrativos, reportes de seguimiento y consolidación de información requerida por la Oficina Asesora de Control Interno.

2.1 Se brindó apoyo para la elaboración de la matriz para la auditoría de Seguimiento a cumplimiento de procesos y procedimientos bajo el SGC . **Evidencia: Matriz\_Verificacion\_Cumplimiento\_Procedimientos en correo institucional [controlinternodegestion@epq.gov.co](mailto:controlinternodegestion@epq.gov.co)**

### **OBLIGACIÓN No. 3**

Seguimiento documental a planes de mejoramiento: Verificar la correcta consolidación de aportes y evidencia de cumplimiento- Reportar periódicamente a los procesos y áreas responsables sobre los pendientes frente a la Oficina Asesora de Control Interno.

**3.1** Durante este periodo no se requirió esta actividad

### **OBLIGACIÓN No. 4**

Apoyo en la gestión de cronogramas: Colaborar en la planificación, actualización y seguimientos de los cronogramas de actividades de la Oficina asesora de Control Interno - Asegurar que las actividades administrativas programadas se cumplan dentro de los tiempos establecidos.

**4.1** Se continúan con la recepción del Programa de Auditorias y seguimientos de la oficina de control interno vigencia 2026, con el fin de brindar apoyo en el control de fechas para cumplimiento, en el registro de actividades realizadas en el mismo documento y brindar apoyo para garantizar que el informe de auditoría, informe de seguimiento, informe de Ley, acta y demás documentos generados por la oficina, reposen en el expediente físico documental. **Evidencia: Programa Anual de Auditoria EPQ 2026- Mayo.**

### **OBLIGACIÓN No. 5**

Control y archivo de soportes: Gestionar, clasificar y archivar soportes documentales necesarias para la correcta ejecución de los procesos administrativos - Mantener la integridad y confidencialidad de la información y documentos que reposan en la Oficina de Control Interno.

**5.1** Apoyé en la correcta clasificación los siguientes expedientes: Informes derechos de Autor, Informe control Interno contable, Seguimientos Internos, Plan de mejoramiento SSPD, Informe Rendición de la Cuenta, contratación, Plan de mejoramiento CGR. **Evidencia: Archivo de gestión vigencia 2026.**

5.2 Apoyo en la actualización de las tapas para las diferentes cajas periodo 2025 y 2026 como también en las cajas y expedientes para la transferencia de Archivo realizada el 01 de junio de 2025. **Evidencia: Archivo de gestión vigencia 2026 y Archivo central.**

#### **OBLIGACIÓN No. 6**

**Desempeño de demás tareas administrativas:** - Ejecutar actividades administrativas adicionales que contribuyan al adecuado desarrollo de las funciones de la Oficina Asesora de Control Interna, baja supervisión directa, sin asumir funciones misionales ni decisiones propias de la entidad.

6.1 Se brindó apoyo administrativo al área comercial durante la jornada de socialización e incentivo al pago oportuno del servicio de acueducto en el municipio de Quimbaya, realizada el 29 de mayo de 2026. La actividad consistió en acompañamiento logístico y apoyo en las acciones de divulgación de información a los usuarios, contribuyendo al desarrollo de las actividades institucionales y al fortalecimiento de la comunicación con la comunidad para realizar los pagos a tiempo.

#### **OBLIGACIÓN No.7**

Participar en reuniones y coordinaciones internas cuando sea requerido, con el fin de garantizar la coherencia y oportunidad de las actividades de apoyo.

7.1 Durante este periodo no se requirió esta actividad.

Atentamente;

*Ana Ximena Arce* 3  
**ANA XIMENA ARCE BLANDÓN**  
CC. 24.814.976




Búsqueda Mis procesos Menú Ir a

Escritorio → Menú → Administración de contratos → **Ver contrato**

**1 Información general**

Cancelar

<

Evaluación de la Entidad Estatal

>

2 Condiciones

VER CONTRATO

3 Bienes y servicios

**Resumen**

4 Documentos del Proveedor

ID del contrato en SECOP CO1.SLCNTR.16829829

5 Documentos del contrato

Número del contrato PS 104 DE 2026

6 Información presupuestal

Versión del contrato 2

7 Ejecución del Contrato

Objeto del contrato

PRESTAR APOYO A LA GESTIÓN A LA OFICINA ASESORA DE CONTROL INTERNO DE GESTIÓN DE EMPRESAS PÚBLICAS DEL QUINDÍO S.A. E.S.P., MEDIANTE LA ASISTENCIA ADMINISTRATIVA REQUERIDA PARA EL ADECUADO DESARROLLO DE SUS FUNCIONES

8 Modificaciones del Contrato

Tipo de contrato

Prestación de servicios

9 Incumplimientos

Fecha de inicio del contrato 26/01/2026 12:00:00 PM ((UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)

Fecha de terminación del contrato 8 horas para terminar (9/06/2026 11:59:00 PM(UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)

Duración del contrato 135 Días

Tiempo adiciones en días 45 días

Proveedor(es) seleccionado(s) ☒ Sí ☐ No

Estado del contrato En ejecución

Liquidación ☐ Sí ☒ No

Obligaciones Ambientales ☐ Sí ☒ No

Obligaciones Pos Consumo ☐ Sí ☒ No

Reversión ☐ Sí ☒ No

**Entidad Estatal**



EMPRESAS PÚBLICAS DEL QUINDIO SA ESP

0 Recomendación (es)

COLOMBIA, Armenia



**Proveedor Seleccionado**



Ana Ximena Arce Blandón

0 Recomendación (es)

COLOMBIA, Montenegro



**Cuenta bancaria del proveedor**

| Proveedor               | Nombre del banco | Tipo de cuenta | Número de cuenta |
|-------------------------|------------------|----------------|------------------|
| Ana Ximena Arce Blandón | DAVIVIENDA       | Ahorros        | 137370011082     |

**Aprobación del contrato**

**Aprobador – Proveedor**

Aprobado por: Ana Ximena Arce Blandón  
Fecha de aprobación: 26/01/2026 10:43:49 AM ((UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)

**Aprobador – Entidad Estatal**

Aprobado por: José Alejandro  
Fecha de aprobación: 26/01/2026 10:53:22 AM

**ARMENIA, QUINDÍO JUNIO 2026**

**CUENTA COBRO # 5**

**EMPRESAS PÚBLICAS DEL QUINDIO S.A.E.S.P:**

**DEBE A:**

**ANA XIMENA ARCE BLANDÓN  
C.C 24.814.976 DE MONTENEGRO QUINDIO**

**LA SUMA DE:**

**UN MILLÓN DOSCIENTOS CINCUENTA MIL PESOS M/CTE (\$ 1.250.000)**

**CUENTA DE AHORROS: DAVIVIENDA No 137370011082**

**POR CONCEPTO DE:**

**Pago parcial.# 5 contrato de prestación de servicios 104-2026**

Bajo la gravedad de juramento manifiesto que NO X tomaré costos y deducciones asociados a las rentas percibidas en esta cuenta de cobro.

Atentamente,



**ANA XIMENA ARCE BLANDÓN  
C.C 24.814.976 DE MONTENEGRO  
CPS 104-2026**

Armenia Quindío. Junio de 2026

SEÑORES:

**EMPRESAS PÚBLICAS DEL QUINDIO E.P.Q S.A., E.S.P**

Armenia Quindío

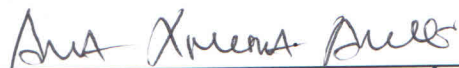
**ASUNTO: RETENCION EN LA FUENTE**

Me permito informarle que para la ejecución del Contrato de Apoyo a la gestión N° 104-2026, suscrito con ustedes, no he contratado o vinculado dos o más trabajadores para realizar esta actividad. De conformidad con lo establecido en el artículo 1 del Decreto 1070 de 2013 *“La retención en la fuente establecida en el presente artículo será aplicable a los pagos o abonos en cuenta por concepto de ingresos por honorarios y por compensación por servicios personales obtenidos por las personas que informen que no han contratado o vinculado dos (2) o más trabajadores asociados a la actividad”*.

Por lo anteriormente expuesto, le solicito NO aplicar la retención en la fuente en los pagos a realizar

Bajo la gravedad de juramento manifiesto que NO X SI        tomaré costos y deducciones asociados a las rentas percibidas en esta cuenta de cobro

Cordialmente:



**ANA XIMENA ARCE BLANDÓN**

C.C.24.814.976

CONTRATISTA CPS 104-2026

Armenia Quindío, junio de 2026

Doctor

**WILLIAM ARIEL GONZALEZ JARA**

Jefe Oficina contabilidad

Empresas Públicas del Quindío S.A E.S.P

Armenia Q.

**Asunto:** Certificación

Yo, **ANA XIMENA ARCE BLANDÓN**, identificado con cedula de ciudadanía **No 24.814.976 de Montenegro Quindío**, manifiesto bajo la gravedad de juramento que presto mis servicios personales a Empresas Públicas del Quindío E.P.Q S.A E.S.P y certifico que no tengo personal bajo mi cargo para el desempeño de mis obligaciones.

Nota: autorizo descuento por concepto de estampilla.

Atentamente,



---

ANA XIMENA ARCE BLANDÓN

C.C No 24.814.976 de Montenegro Quindío.

Contratista área oficina de control interno de gestión.

| DATOS DEL APORTANTE |                   |                         |        |                                            |                    |                                           |
|---------------------|-------------------|-------------------------|--------|--------------------------------------------|--------------------|-------------------------------------------|
| TIPO                | NÚMERO            | NOMBRE APORTANTE        |        | DIRECCIÓN                                  | TELÉFONO           | CORREO                                    |
| CC                  | 24814976          | ANA XIMENA ARCE BLANDON |        | Cll 14 # 14-56 Caffeto<br>Unid Residencial | 6067391151         | anxiarbla53@gmail.com                     |
| FORMA PRESENTACIÓN  | CLASE APORTANTE   | NOMBRE SUCURSAL         | CÓDIGO | DEPARTAMENTO                               | CIUDAD / MUNICIPIO |                                           |
| ÚNICA               | I – Independiente |                         |        | QUINDIO                                    | MONTENEGRO         |                                           |
|                     |                   |                         |        |                                            |                    | EXONERADO PAGO<br>PARAFISCALES Y<br>SALUD |
|                     |                   |                         |        |                                            |                    | NO                                        |

| DATOS DE LA PLANILLA |                                       |                 |                              |                    |              |
|----------------------|---------------------------------------|-----------------|------------------------------|--------------------|--------------|
| PLANILLA ASOCIADA    | FECHA PAGO ASOCIADA<br>(DÍAS/MES/AÑO) | NÚMERO PLANILLA | FECHA PAGO<br>(DÍAS/MES/AÑO) | CANTIDAD EMPLEADOS | CANTIDAD UPC |
|                      |                                       | 85465608        | 09/06/2026                   | 1                  | 0            |
| PERIODO SALUD        | PERIODO PENSIÓN                       | TIPO PLANILLA   | TOTAL NÓMINA                 | TOTAL A PAGAR      |              |
| 2026-05              | 2026-05                               | I               | \$0                          | \$508.300          |              |

## TOTALES POR SUBSISTEMAS

| TOTALES SALUD |           |             |                        |               |                  |       |                     |       |           |                       |                |               |               |
|---------------|-----------|-------------|------------------------|---------------|------------------|-------|---------------------|-------|-----------|-----------------------|----------------|---------------|---------------|
| Código EPS    | Nombre    | NIT         | Cotización Obligatoria | UPC Adicional | Incapacidades    |       | Licencia Maternidad |       | Días Mora | Valor Mora Cotización | Valor Mora UPC | Total a Pagar | No. Afiliados |
|               |           |             |                        |               | No. Autorización | Valor | No. Autorización    | Valor |           |                       |                |               |               |
| EPS037        | Nueva EPS | 900156264-2 | 218.900                | 0             |                  | 0     |                     | 0     | 0         | 0                     | 0              | 218.900       | 1             |

| TOTALES PENSIÓN |          |             |                        |                            |                             |                          |                           |           |                       |                |               |               |
|-----------------|----------|-------------|------------------------|----------------------------|-----------------------------|--------------------------|---------------------------|-----------|-----------------------|----------------|---------------|---------------|
| Código AFP      | Nombre   | NIT         | Cotización Obligatoria | Aporte Voluntario Afiliado | Aporte Voluntario Aportante | Aporte FSP - Solidaridad | Aporte FSP - Subsistencia | Días Mora | Valor Mora Cotización | Valor Mora FSP | Total a Pagar | No. Afiliados |
| 230301          | Porvenir | 800224808-8 | 280.200                | 0                          | 0                           | 0                        | 0                         | 0         | 0                     |                | 280.200       | 1             |

| TOTALES RIESGOS LABORALES |                  |             |                        |                  |       |                        |                       |           |                       |                     |                            |                     |                   |               |               |
|---------------------------|------------------|-------------|------------------------|------------------|-------|------------------------|-----------------------|-----------|-----------------------|---------------------|----------------------------|---------------------|-------------------|---------------|---------------|
| Código ARL                | Nombre           | NIT         | Cotización Obligatoria | Incapacidades    |       | Aportes Otros Sistemas | Valor Neto Cotización | Días Mora | Valor Mora Cotización | Subtotal Cotización | No. Radicado Saldo a Favor | Valor Saldo a Favor | Fondo Solidaridad | Total a Pagar | No. Afiliados |
|                           |                  |             |                        | No. Autorización | Valor |                        |                       |           |                       |                     |                            |                     |                   |               |               |
| 14-23                     | Positiva Seguros | 860011153-6 | 9.200                  |                  |       |                        | 9.200                 | 0         | 0                     | 9.200               |                            |                     | 92                | 9.200         | 1             |

| TOTALES CAJAS |        |     |              |           |                   |               |               |
|---------------|--------|-----|--------------|-----------|-------------------|---------------|---------------|
| Código CCF    | Nombre | NIT | Valor Aporte | Días Mora | Valor Mora Aporte | Total a Pagar | No. Afiliados |

| TOTALES PARAFISCALES |           |                   |               |               |
|----------------------|-----------|-------------------|---------------|---------------|
| Valor Aporte         | Días Mora | Valor Mora Aporte | Total a Pagar | No. Afiliados |
| SENA                 |           |                   |               |               |
| 0                    | 0         | 0                 | 0             | 0             |
| ICBF                 |           |                   |               |               |
| 0                    | 0         | 0                 | 0             | 0             |
| ESAP                 |           |                   |               |               |
|                      |           |                   |               |               |
| MEN                  |           |                   |               |               |
|                      |           |                   |               |               |

| TOTALES POR SUBSISTEMA |                                |                                     |               |
|------------------------|--------------------------------|-------------------------------------|---------------|
| Tipo Administradora    | No. Administradoras Reportadas | Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora | Total a Pagar |
| Salud                  | 1                              | 218.900                             | 218.900       |
| Pensión                | 1                              | 280.200                             | 280.200       |
| Riesgos Laborales      | 1                              | 9.200                               | 9.200         |
| CCF                    | 0                              | 0                                   | 0             |
| ESAP                   | 0                              | 0                                   | 0             |
| ICBF                   | 0                              | 0                                   | 0             |
| MEN                    | 0                              | 0                                   | 0             |
| SENA                   | 0                              | 0                                   | 0             |
| TOTALES                | 3                              | 508.300                             | 508.300       |

| DATOS DEL APORTANTE |                   |                         |        |                                            |                    |                                     |
|---------------------|-------------------|-------------------------|--------|--------------------------------------------|--------------------|-------------------------------------|
| TIPO                | NÚMERO            | NOMBRE APORTANTE        |        | DIRECCIÓN                                  | TELÉFONO           | CORREO                              |
| CC                  | 24814976          | ANA XIMENA ARCE BLANDON |        | Cll 14 # 14-56 Caffeto<br>Unid Residencial | 6067391151         | anxiarbla53@gmail.com               |
| FORMA PRESENTACIÓN  | CLASE APORTANTE   | NOMBRE SUCURSAL         | CÓDIGO | DEPARTAMENTO                               | CIUDAD / MUNICIPIO |                                     |
| ÚNICA               | I – Independiente |                         |        | QUINDIO                                    | MONTENEGRO         |                                     |
|                     |                   |                         |        |                                            |                    | EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD |
|                     |                   |                         |        |                                            |                    | NO                                  |

| DATOS DE LA PLANILLA |                                   |                 |                          |                    |              |
|----------------------|-----------------------------------|-----------------|--------------------------|--------------------|--------------|
| PLANILLA ASOCIADA    | FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO) | NÚMERO PLANILLA | FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO) | CANTIDAD EMPLEADOS | CANTIDAD UPC |
|                      |                                   | 85465608        | 09/06/2026               | 1                  | 0            |
| PERIODO SALUD        | PERIODO PENSIÓN                   | TIPO PLANILLA   | TOTAL NÓMINA             | TOTAL A PAGAR      |              |
| 2026-05              | 2026-05                           | I               | \$0                      | \$508.300          |              |

DETALLE POR COTIZANTE

| INFORMACIÓN COTIZANTE |                                 |                         |           |       |            |                 | INFORMACIÓN NOVEDADES |     |     |     |     |     |     | PENSIÓN |     |     |     |     |     |     | SALUD |     |            | RIESGOS LABORALES |           |      |            | CCF                 |                      |                                | PARAFISCALES                    |          |           |      |                        |          |           |      |                 |            |            |         |      |            |                        |             |             |             |            |
|-----------------------|---------------------------------|-------------------------|-----------|-------|------------|-----------------|-----------------------|-----|-----|-----|-----|-----|-----|---------|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-------|-----|------------|-------------------|-----------|------|------------|---------------------|----------------------|--------------------------------|---------------------------------|----------|-----------|------|------------------------|----------|-----------|------|-----------------|------------|------------|---------|------|------------|------------------------|-------------|-------------|-------------|------------|
| No.                   | Tipo y Número de Identificación | Apellidos y Nombres     | Cotizante | Salud | Extranjero | Colom. exterior | Exonente              | ING | RET | TUE | TAF | TAP | UPP | VST     | VSP | SEN | AGE | LVA | VAC | AVP | VCT   | IRL | CORRECCIÓN | Cód. AFP          | IBC AFP   | Días | Cotización | Voluntario Afiliado | Voluntario Aportante | Fondo pensional de solidaridad | Fondo pensional de subsistencia | Cód. EPS | IBC EPS   | Días | Cotización / Valor UPC | Cód. ARL | IBC ARL   | Días | Clase de Riesgo | Cotización | Código CCF | IBC CCF | Días | Aporte CCF | IBC otros parafiscales | Aporte SENA | Aporte ICBF | Aporte ESAP | Aporte MEN |
| 1                     | CC 24814976                     | ARCE BLANDÓN ANA XIMENA | 59        | 0     |            |                 | N                     |     |     |     |     |     |     |         |     |     |     |     |     |     |       |     |            | 230301            | 1.750.905 | 30   | 280.200    | 0                   | 0                    | 0                              | 0                               | EPS037   | 1.750.905 | 30   | 218.900                | 14-23    | 1.750.905 | 30   | 1               | 9.200      |            | 0       | 0    | 0          | 0                      | 0           | 0           | 0           | 0          |

| DATOS DEL APORTANTE |                   |                         |        |                                            |                    |                                           |
|---------------------|-------------------|-------------------------|--------|--------------------------------------------|--------------------|-------------------------------------------|
| TIPO                | NÚMERO            | NOMBRE APORTANTE        |        | DIRECCIÓN                                  | TELÉFONO           | CORREO                                    |
| CC                  | 24814976          | ANA XIMENA ARCE BLANDON |        | Cll 14 # 14-56 Caffeto<br>Unid Residencial | 6067391151         | anxiarbla53@gmail.com                     |
| FORMA PRESENTACIÓN  | CLASE APORTANTE   | NOMBRE SUCURSAL         | CÓDIGO | DEPARTAMENTO                               | CIUDAD / MUNICIPIO |                                           |
| ÚNICA               | I – Independiente |                         |        | QUINDIO                                    | MONTENEGRO         |                                           |
|                     |                   |                         |        |                                            |                    | EXONERADO PAGO<br>PARAFISCALES Y<br>SALUD |
|                     |                   |                         |        |                                            |                    | NO                                        |

| DATOS DE LA PLANILLA |                                       |                 |                              |                    |              |
|----------------------|---------------------------------------|-----------------|------------------------------|--------------------|--------------|
| PLANILLA ASOCIADA    | FECHA PAGO ASOCIADA<br>(DÍAS/MES/AÑO) | NÚMERO PLANILLA | FECHA PAGO<br>(DÍAS/MES/AÑO) | CANTIDAD EMPLEADOS | CANTIDAD UPC |
|                      |                                       | 90927556        | 12/06/2026                   | 1                  | 0            |
| PERIODO SALUD        | PERIODO PENSIÓN                       | TIPO PLANILLA   | TOTAL NÓMINA                 | TOTAL A PAGAR      |              |
| 2026-06              | 2026-06                               | I               | \$0                          | \$508.300          |              |

## TOTALES POR SUBSISTEMAS

| TOTALES SALUD |           |             |                        |               |                  |       |                     |       |           |                       |                |               |               |
|---------------|-----------|-------------|------------------------|---------------|------------------|-------|---------------------|-------|-----------|-----------------------|----------------|---------------|---------------|
| Código EPS    | Nombre    | NIT         | Cotización Obligatoria | UPC Adicional | Incapacidades    |       | Licencia Maternidad |       | Días Mora | Valor Mora Cotización | Valor Mora UPC | Total a Pagar | No. Afiliados |
|               |           |             |                        |               | No. Autorización | Valor | No. Autorización    | Valor |           |                       |                |               |               |
| EPS037        | Nueva EPS | 900156264-2 | 218.900                | 0             |                  | 0     |                     | 0     | 0         | 0                     | 0              | 218.900       | 1             |

| TOTALES PENSIÓN |          |             |                        |                            |                             |                          |                           |           |                       |                |               |               |
|-----------------|----------|-------------|------------------------|----------------------------|-----------------------------|--------------------------|---------------------------|-----------|-----------------------|----------------|---------------|---------------|
| Código AFP      | Nombre   | NIT         | Cotización Obligatoria | Aporte Voluntario Afiliado | Aporte Voluntario Aportante | Aporte FSP - Solidaridad | Aporte FSP - Subsistencia | Días Mora | Valor Mora Cotización | Valor Mora FSP | Total a Pagar | No. Afiliados |
| 230301          | Porvenir | 800224808-8 | 280.200                | 0                          | 0                           | 0                        | 0                         | 0         | 0                     |                | 280.200       | 1             |

| TOTALES RIESGOS LABORALES |                  |             |                        |                  |       |                        |                       |           |                       |                     |                            |                     |                   |               |               |
|---------------------------|------------------|-------------|------------------------|------------------|-------|------------------------|-----------------------|-----------|-----------------------|---------------------|----------------------------|---------------------|-------------------|---------------|---------------|
| Código ARL                | Nombre           | NIT         | Cotización Obligatoria | Incapacidades    |       | Aportes Otros Sistemas | Valor Neto Cotización | Días Mora | Valor Mora Cotización | Subtotal Cotización | No. Radicado Saldo a Favor | Valor Saldo a Favor | Fondo Solidaridad | Total a Pagar | No. Afiliados |
|                           |                  |             |                        | No. Autorización | Valor |                        |                       |           |                       |                     |                            |                     |                   |               |               |
| 14-23                     | Positiva Seguros | 860011153-6 | 9.200                  |                  |       |                        | 9.200                 | 0         | 0                     | 9.200               |                            |                     | 92                | 9.200         | 1             |

| TOTALES CAJAS |        |     |              |           |                   |               |               |
|---------------|--------|-----|--------------|-----------|-------------------|---------------|---------------|
| Código CCF    | Nombre | NIT | Valor Aporte | Días Mora | Valor Mora Aporte | Total a Pagar | No. Afiliados |

| TOTALES PARAFISCALES |           |                   |               |               |
|----------------------|-----------|-------------------|---------------|---------------|
| Valor Aporte         | Días Mora | Valor Mora Aporte | Total a Pagar | No. Afiliados |
| SENA                 |           |                   |               |               |
| 0                    | 0         | 0                 | 0             | 0             |
| ICBF                 |           |                   |               |               |
| 0                    | 0         | 0                 | 0             | 0             |
| ESAP                 |           |                   |               |               |
|                      |           |                   |               |               |
| MEN                  |           |                   |               |               |
|                      |           |                   |               |               |

| TOTALES POR SUBSISTEMA |                                |                                     |               |
|------------------------|--------------------------------|-------------------------------------|---------------|
| Tipo Administradora    | No. Administradoras Reportadas | Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora | Total a Pagar |
| Salud                  | 1                              | 218.900                             | 218.900       |
| Pensión                | 1                              | 280.200                             | 280.200       |
| Riesgos Laborales      | 1                              | 9.200                               | 9.200         |
| CCF                    | 0                              | 0                                   | 0             |
| ESAP                   | 0                              | 0                                   | 0             |
| ICBF                   | 0                              | 0                                   | 0             |
| MEN                    | 0                              | 0                                   | 0             |
| SENA                   | 0                              | 0                                   | 0             |
| TOTALES                | 3                              | 508.300                             | 508.300       |

| DATOS DEL APORTANTE |                   |                         |        |                                            |                    |                                     |
|---------------------|-------------------|-------------------------|--------|--------------------------------------------|--------------------|-------------------------------------|
| TIPO                | NÚMERO            | NOMBRE APORTANTE        |        | DIRECCIÓN                                  | TELÉFONO           | CORREO                              |
| CC                  | 24814976          | ANA XIMENA ARCE BLANDON |        | Cll 14 # 14-56 Caffeto<br>Unid Residencial | 6067391151         | anxiarbla53@gmail.com               |
| FORMA PRESENTACIÓN  | CLASE APORTANTE   | NOMBRE SUCURSAL         | CÓDIGO | DEPARTAMENTO                               | CIUDAD / MUNICIPIO |                                     |
| ÚNICA               | I – Independiente |                         |        | QUINDIO                                    | MONTENEGRO         |                                     |
|                     |                   |                         |        |                                            |                    | EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD |
|                     |                   |                         |        |                                            |                    | NO                                  |

| DATOS DE LA PLANILLA |                                   |                 |                          |                    |              |
|----------------------|-----------------------------------|-----------------|--------------------------|--------------------|--------------|
| PLANILLA ASOCIADA    | FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO) | NÚMERO PLANILLA | FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO) | CANTIDAD EMPLEADOS | CANTIDAD UPC |
|                      |                                   | 90927556        | 12/06/2026               | 1                  | 0            |
| PERIODO SALUD        | PERIODO PENSIÓN                   | TIPO PLANILLA   | TOTAL NÓMINA             | TOTAL A PAGAR      |              |
| 2026-06              | 2026-06                           | I               | \$0                      | \$508.300          |              |

| DETALLE POR COTIZANTE |                                 |                         |           |         |            |                 |                       |     |     |     |     |     |    |     |     |     |         |     |     |     |     |            |          |           |      |            |                     |                      |                                |                                 |          |           |      |                        |              |           |      |                 |            |            |         |      |            |                        |             |             |             |            |   |   |
|-----------------------|---------------------------------|-------------------------|-----------|---------|------------|-----------------|-----------------------|-----|-----|-----|-----|-----|----|-----|-----|-----|---------|-----|-----|-----|-----|------------|----------|-----------|------|------------|---------------------|----------------------|--------------------------------|---------------------------------|----------|-----------|------|------------------------|--------------|-----------|------|-----------------|------------|------------|---------|------|------------|------------------------|-------------|-------------|-------------|------------|---|---|
| INFORMACIÓN COTIZANTE |                                 |                         |           |         |            |                 | INFORMACIÓN NOVEDADES |     |     |     |     |     |    |     |     |     | PENSIÓN |     |     |     |     |            |          | SALUD     |      |            | RIESGOS LABORALES   |                      |                                |                                 | CCF      |           |      |                        | PARAFISCALES |           |      |                 |            |            |         |      |            |                        |             |             |             |            |   |   |
| No.                   | Tipo y Número de Identificación | Apellidos y Nombres     | Cotizante | Subjeto | Extranjero | Colom. exterior | Exonente              | INS | RET | TDE | TAE | TAP | UP | UPP | SEN | ICE | LVA     | VAC | AVP | VCT | IRL | CORRECCIÓN | Cód. AFP | IBC AFP   | Días | Cotización | Voluntario Afiliado | Voluntario Aportante | Fondo pensional de solidaridad | Fondo pensional de subsistencia | Cód. EPS | IBC EPS   | Días | Cotización / Valor UPC | Cód. ARL     | IBC ARL   | Días | Clase de Riesgo | Cotización | Código CCF | IBC CCF | Días | Aporte CCF | IBC otros parafiscales | Aporte SENA | Aporte ICBF | Aporte ESAP | Aporte MEN |   |   |
| 1                     | CC 24814976                     | ARCE BLANDON ANA XIMENA | 59        | 0       |            |                 | N                     |     |     |     |     |     |    |     |     |     |         |     |     |     |     |            | 230301   | 1.750.905 | 30   | 280.200    | 0                   | 0                    | 0                              | 0                               | EP5037   | 1.750.905 | 30   | 218.900                | 14-23        | 1.750.905 | 30   | 1               | 9.200      |            | 0       | 0    | 0          | 0                      | 0           | 0           | 0           | 0          | 0 | 0 |