



# **CIVIJURIS S.A.S**

## **CERTIFICACION DE PAGOS A LA SEGURIDAD SOCIAL Y PARAFISCALES**

La suscrita Representante Legal de CIVIJURIS identificada con NIT 811010358-6 certifica que para el mes mayo de 2026 la situacion de seguridad social es la siguiente:

1° Que de conformidad con lo establecido el artículo 50 de la Ley 789 de 2002, la empresa se encuentra a paz y salvo por concepto de aportes al sistema de la seguridad y parafiscales, a la fecha, y seis meses hacia atrás.

2° Que la empresa, a la fecha, tiene dos (3) trabajadores a cargo.

3° Los demás abogados y contratistas que prestan los servicios no tienen vínculo laboral. No obstante, se anexan planillas de los profesionales del derecho para mayor transparencia y control.

Medellín, mayo de 2026

Atentamente,

  
MARCELA TAMAYO ARANGO

REPRESENTANTE LEGAL CIVIJURIS SAS



| DATOS GENERALES DEL APORTANTE                                             |                               |                           |
|---------------------------------------------------------------------------|-------------------------------|---------------------------|
| TIPO IDENTIFICACIÓN:                                                      | NIT NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN: | 811010358                 |
| NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:                                                    |                               | CIVIJURIS SAS             |
| CIUDAD/MUNICIPIO:                                                         | MEDELLIN DEPARTAMENTO:        | ANTIOQUIA                 |
| DIRECCIÓN:                                                                | CALLE 37 # 79 14 TELÉFONO:    | 4127312                   |
| TIPO APORTANTE:                                                           | 01-EMPLEADOR CLASE APORTANTE: | B-MENOS DE 200 COTIZANTES |
| TIPO EMPRESA:                                                             | PRIVADA ACTIVIDAD ECONOMICA:  | Actividades reguladoras y |
| FORMA DE PRESENTACIÓN:                                                    | ÚNICO                         |                           |
| APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA): |                               | SI                        |

| DATOS GENERALES DE LA PLANILLA |                   |                                |
|--------------------------------|-------------------|--------------------------------|
| NÚMERO PLANILLA:               | <b>6015387408</b> | TIPO DE PLANILLA: E-EMPLEADOS  |
| PERIODO COTIZACIÓN:            | MES: abril        | PERIODO COTIZACIÓN MES: mayo   |
| OTROS SUBSISTEMAS:             | AÑO: 2026         | SALUD: AÑO: 2026               |
| DÍAS DE MORA:                  | 0                 |                                |
| FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):       | 2026/05/15        | NÚMERO AUTORIZACIÓN: 310062233 |

| LIQUIDACIÓN GENERAL   |        |                                        |            |              |
|-----------------------|--------|----------------------------------------|------------|--------------|
|                       |        |                                        | TOTALES    |              |
|                       |        |                                        | COTIZANTES | TOTAL PAGADO |
| PENSIÓN               |        |                                        |            |              |
| ADMINISTRADORA        |        |                                        |            |              |
| NIT                   | CÓDIGO | NOMBRE                                 |            |              |
| 9003360047            | 25-14  | 25-14 COLPENSIONES                     | 1          | \$ 2.380.000 |
| 8002279406            | 231001 | 231001-COLFONDOS                       | 1          | \$ 280.200   |
| 8002248088            | 230301 | 230301-PORVENIR                        | 1          | \$ 320.000   |
| SUBTOTAL:             |        |                                        | 3          | \$ 2.980.200 |
| SALUD                 |        |                                        |            |              |
| ADMINISTRADORA        |        |                                        |            |              |
| NIT                   | CÓDIGO | NOMBRE                                 |            |              |
| 8000887022            | EPS010 | CIA SURAMERICANA DE SERVICIOS DE SALUD | 3          | \$ 880.100   |
| SUBTOTAL:             |        |                                        | 3          | \$ 880.100   |
| CAJA DE COMPENSACIÓN  |        |                                        |            |              |
| ADMINISTRADORA        |        |                                        |            |              |
| NIT                   | CÓDIGO | NOMBRE                                 |            |              |
| 8909008419            | CCF04  | CCF04-CCF DE ANTIOQUIA                 | 3          | \$ 710.100   |
| SUBTOTAL:             |        |                                        | 3          | \$ 710.100   |
| RIESGOS PROFESIONALES |        |                                        |            |              |
| ADMINISTRADORA        |        |                                        |            |              |
| NIT                   | CÓDIGO | NOMBRE                                 |            |              |
| 8600111536            | 14-23  | 14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A | 3          | \$ 178.400   |
| SUBTOTAL:             |        |                                        | 3          | \$ 178.400   |
| OTROS PARAFISCALES    |        |                                        |            |              |
| ADMINISTRADORA        |        |                                        |            |              |
| NIT                   | CÓDIGO | NOMBRE                                 |            |              |
| 8999992392            | PAICBF | PAICBF-ICBF                            | 1          | \$ 60.000    |
| SUBTOTAL:             |        |                                        |            | \$ 60.000    |

|                        |                     |
|------------------------|---------------------|
| <b>VALOR SIN MORA:</b> | <b>\$ 4.808.800</b> |
| <b>VALOR MORA:</b>     | <b>\$ 0</b>         |
| <b>TOTAL PAGADO:</b>   | <b>\$ 4.808.800</b> |

**DATOS GENERALES DEL APORTANTE**

|                                                                           |                      |                           |                                      |
|---------------------------------------------------------------------------|----------------------|---------------------------|--------------------------------------|
| TIPO IDENTIFICACIÓN:                                                      | CÉDULA DE CIUDADANÍA | NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN: | 32105744                             |
| NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:                                                    |                      |                           | NATALIA TAMAYO ARANGO                |
| CIUDAD/MUNICIPIO:                                                         | MEDELLIN             | DEPARTAMENTO:             | ANTIOQUIA                            |
| DIRECCIÓN:                                                                | CARRERA 35 1-31      | TELÉFONO:                 | 2500635                              |
| TIPO APORTANTE:                                                           | 02-INDEPENDIENTE     | CLASE APORTANTE:          | I-INDEPENDIENTE                      |
| TIPO EMPRESA:                                                             | PRIVADA              | ACTIVIDAD ECONOMICA:      | Actividades de atención residencial, |
| FORMA DE PRESENTACIÓN:                                                    | ÚNICO                |                           |                                      |
| APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA): | NO                   |                           |                                      |

**DATOS GENERALES DE LA PLANILLA**

|                          |                   |                      |                  |
|--------------------------|-------------------|----------------------|------------------|
| NÚMERO PLANILLA:         | <b>6014369481</b> | TIPO DE PLANILLA:    | I-INDEPENDIENTES |
| PERIODO COTIZACIÓN       | MES: abril        | PERIODO COTIZACIÓN   | MES: abril       |
| OTROS SUBSISTEMAS:       | AÑO: 2026         | SALUD:               | AÑO: 2026        |
| DÍAS DE MORA:            | 0                 |                      |                  |
| FECHA PAGO (aaaa/mm/dd): | 2026/04/30        | NÚMERO AUTORIZACIÓN: | 266987940        |

**NOVEDADES**

| ING | RET | TDE | TAE | TDP | TAP | COR | VSP | VST | SLN | COM | IGE | LMA | VAC | AVP | VCT | IRP |
|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|
|     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |

**LIQUIDACIÓN GENERAL**

|                |        |                                        | TOTALES    |              |
|----------------|--------|----------------------------------------|------------|--------------|
|                |        |                                        | COTIZANTES | TOTAL PAGADO |
| PENSIÓN        |        |                                        |            |              |
| ADMINISTRADORA |        |                                        |            |              |
| NIT            | CÓDIGO | NOMBRE                                 |            |              |
| 8002297390     | 230201 | 230201- PROTECCION                     | 1          | \$ 432.000   |
| SUBTOTAL:      |        |                                        | 1          | \$ 432.000   |
| SALUD          |        |                                        |            |              |
| ADMINISTRADORA |        |                                        |            |              |
| NIT            | CÓDIGO | NOMBRE                                 |            |              |
| 8000887022     | EPS010 | CIA SURAMERICANA DE SERVICIOS DE SALUD | 1          | \$ 337.500   |
| SUBTOTAL:      |        |                                        | 1          | \$ 337.500   |

|                        |                   |
|------------------------|-------------------|
| <b>VALOR SIN MORA:</b> | <b>\$ 769.500</b> |
| <b>VALOR MORA:</b>     | <b>\$ 0</b>       |
| <b>TOTAL PAGADO:</b>   | <b>\$ 769.500</b> |

# PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES

## SOPORTE DE PAGO PARA EL COTIZANTE CC 1035862562

| DATOS GENERALES DEL APORTANTE                                             |                                |                          |                        |
|---------------------------------------------------------------------------|--------------------------------|--------------------------|------------------------|
| Nombre ó Razón Social                                                     | MARIA ADELAIDA SIERRA RESTREPO |                          |                        |
| Tipo Identificación                                                       | CÉDULA DE CIUDADANÍA           | Número de Identificación | 1035862562             |
| Ciudad/Municipio                                                          | GIRARDOTA                      | Departamento             | ANTIOQUIA              |
| Dirección                                                                 | CARRERA 15 5B 10 APTO. 301     | Teléfono                 | 2892850                |
| Tipo Empresa                                                              | PRIVADA                        | Actividad Económica      | Actividades jurídicas. |
| Tipo Aportante                                                            | 02-INDEPENDIENTE               | Clase Aportante          | I-INDEPENDIENTE        |
| Forma Presentación                                                        | SUCURSAL                       | Sucursal/Dependencia     | 02 - CONTRATO 2        |
| APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA): |                                |                          | NO                     |

| DATOS GENERALES DE LA PLANILLA |             |                          |                  |
|--------------------------------|-------------|--------------------------|------------------|
| Número Planilla                | 6015754001  | Tipo de Planilla         | I-INDEPENDIENTES |
| Periodo Cotización Otros       | mayo / 2026 | Periodo Cotización Salud | mayo / 2026      |
| Días de Mora                   | 0           | Fecha Pago               | 2026/05/14       |
| Número Autorización            | 306742454   |                          |                  |

| INFORMACIÓN BÁSICA                                                         |                        |                                          |                 |
|----------------------------------------------------------------------------|------------------------|------------------------------------------|-----------------|
| Nombres                                                                    | MARIA ADELAIDA         | Apellidos                                | SIERRA RESTREPO |
| Tipo de Identificación                                                     | CC                     | Número de Identificación                 | 1035862562      |
| Tipo cotizante                                                             | INDEPENDIENTE CONTRATO | Subtipo Cotizante                        |                 |
| Colombiano Temporalmente en el Exterior                                    | NO                     | Extranjero no obligado a cotizar Pensión | NO              |
| COTIZANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA) : |                        |                                          | NO              |
| Departamento                                                               | ANTIOQUIA              | Municipio                                | GIRARDOTA       |
| Salario Básico                                                             | \$ 3.200.000           | Tipo de Salario                          |                 |

| NOVEDADES |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |
|-----------|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|
| ING       | RET | TDE | TAE | TDP | TAP | COR | VSP | VST | SLN | COM | IGE | LMA | VAC | AVP | VCT | IRP |
|           |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |

| APORTES REALIZADOS A SEGURIDAD SOCIAL |          |                               |                    |
|---------------------------------------|----------|-------------------------------|--------------------|
| <b>PENSIÓN</b>                        |          | Administradora                | 230201- PROTECCION |
| Días                                  | 30       | IBC                           | \$ 3.200.000       |
| Tarifa                                | 16,000 % | Cotización Obligatoria        | \$ 512.000         |
| FSP - Solidaridad                     | \$ 0     | FSP - Subsistencia            | \$ 0               |
| Aportes Voluntarios Empleador         | \$ 0     | Aportes Voluntarios Cotizante | \$ 0               |
| Indicador tarifa especial             | Normal   | <b>Total Aporte</b>           | <b>\$ 512.000</b>  |

|                                  |          |                        |                               |
|----------------------------------|----------|------------------------|-------------------------------|
| <b>SALUD</b>                     |          | Administradora         | CIA SURAMERICANA DE SERVICIOS |
| Días                             | 30       | IBC                    | \$ 3.200.000                  |
| Tarifa                           | 12,500 % | Cotización Obligatoria | \$ 400.000                    |
| Nro Incapacidad por Enf. General |          | Valor                  | \$ 0                          |
| Nro Licencia de Maternidad       |          | Valor                  | \$ 0                          |
| Valor ADRES                      | \$ 0     | <b>Total Aporte</b>    | <b>\$ 400.000</b>             |

|                              |           |                     |                  |
|------------------------------|-----------|---------------------|------------------|
| <b>RIESGOS PROFESIONALES</b> |           | Administradora      | 14-25-COLMENA    |
| Días                         | 30        | IBC                 | \$ 3.200.000     |
| Clase de Riesgo              | I         | Tarifa              | 0,522 %          |
| Centro de Trabajo            | 103586256 | <b>Total Aporte</b> | <b>\$ 16.800</b> |

**TOTAL PAGADO:**

**\$ 928.800**

# PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES

## SOPORTE DE PAGO PARA EL COTIZANTE CC 1035862562

| DATOS GENERALES DEL APORTANTE                                             |                                |                          |                        |
|---------------------------------------------------------------------------|--------------------------------|--------------------------|------------------------|
| Nombre ó Razón Social                                                     | MARIA ADELAIDA SIERRA RESTREPO |                          |                        |
| Tipo Identificación                                                       | CÉDULA DE CIUDADANÍA           | Número de Identificación | 1035862562             |
| Ciudad/Municipio                                                          | GIRARDOTA                      | Departamento             | ANTIOQUIA              |
| Dirección                                                                 | CARRERA 15 5B 10 APTO. 301     | Teléfono                 | 2892850                |
| Tipo Empresa                                                              | PRIVADA                        | Actividad Económica      | Actividades jurídicas. |
| Tipo Aportante                                                            | 02-INDEPENDIENTE               | Clase Aportante          | I-INDEPENDIENTE        |
| Forma Presentación                                                        | SUCURSAL                       | Sucursal/Dependencia     | 04 - MUNICIPIO         |
| APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA): |                                |                          | NO                     |

| DATOS GENERALES DE LA PLANILLA |             |                          |                  |
|--------------------------------|-------------|--------------------------|------------------|
| Número Planilla                | 6015751691  | Tipo de Planilla         | I-INDEPENDIENTES |
| Periodo Cotización Otros       | mayo / 2026 | Periodo Cotización Salud | mayo / 2026      |
| Días de Mora                   | 0           | Fecha Pago               | 2026/05/14       |
| Número Autorización            | 306466369   |                          |                  |

| INFORMACIÓN BÁSICA                                                         |                        |                                          |                 |
|----------------------------------------------------------------------------|------------------------|------------------------------------------|-----------------|
| Nombres                                                                    | MARIA ADELAIDA         | Apellidos                                | SIERRA RESTREPO |
| Tipo de Identificación                                                     | CC                     | Número de Identificación                 | 1035862562      |
| Tipo cotizante                                                             | INDEPENDIENTE CONTRATO | Subtipo Cotizante                        |                 |
| Colombiano Temporalmente en el Exterior                                    | NO                     | Extranjero no obligado a cotizar Pensión | NO              |
| COTIZANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA) : |                        |                                          | NO              |
| Departamento                                                               | ANTIOQUIA              | Municipio                                | GIRARDOTA       |
| Salario Básico                                                             | \$ 3.785.000           | Tipo de Salario                          |                 |

| NOVEDADES |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |
|-----------|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|
| ING       | RET | TDE | TAE | TDP | TAP | COR | VSP | VST | SLN | COM | IGE | LMA | VAC | AVP | VCT | IRP |
|           |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |

| APORTES REALIZADOS A SEGURIDAD SOCIAL |          |                               |                    |
|---------------------------------------|----------|-------------------------------|--------------------|
| <b>PENSIÓN</b>                        |          | Administradora                | 230201- PROTECCION |
| Días                                  | 30       | IBC                           | \$ 3.785.000       |
| Tarifa                                | 16,000 % | Cotización Obligatoria        | \$ 605.600         |
| FSP - Solidaridad                     | \$ 0     | FSP - Subsistencia            | \$ 0               |
| Aportes Voluntarios Empleador         | \$ 0     | Aportes Voluntarios Cotizante | \$ 0               |
| Indicador tarifa especial             | Normal   | <b>Total Aporte</b>           | <b>\$ 605.600</b>  |

|                                  |          |                        |                               |
|----------------------------------|----------|------------------------|-------------------------------|
| <b>SALUD</b>                     |          | Administradora         | CIA SURAMERICANA DE SERVICIOS |
| Días                             | 30       | IBC                    | \$ 3.785.000                  |
| Tarifa                           | 12,500 % | Cotización Obligatoria | \$ 473.200                    |
| Nro Incapacidad por Enf. General |          | Valor                  | \$ 0                          |
| Nro Licencia de Maternidad       |          | Valor                  | \$ 0                          |
| Valor ADRES                      | \$ 0     | <b>Total Aporte</b>    | <b>\$ 473.200</b>             |

|                              |           |                     |                            |
|------------------------------|-----------|---------------------|----------------------------|
| <b>RIESGOS PROFESIONALES</b> |           | Administradora      | 14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE |
| Días                         | 30        | IBC                 | \$ 3.785.000               |
| Clase de Riesgo              | I         | Tarifa              | 0,522 %                    |
| Centro de Trabajo            | 103586256 | <b>Total Aporte</b> | <b>\$ 19.800</b>           |

|                      |                     |
|----------------------|---------------------|
| <b>TOTAL PAGADO:</b> | <b>\$ 1.098.600</b> |
|----------------------|---------------------|

# PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES

## SOPORTE DE PAGO PARA EL COTIZANTE CC 1035862562

| DATOS GENERALES DEL APORTANTE                                             |                                |                          |                        |
|---------------------------------------------------------------------------|--------------------------------|--------------------------|------------------------|
| Nombre ó Razón Social                                                     | MARIA ADELAIDA SIERRA RESTREPO |                          |                        |
| Tipo Identificación                                                       | CÉDULA DE CIUDADANÍA           | Número de Identificación | 1035862562             |
| Ciudad/Municipio                                                          | GIRARDOTA                      | Departamento             | ANTIOQUIA              |
| Dirección                                                                 | CARRERA 15 5B 10 APTO. 301     | Teléfono                 | 2892850                |
| Tipo Empresa                                                              | PRIVADA                        | Actividad Económica      | Actividades jurídicas. |
| Tipo Aportante                                                            | 02-INDEPENDIENTE               | Clase Aportante          | I-INDEPENDIENTE        |
| Forma Presentación                                                        | SUCURSAL                       | Sucursal/Dependencia     | 01 - CONTRATO 1        |
| APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA): |                                |                          | NO                     |

| DATOS GENERALES DE LA PLANILLA |             |                          |                  |
|--------------------------------|-------------|--------------------------|------------------|
| Número Planilla                | 6015752777  | Tipo de Planilla         | I-INDEPENDIENTES |
| Periodo Cotización Otros       | mayo / 2026 | Periodo Cotización Salud | mayo / 2026      |
| Días de Mora                   | 0           | Fecha Pago               | 2026/05/14       |
| Número Autorización            | 306475955   |                          |                  |

| INFORMACIÓN BÁSICA                                                         |                        |                                          |                 |
|----------------------------------------------------------------------------|------------------------|------------------------------------------|-----------------|
| Nombres                                                                    | MARIA ADELAIDA         | Apellidos                                | SIERRA RESTREPO |
| Tipo de Identificación                                                     | CC                     | Número de Identificación                 | 1035862562      |
| Tipo cotizante                                                             | INDEPENDIENTE CONTRATO | Subtipo Cotizante                        |                 |
| Colombiano Temporalmente en el Exterior                                    | NO                     | Extranjero no obligado a cotizar Pensión | NO              |
| COTIZANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA) : |                        |                                          | NO              |
| Departamento                                                               | ANTIOQUIA              | Municipio                                | GIRARDOTA       |
| Salario Básico                                                             | \$ 3.259.000           | Tipo de Salario                          |                 |

| NOVEDADES |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |
|-----------|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|
| ING       | RET | TDE | TAE | TDP | TAP | COR | VSP | VST | SLN | COM | IGE | LMA | VAC | AVP | VCT | IRP |
|           |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |

| APORTES REALIZADOS A SEGURIDAD SOCIAL |          |                               |                    |
|---------------------------------------|----------|-------------------------------|--------------------|
| <b>PENSIÓN</b>                        |          | Administradora                | 230201- PROTECCION |
| Días                                  | 30       | IBC                           | \$ 3.259.000       |
| Tarifa                                | 16,000 % | Cotización Obligatoria        | \$ 521.500         |
| FSP - Solidaridad                     | \$ 0     | FSP - Subsistencia            | \$ 0               |
| Aportes Voluntarios Empleador         | \$ 0     | Aportes Voluntarios Cotizante | \$ 0               |
| Indicador tarifa especial             | Normal   | <b>Total Aporte</b>           | <b>\$ 521.500</b>  |

|                                  |          |                        |                               |
|----------------------------------|----------|------------------------|-------------------------------|
| <b>SALUD</b>                     |          | Administradora         | CIA SURAMERICANA DE SERVICIOS |
| Días                             | 30       | IBC                    | \$ 3.259.000                  |
| Tarifa                           | 12,500 % | Cotización Obligatoria | \$ 407.400                    |
| Nro Incapacidad por Enf. General |          | Valor                  | \$ 0                          |
| Nro Licencia de Maternidad       |          | Valor                  | \$ 0                          |
| Valor ADRES                      | \$ 0     | <b>Total Aporte</b>    | <b>\$ 407.400</b>             |

|                              |           |                     |                            |
|------------------------------|-----------|---------------------|----------------------------|
| <b>RIESGOS PROFESIONALES</b> |           | Administradora      | 14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE |
| Días                         | 30        | IBC                 | \$ 3.259.000               |
| Clase de Riesgo              | I         | Tarifa              | 0,522 %                    |
| Centro de Trabajo            | 103586256 | <b>Total Aporte</b> | <b>\$ 17.100</b>           |

**TOTAL PAGADO:**

**\$ 946.000**

| DATOS GENERALES DEL APORTANTE                                             |                        |                                                |
|---------------------------------------------------------------------------|------------------------|------------------------------------------------|
| TIPO IDENTIFICACIÓN:                                                      | CÉDULA DE CIUDADANÍA   | NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN: 43549300             |
| NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:                                                    | MARCELA TAMAYO ARANGO  |                                                |
| CIUDAD/MUNICIPIO:                                                         | MEDELLIN DEPARTAMENTO: | ANTIOQUIA                                      |
| DIRECCIÓN:                                                                | CALLE 37 # 79 12       | TELÉFONO: 4164840                              |
| TIPO APORTANTE:                                                           | 02-INDEPENDIENTE       | CLASE APORTANTE: I-INDEPENDIENTE               |
| TIPO EMPRESA:                                                             | PRIVADA                | ACTIVIDAD ECONOMICA: Actividades reguladoras y |
| FORMA DE PRESENTACIÓN:                                                    | ÚNICO                  |                                                |
| APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA): | NO                     |                                                |

| DATOS GENERALES DE LA PLANILLA |                   |                                    |
|--------------------------------|-------------------|------------------------------------|
| NÚMERO PLANILLA:               | <b>6016408638</b> | TIPO DE PLANILLA: I-INDEPENDIENTES |
| PERIODO COTIZACIÓN             | MES: mayo         | PERIODO COTIZACIÓN MES: mayo       |
| OTROS SUBSISTEMAS:             | AÑO: 2026         | SALUD: AÑO: 2026                   |
| DÍAS DE MORA:                  | 0                 |                                    |
| FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):       | 2026/05/22        | NÚMERO AUTORIZACIÓN: 329041880     |

| NOVEDADES |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |  |
|-----------|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|--|
| ING       | RET | TDE | TAE | TDP | TAP | COR | VSP | VST | SLN | COM | IGE | LMA | VAC | AVP | VCT | IRP |  |
|           |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |  |

| LIQUIDACIÓN GENERAL   |        |                                        |            |              |
|-----------------------|--------|----------------------------------------|------------|--------------|
|                       |        |                                        | TOTALES    |              |
|                       |        |                                        | COTIZANTES | TOTAL PAGADO |
| PENSIÓN               |        |                                        |            |              |
| ADMINISTRADORA        |        |                                        |            |              |
| NIT                   | CÓDIGO | NOMBRE                                 |            |              |
| 9003360047            | 25-14  | 25-14 COLPENSIONES                     | 1          | \$ 3.400.000 |
| SUBTOTAL:             |        |                                        | 1          | \$ 3.400.000 |
|                       |        |                                        |            |              |
| SALUD                 |        |                                        |            |              |
| ADMINISTRADORA        |        |                                        |            |              |
| NIT                   | CÓDIGO | NOMBRE                                 |            |              |
| 8000887022            | EPS010 | CIA SURAMERICANA DE SERVICIOS DE SALUD | 1          | \$ 2.500.000 |
| SUBTOTAL:             |        |                                        | 1          | \$ 2.500.000 |
|                       |        |                                        |            |              |
| RIESGOS PROFESIONALES |        |                                        |            |              |
| ADMINISTRADORA        |        |                                        |            |              |
| NIT                   | CÓDIGO | NOMBRE                                 |            |              |
| 8600111536            | 14-23  | 14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A | 1          | \$ 104.400   |
| SUBTOTAL:             |        |                                        | 1          | \$ 104.400   |
|                       |        |                                        |            |              |

|                        |                     |
|------------------------|---------------------|
| <b>VALOR SIN MORA:</b> | <b>\$ 6.004.400</b> |
| <b>VALOR MORA:</b>     | <b>\$ 0</b>         |
| <b>TOTAL PAGADO:</b>   | <b>\$ 6.004.400</b> |

| DATOS GENERALES DEL APORTANTE                                             |                      |                                                |
|---------------------------------------------------------------------------|----------------------|------------------------------------------------|
| TIPO IDENTIFICACIÓN:                                                      | CÉDULA DE CIUDADANÍA | NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN: 15350729             |
| NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:                                                    | EFRAIN GOMEZ CARDONA |                                                |
| CIUDAD/MUNICIPIO:                                                         | MEDELLIN             | DEPARTAMENTO: ANTIOQUIA                        |
| DIRECCIÓN:                                                                | CALLE 37 # 79 18     | TELÉFONO: 4127312                              |
| TIPO APORTANTE:                                                           | 02-INDEPENDIENTE     | CLASE APORTANTE: I-INDEPENDIENTE               |
| TIPO EMPRESA:                                                             | PRIVADA              | ACTIVIDAD ECONOMICA: Actividades reguladoras y |
| FORMA DE PRESENTACIÓN:                                                    | ÚNICO                |                                                |
| APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA): | NO                   |                                                |

| DATOS GENERALES DE LA PLANILLA |                   |                                    |
|--------------------------------|-------------------|------------------------------------|
| NÚMERO PLANILLA:               | <b>6023368498</b> | TIPO DE PLANILLA: I-INDEPENDIENTES |
| PERIODO COTIZACIÓN             | MES: mayo         | PERIODO COTIZACIÓN MES: mayo       |
| OTROS SUBSISTEMAS:             | AÑO: 2026         | SALUD: AÑO: 2026                   |
| DÍAS DE MORA:                  | 0                 |                                    |
| FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):       | 2026/06/09        | NÚMERO AUTORIZACIÓN: 375634594     |

| NOVEDADES |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |  |
|-----------|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|--|
| ING       | RET | TDE | TAE | TDP | TAP | COR | VSP | VST | SLN | COM | IGE | LMA | VAC | AVP | VCT | IRP |  |
|           |     |     |     |     |     |     | X   |     |     |     |     |     |     |     |     |     |  |

| LIQUIDACIÓN GENERAL   |        |                                        |  |  |            |              |
|-----------------------|--------|----------------------------------------|--|--|------------|--------------|
|                       |        |                                        |  |  | TOTALES    |              |
|                       |        |                                        |  |  | COTIZANTES | TOTAL PAGADO |
| SALUD                 |        |                                        |  |  |            |              |
| ADMINISTRADORA        |        |                                        |  |  |            |              |
| NIT                   | CÓDIGO | NOMBRE                                 |  |  |            |              |
| 8000887022            | EPS010 | CIA SURAMERICANA DE SERVICIOS DE SALUD |  |  | 1          | \$ 287.100   |
| SUBTOTAL:             |        |                                        |  |  | 1          | \$ 287.100   |
|                       |        |                                        |  |  |            |              |
| RIESGOS PROFESIONALES |        |                                        |  |  |            |              |
| ADMINISTRADORA        |        |                                        |  |  |            |              |
| NIT                   | CÓDIGO | NOMBRE                                 |  |  |            |              |
| 8600111536            | 14-23  | 14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A |  |  | 1          | \$ 12.000    |
| SUBTOTAL:             |        |                                        |  |  | 1          | \$ 12.000    |
|                       |        |                                        |  |  |            |              |

|                      |                   |
|----------------------|-------------------|
| VALOR SIN MORA:      | \$ 299.100        |
| VALOR MORA:          | \$ 0              |
| <b>TOTAL PAGADO:</b> | <b>\$ 299.100</b> |



# **CIVIJURIS S.A.S**

## **CERTIFICACION DE PAGOS A LA SEGURIDAD SOCIAL Y PARAFISCALES**

La suscrita Representante Legal de CIVIJURIS identificada con NIT 811010358-6 certifica que para el mes junio de 2026 la situacion de seguridad social es la siguiente:

1° Que de conformidad con lo establecido el artículo 50 de la Ley 789 de 2002, la empresa se encuentra a paz y salvo por concepto de aportes al sistema de la seguridad y parafiscales, a la fecha, y seis meses hacia atrás.

2° Que la empresa, a la fecha, tiene dos (3) trabajadores a cargo.

3° Los demás abogados y contratistas que prestan los servicios no tienen vínculo laboral. No obstante, se anexan planillas de los profesionales del derecho para mayor transparencia y control.

Medellín, junio de 2026

Atentamente,

  
MARCELA TAMAYO ARANGO

REPRESENTANTE LEGAL CIVIJURIS SAS



| DATOS GENERALES DEL APORTANTE                                             |                               |  |                           |  |
|---------------------------------------------------------------------------|-------------------------------|--|---------------------------|--|
| TIPO IDENTIFICACIÓN:                                                      | NIT NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN: |  | 811010358                 |  |
| NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:                                                    |                               |  | CIVIJURIS SAS             |  |
| CIUDAD/MUNICIPIO:                                                         | MEDELLIN DEPARTAMENTO:        |  | ANTIOQUIA                 |  |
| DIRECCIÓN:                                                                | CALLE 37 # 79 14 TELÉFONO:    |  | 4127312                   |  |
| TIPO APORTANTE:                                                           | 01-EMPLEADOR CLASE APORTANTE: |  | B-MENOS DE 200 COTIZANTES |  |
| TIPO EMPRESA:                                                             | PRIVADA ACTIVIDAD ECONOMICA:  |  | Actividades reguladoras y |  |
| FORMA DE PRESENTACIÓN:                                                    | ÚNICO                         |  |                           |  |
| APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA): |                               |  | SI                        |  |

| DATOS GENERALES DE LA PLANILLA |  |                      |  |                    |  |
|--------------------------------|--|----------------------|--|--------------------|--|
| NÚMERO PLANILLA:               |  | 6020264500           |  | TIPO DE PLANILLA:  |  |
| PERIODO COTIZACIÓN             |  | MAYO                 |  | E-EMPLEADOS        |  |
| OTROS SUBSISTEMAS:             |  | AÑO: 2026            |  | PERIODO COTIZACIÓN |  |
| DÍAS DE MORA:                  |  | 0                    |  | MAYO               |  |
| FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):       |  | 2026/06/12           |  | AÑO: 2026          |  |
|                                |  | NÚMERO AUTORIZACIÓN: |  | 385707077          |  |

| LIQUIDACIÓN GENERAL   |        |                                        |            |              |
|-----------------------|--------|----------------------------------------|------------|--------------|
|                       |        |                                        | TOTALES    |              |
|                       |        |                                        | COTIZANTES | TOTAL PAGADO |
| PENSIÓN               |        |                                        |            |              |
| ADMINISTRADORA        |        |                                        |            |              |
| NIT                   | CÓDIGO | NOMBRE                                 |            |              |
| 9003360047            | 25-14  | 25-14 COLPENSIONES                     | 1          | \$ 2.380.000 |
| 8002279406            | 231001 | 231001-COLFONDOS                       | 1          | \$ 280.200   |
| 8002248088            | 230301 | 230301-PORVENIR                        | 1          | \$ 356.000   |
| SUBTOTAL:             |        |                                        | 3          | \$ 3.016.200 |
| SALUD                 |        |                                        |            |              |
| ADMINISTRADORA        |        |                                        |            |              |
| NIT                   | CÓDIGO | NOMBRE                                 |            |              |
| 8000887022            | EPS010 | CIA SURAMERICANA DE SERVICIOS DE SALUD | 3          | \$ 908.300   |
| SUBTOTAL:             |        |                                        | 3          | \$ 908.300   |
| CAJA DE COMPENSACIÓN  |        |                                        |            |              |
| ADMINISTRADORA        |        |                                        |            |              |
| NIT                   | CÓDIGO | NOMBRE                                 |            |              |
| 8909008419            | CCF04  | CCF04-CCF DE ANTIOQUIA                 | 3          | \$ 719.100   |
| SUBTOTAL:             |        |                                        | 3          | \$ 719.100   |
| RIESGOS PROFESIONALES |        |                                        |            |              |
| ADMINISTRADORA        |        |                                        |            |              |
| NIT                   | CÓDIGO | NOMBRE                                 |            |              |
| 8600111536            | 14-23  | 14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A | 3          | \$ 188.200   |
| SUBTOTAL:             |        |                                        | 3          | \$ 188.200   |
| OTROS PARAFISCALES    |        |                                        |            |              |
| ADMINISTRADORA        |        |                                        |            |              |
| NIT                   | CÓDIGO | NOMBRE                                 |            |              |
| 8999992392            | PAICBF | PAICBF-ICBF                            | 1          | \$ 66.800    |
| SUBTOTAL:             |        |                                        |            | \$ 66.800    |

|                 |              |
|-----------------|--------------|
| VALOR SIN MORA: | \$ 4.898.600 |
| VALOR MORA:     | \$ 0         |
| TOTAL PAGADO:   | \$ 4.898.600 |

**DATOS GENERALES DEL APORTANTE**

|                                                                           |                      |                           |                                      |
|---------------------------------------------------------------------------|----------------------|---------------------------|--------------------------------------|
| TIPO IDENTIFICACIÓN:                                                      | CÉDULA DE CIUDADANÍA | NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN: | 32105744                             |
| NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:                                                    |                      |                           | NATALIA TAMAYO ARANGO                |
| CIUDAD/MUNICIPIO:                                                         | MEDELLIN             | DEPARTAMENTO:             | ANTIOQUIA                            |
| DIRECCIÓN:                                                                | CARRERA 35 1-31      | TELÉFONO:                 | 2500635                              |
| TIPO APORTANTE:                                                           | 02-INDEPENDIENTE     | CLASE APORTANTE:          | I-INDEPENDIENTE                      |
| TIPO EMPRESA:                                                             | PRIVADA              | ACTIVIDAD ECONOMICA:      | Actividades de atención residencial, |
| FORMA DE PRESENTACIÓN:                                                    | ÚNICO                |                           |                                      |
| APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA): | NO                   |                           |                                      |

**DATOS GENERALES DE LA PLANILLA**

|                          |                   |                      |                  |
|--------------------------|-------------------|----------------------|------------------|
| NÚMERO PLANILLA:         | <b>6014369481</b> | TIPO DE PLANILLA:    | I-INDEPENDIENTES |
| PERIODO COTIZACIÓN       | MES: abril        | PERIODO COTIZACIÓN   | MES: abril       |
| OTROS SUBSISTEMAS:       | AÑO: 2026         | SALUD:               | AÑO: 2026        |
| DÍAS DE MORA:            | 0                 |                      |                  |
| FECHA PAGO (aaaa/mm/dd): | 2026/04/30        | NÚMERO AUTORIZACIÓN: | 266987940        |

**NOVEDADES**

| ING | RET | TDE | TAE | TDP | TAP | COR | VSP | VST | SLN | COM | IGE | LMA | VAC | AVP | VCT | IRP |
|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|
|     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |

**LIQUIDACIÓN GENERAL**

|                |        |                                        | TOTALES    |              |
|----------------|--------|----------------------------------------|------------|--------------|
|                |        |                                        | COTIZANTES | TOTAL PAGADO |
| PENSIÓN        |        |                                        |            |              |
| ADMINISTRADORA |        |                                        |            |              |
| NIT            | CÓDIGO | NOMBRE                                 |            |              |
| 8002297390     | 230201 | 230201- PROTECCION                     | 1          | \$ 432.000   |
| SUBTOTAL:      |        |                                        | 1          | \$ 432.000   |
| SALUD          |        |                                        |            |              |
| ADMINISTRADORA |        |                                        |            |              |
| NIT            | CÓDIGO | NOMBRE                                 |            |              |
| 8000887022     | EPS010 | CIA SURAMERICANA DE SERVICIOS DE SALUD | 1          | \$ 337.500   |
| SUBTOTAL:      |        |                                        | 1          | \$ 337.500   |

|                        |                   |
|------------------------|-------------------|
| <b>VALOR SIN MORA:</b> | <b>\$ 769.500</b> |
| <b>VALOR MORA:</b>     | <b>\$ 0</b>       |
| <b>TOTAL PAGADO:</b>   | <b>\$ 769.500</b> |