	RECONOCIMIENTO Y PAGO PARA CONTRATOS O CONVENIOS (PARCIAL O FINAL)			
	CÓDIGO: GJ-CO-F-46	VERSIÓN: 01	FECHA: FEBRERO 2021	PÁGINA: 1 DE 1

CONTRATO NÚMERO:	374 DEL 20 DE OCTUBRE DEL 2023					
CONTRATISTA:	CORPORACION RED SOCIAL PARA EL DESARROLLO "CORPORED"					
RUT O NIT:	900.498.618-3					
PERIODO DE PAGO (Aplica para pagos por mensualidades):	N/A					
FECHA ELABORACIÓN RECONOCIMIENTO:	30 DE NOVIEMBRE DE 2023					
TIPO DE PAGO:	PARCIAL		No.	1	FINAL	X

Señores Subdirección General, sírvase elaborar la orden de pago de la cuenta que se anexa, por cuanto cumple con todos los requisitos para que sea cancelada, la cual tiene los siguientes soportes documentales

No.	DOCUMENTO (Solo se deben marcar los documentos que aplican al pago)	ARCHIVO	TESORERIA
	PROCESO CONTRATISTA		
1.	COMPROBANTES DE ENTRADA A ALMACÉN (Para Contratos de suministros) (Copia tesorería – Original archivo) en los casos que se requiera	N/A	N/A
2.	FACTURA DE VENTA O CUENTA DE COBRO DE BIENES O SERVICIOS (Original tesorería – archivo)	X	X
3.	ORIGINAL CERTIFICACIÓN BANCARIA (Se anexa en el Primer pago Parcial)	N/A	X
4.	COPIA ACTA DE INICIO (F-BS-12) (Se anexa en el Primer Pago Parcial cuando no existe anticipo)	N/A	X
5.	COPIA CONTRATO O CONVENIO (Se anexa en el Primer Pago Parcial cuando no existe anticipo)	N/A	X
6.	COPIA RUT. o NIT. COMPLETO Y ACTUALIZADO (Se anexa en el Primer Pago Parcial cuando no existe anticipo)	N/A	X
8.	PAGOS DE SEGURIDAD SOCIAL (PAZ Y SALVO PARAFISCALES PERSONA JURÍDICA)	X	X
9.	INFORME DEL CONTRATISTA	X	N/A
10.	INFORME DEL SUPERVISOR (CERTIFICADO DE CUMPLIMIENTO)	X	X
11.	ACTA DE FINALIZACIÓN	X	X
12.	ACTA DE LIQUIDACIÓN	X	X
	PROCESO INSTITUTO		
1.	PUBLICACIONES		
2.	TESORERIA (Obligación presupuestal)		
3.	ARCHIVO		

VALOR PAGO: CIENTO OCHENTA Y CUATRO MILLONES NOVECIENTOS NOVENTA Y NUEVE MIL NOVECIENTOS NOVENTA Y SIETE PESOS CON SETENTA Y SIETE CENTAVOS DE PESOS ($184.999.997,77) M/CTE.

Cordialmente,

Supervisión	**Contratista**
JORGE DAVID PÉREZ BARRETO	CORPORACION RED SOCIAL PARA EL DESARROLLO "CORPORED" R/L CLAUDIA YASMÍN BUITRAGO BOLIVAR

Nota: Verificar la vigencia del documento en el listado maestro de documentos.

CORPORACION RED SOCIAL PARA EL DESARROLLO HUMANO

NIT 900498618 - 3
Autorización de numeración de facturación electrónica No. 18764042985605 del 18/01/2023 al 18/01/2024
Habilita numeración de: 13 al 50
Régimen: Impuesto sobre las ventas - IVA
Responsabilidad fiscal: R-99-PN No Aplica - Otros

CRA 28D No.2-25 SUR

Villavicencio,Meta, Colombia

Factura Electronica de Venta No. 16
Fecha de emisión: 21/11/2023 12:00:00 AM
Fecha de validación DIAN: 24/11/2023 04:40:57 PM
Fecha de vencimiento: 21/11/2023
Plazo (Dias): 0
Codigo de Moneda COP
Tasa de Cambio
Orden de Compra
Remisión
Pedido
Asesor
Aviso de Recibo

Cliente: INSTITUTO DEPARTAMENTAL DE CULTURA DEL META
NIT 922002144 - 3
Dirección: CRA 8 No. 8-110
Codigo Cliente CULTURA META
Teléfono: 6716222
Dirección Despacho:
Contacto:
Ciudad: San Martin
Departamento: Meta
Pais: Colombia

Item	Referencia	Descripción	Cant.	Unidad de Medida	Precio Unitario	Cargos y Descuentos	Impuestos	Rte Fte	Valor Total
1	1	Desarrollar espacio de formación para el fortalecimiento de las competencias en los funcionarios del Instituto Departamental del Cultura del Meta en materia de Desarrollo Organizacional, orientado a fortalecer el conjunto de valores, creencias y entendimientos que los integrantes de la entidad, refo	2,00	unidad	COP 15,126,050.00	COP 0.00	IVA(19%)		COP 30,252,100.00
2	2	Desarrollar espacio de formación para el fortalecimiento de las competencias y conocimientos en los funcionarios del Instituto Departamental del Cultura del Meta en normas, procesos y herramienta de gestión administrativa con el fin de mejorar el desempeño institucional en los siguientes temas: - E	4,00	unidad	COP 7,563,025.00	COP 0.00	IVA(19%)		COP 30,252,100.00
3	3	Desarrollar espacio de formación experimental para el fortalecimiento de las competencias en los funcionarios del Instituto Departamental del Cultura del Meta del lenguaje claro, comunicación asertiva y conocimientos del sector misional de la entidad a partir de un espacio de formación experimental	2,00	unidad	COP 7,563,025.00	COP 0.00	IVA(19%)		COP 15,126,050.00
4	4	Desarrollo de espacios de bienestar para los funcionarios del Instituto Departamental de Cultura del Meta donde se fortalezca el desarrollo de hábitos de vida saludables, se refuercen hábitos de salud mental y equilibrio psicosocial. Desarrollo de una (1) jornadas de bienestar que incluya activida	1,00	unidad	COP 79,831,933.00	COP 0.00	IVA(19%)		COP 79,831,933.00

Este documento corresponde a la representación gráfica de una factura electrónica de venta. Confirme el CUFE mediante lectura de este código bidimensional:

CUFE 1cdc80164c1d85c68b459f8df6a66f64cbe203ba9fa2d7cfbe30caeb2780c06972ad29cdd3effdf34149ecd478137f72

Proveedor tecnológico: Comercio Electrónico en Internet CENET S.A. NIT 830057860 Software: miafacturas

CORPORACION RED SOCIAL PARA
EL DESARROLLO HUMANO

NIT 900498618 - 3
Autorización de numeración de facturación electrónica
No. 18764042985605 del 18/01/2023 al 18/01/2024
Habilite numeración de:
13 al 50
Régimen: Impuesto sobre las ventas - IVA
Responsabilidad fiscal
R-99-PN No Aplica - Otros

CRA 28D No.2-25 SUR

Villavicencio,Meta, Colombia

Total de items: 4
Observaciones

Forma de pago: Contado
Medio de pago: Instrumento no definido

Subtotal:	COP 155,462,183.00
IVA(19%)	COP 29,537,814.77
Impuestos:	COP 29,537,814.77
Retenciones:	COP 0.00
Cargos de la factura:	COP 0.00
Descuentos de la factura:	COP 0.00
Anticipos:	COP 0.00
Total	COP 184,999,997.77
Neto a pagar	COP 184,999,997.77

Este documento corresponde a la representación gráfica de una factura electrónica de venta. Confirme el CUFE mediante lectura de este código bidimensional:

CUFE 1cdc80164c1d85c68b459f8df6a85f64cbe203ba9fa2d7cfbe30caeb2780c06972ad29cdd3effdf34149ecd478137f72

Proveedor tecnológico: Comercio Electronico en Internet CENET S.A. NIT 830057880 Software: mafacturas

< Volver (/User/SearchDocument)

Factura electrónica

CUFE:
1cdc80164c1d85c68b459f8df6a85f64cbe203ba9fa2d7cfbe30caeb2780c06972ad29cdd3effdf34149e
cd478137f72

Factura electrónica
Folio: 16
Fecha de emisión de la factura Electrónica: 24-11-2023
Descargar PDF (/Document/DownloadPDF?
trackId=1cdc80164c1d85c68b459f8df6a85f64cbe203ba9fa2d7cfbe30caeb2780c06972ad29cdd3effdf34

DATOS DEL EMISOR
NIT: 900498618
Nombre: CORPORACION RED SOCIAL PARA EL DESARROLLO HUMANO

DATOS DEL RECEPTOR
NIT: 822002144
Nombre: INSTITUTO DEPARTAMENTAL DE CULTURA DEL META

TOTALES E IMPUESTOS

IVA: $29,537,815
Total: $184,999,998

ESTADO EN EL REGISTRO DE FACTURAS ELECTRÓNICAS

Factura
Electrónica

Legítimo Tenedor actual: CORPORACION RED SOCIAL PARA EL DESARROLLO HUMANO

Validaciones del documento

Nombre	Resultado
Valida el codigo postal	Notificación
Valida NIT	Notificación
Valida NIT	Notificación
Grupo de datos de identificación del artículo o servicio de acuerdo con un estándar	Notificación

Eventos de la factura electrónica

No tiene eventos asociados.

FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA

Representación Gráfica

Datos del Documento

Código Único de Factura - CUFE : 1cdc80164c1d85c68b459f8df6a85f64cbe203ba9fa2d7cfbe30caeb2780c06972ad29cdd3effdf34149ecd478137f72

Número de Factura: 16
Fecha de Emisión: 21/11/2023
Fecha de Vencimiento: 21/11/2023
Tipo de Operación: 10 - Estándar

Forma de pago: Contado
Medio de Pago: Instrumento no definido
Orden de pedido:
Fecha de orden de pedido:

Datos del Emisor / Vendedor

Razón Social: CORPORACION RED SOCIAL PARA EL DESARROLLO HUMANO
Nombre Comercial: CORPORACION RED SOCIAL PARA EL DESARROLLO HUMANO
Nit del Emisor: 900498618
Tipo de Contribuyente: Persona Jurídica
Régimen Fiscal: R-99-PN
Responsabilidad tributaria: 01 - IVA
Actividad Económica:

País: Colombia
Departamento: Meta
Municipio / Ciudad: Villavicencio
Dirección: CRA 28D No.2-25 SUR
Teléfono / Móvil: 3114704816
Correo: corporacion.corpored@gmail.com

Datos del Adquiriente / Comprador

Nombre o Razón Social: INSTITUTO DEPARTAMENTAL DE CULTURA DEL META
Tipo de Documento: NIT
Número Documento: 822002144
Tipo de Contribuyente: Persona Jurídica
Régimen fiscal: O-23
Responsabilidad tributaria: ZA - IVA e INC

País: Colombia
Departamento: Meta
Municipio / Ciudad: San Martín
Dirección: CRA 8 No. 8-110
Teléfono / Móvil: 6716222
Correo: contacto@culturameta.gov.co

Detalles de Productos

Validación.
Ingrid Torres.
25-Nov-2023.

Nro.	Código	Descripción	U/M	Cantidad	Precio unitario	Descuento detalle	Recargo detalle	IMPUESTOS				Precio unitario de venta
								IVA	%	INC	%	
1		Desarrollar espacio de formación para el fortalecimiento de las competencias en los funcionarios del Instituto Departamental del Cultura del Meta en materia de Desarrollo Organizacional, orientado a fortalecer el conjunto de valores, creencias y entendimientos que los integrantes de la entidad, refo	94	2,00	$ 15.126.050,00	$ 0,00	$ 0,00	$ 5.747.899,00	19,00			$ 30.252.100,00
2		Desarrollar espacio de formación para el fortalecimiento de las competencias y conocimientos en los funcionarios del Instituto Departamental del Cultura del Meta en normas, procesos y herramienta de gestión administrativa con el fin de mejorar el desempeño institucional en los siguientes temas: - E	94	4,00	$ 7.563.025,00	$ 0,00	$ 0,00	$ 5.747.899,00	19,00			$ 30.252.100,00
3		Desarrollar espacio de formación experimental para el fortalecimiento de las competencias en los funcionarios del Instituto Departamental del Cultura del Meta del lenguaje claro, comunicación asertiva y conocimientos del sector misional de la entidad a partir de un espacio de formación esperimental	94	2,00	$ 7.563.025,00	$ 0,00	$ 0,00	$ 2.873.949,50	19,00			$ 15.126.050,00
4		Desarrollo de espacios de bienestar para los funcionarios del Instituto Departamental de Cultura del Meta donde se fortalezca el desarrollo de hábitos de vida saludables, se refuercen hábitos de salud mental y equilibrio psicosocial. Desarrollo de una (1) jornadas de bienestar que incluya activida	94	1,00	$ 79.831.933,00	$ 0,00	$ 0,00	$ 15.168.067,27	19,00			$ 79.831.933,00

Descuentos y Recargos Globales

Nro.	Tipo	Código	Descripción	%	Valor

Información Complementaria

Nro	Nombre Campo	Valor Campo

Anticipos

Nro	Valor	Fecha recibido

Referencias

Tipo de Documento Referencia	Número Referencia	Fecha Referencia

Notas Finales

Datos Totales

Documento validado por la DIAN 2023-11-24 16:40:57
Documento generado el 2023-11-24 21:40:45
Generado por:Solución Gratuita DIAN Nit:800.197.268

MONEDA	COP
TASA DE CAMBIO	

Subtotal			155.462.183,00
Descuento detalle			0,00
Recargo detalle			0,00
Total Bruto Factura			155.462.183,00
IVA			29.537.814,77
INC			0,00
Bolsas			0,00
Otros impuestos			0,00
Total impuesto (=)			29.537.814,77
Total neto factura (=)			184.999.997,77
Descuento Global (-)			0,00
Recargo Global (+)			0,00
Total factura (=)	**COP $**	$	184.999.997,77

Valores informativos

ANTICIPOS	
Anticipos	0,00

RETENCIONES	
Rete fuente	0,00
Rete IVA	0,00
Rete ICA	0,00

Numero de Autorización: 18764042985605 Rango desde: 13 Rango hasta: 50 Vigencia: 2024-01-18

Certificación Bancaria

Bancolombia

Villavicencio, 29 de Noviembre de 2023.

Señor

A quien pueda Interesar

BANCOLOMBIA S.A. se permite informar que CORPORACION RED SOCIAL PARA EL identificado(a) con NIT No. 900498618 a la fecha de expedición de esta certificación, tiene con el Banco los siguientes productos:

Nombre Producto	Número Producto	Fecha Apertura (aaaa/mm/dd)	Estado
CUENTA AHORROS PERSONA JURIDICA	84179938749	2012/02/20	ACTIVA

BANCOLOMBIA.
Villavicencio - Of. 844 Primavera
Asesor de servicios N° 153
Cédula N°

* **Importante:** Esta constancia solo hace referencia al producto mencionado anteriormente.
*Si desea verificar la veracidad de esta información, puede comunicarse con la Sucursal Telefónica Bancolombia los siguientes números: Medellín - Local: (57-4) 510 90 00 - Bogotá - Local: (57-1) 343 00 00 - Barranquilla - Local: (575) 361 88 88 - Cali - Local: (57-2) 554 05 05 – Resto del país: 01800 09 12345. Sucursales Telefónicas en el exterior: España (34) 900 995 717 - Estados Unidos (1) 1 866 379 97 14.

Grupo Bancolombia

Powered by Carvajal

CORPORED
CORPORACIÓN RED SOCIAL PARA EL DESARROLLO HUMANO
NIT. 900498618-3

DECLARACION DE APORTES AL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL PERSONAS JURIDICAS

Villavicencio, 25 de noviembre de 2023

PARA DAR CUMPLIMIENTO A LO PREVISTO EN EL ARTICULO 50 LEY 789 DE 2002, LA REPRESENTANTE LEGAL Y EL CONTADOR DE CORPORED SE PERMITEN

CERTIFICAR QUE:

CORPORACION RED SOCIAL PARA EL DESARROLLO HUMANO "CORPORED"

NIT.900498618-3

HA REALIZADO LOS PAGOS DE SEGURIDAD SOCIAL Y APORTES PARAFISCALES CORRESPONDIENTES A LOS ULTIMOS 6 MESES Y SE ENCUENTRA A PAZ Y SALVO POR DICHOS CONCEPTOS.

En constancia se firma a los veinticinco (25) días del mes de noviembre de 2023

CLAUDIA YASMIN BUITRAGO BOLÍVAR
C.C. 40388214
Rep Legal

DIEGO ARMANDO SANCHEZ
C.C. 1121849312
Contador TP 186796-T

Torres de Salerno 2 Torre 5-104
Villavicencio-Meta
Mail: corporacion.corpored@gmail.com
Cel 3114704816

UNIDAD ADMINISTRATIVA ESPECIAL **JUNTA CENTRAL DE CONTADORES**

Certificado No:

E5E3233CAC987EF1

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 **DIEGO ARMANDO SANCHEZ** identificado con CÉDULA DE CIUDADANÍA No 1121849312 de VILLAVICENCIO (META) Y Tarjeta Profesional No 186796-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 10 dias del mes de Septiembre de 2023 con vigencia de (3) Meses, contados a partir de la fecha de su expedición.

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

República de Colombia
Ministerio de Comercio Industria y Turismo

JUNTA CENTRAL DE CONTADORES
TARJETA PROFESIONAL
DE CONTADOR PUBLICO

186796-T



DIEGO ARMANDO
SANCHEZ
C.C. 1121849312
RESOLUCION INSCRIPCION 058
UNIVERSIDAD DE LOS LLANOS

FECHA 12/02/2014

DIRECTOR GENERAL

JULIO CESAR ACUÑA GONZALEZ

199030

187360

Esta tarjeta es el unico documento que lo acredita como CONTADOR PUBLICO de acuerdo con lo estaplecido en la ley 43 de 1990.
Agradecemos a quien encuentre esta tarjeta comunicarse al PBX: 644 44 50 o devolverla a la UAE - Junta Central de Contadores a la calle 96 No. 9A - 21 Bogota D.C.

www.ideqs.com

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **1.121.849.312**
SANCHEZ
APELLIDOS
DIEGO ARMANDO
NOMBRES



FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO **03-FEB-1989**
SAN GIL
(SANTANDER)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.70 ESTATURA **O+** G.S. RH **M** SEXO

14-FEB-2007 VILLAVICENCIO
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SANCHEZ TORRES

INDICE DERECHO

A-5200100-00423450-M-1121849312-20130131 0032336459A 1 6732134130

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

PAG 1 DE 1

DATOS GENERALES

TIPO	NUMERO	NOMBRE O RAZON SOCIAL	TIPO PRESENTACION U C S D	SUCURSAL / DEPENDENCIA	CODIGO
NI	9004880161	CORPORACION RED SOCIAL PARA EL DESARROLLO INT	X		

PERIODO DE COTIZACION

SALUD MES	SALUD AÑO	PENSIONES Y RIESGOS LAB. CCF, SENA, ICBF MES	PENSIONES Y RIESGOS LAB. CCF, SENA, ICBF AÑO
0003	12	2023	123047

NUMERO RADICACION	TIPO EMPRESA PUBLICA / PRIVADA / MIXTA	CLASE DE APORTANTE PEQUEÑO / GRANDE / INDEPENDIENTE	CODIGO ARL	CODIGO OPERADOR
	PRIVADA		14-23	83

DIRECCION	CIUDAD/MUNICIPIO	CODIGO	DEPARTAMENTO	CODIGO	TELEFONO	PAIS	CORREO ELECTRONICO	ACTIVIDAD ECONOMICA	VALOR NOMINA	TOTAL EMPLEADOS	FECHA DE PAGO (AAAA/MM/DD)	No. AUTORIZACION
TORRES DE SALERNO / TORRE 5 / 04	VILLAVICENCIO	5001	META	50	3134764994		[illegible]	5499	1.160.000	1	2023/11/20	2501433890

TOTAL APORTES DEL PERIODO A SALUD POR ADMINISTRADORA

COD. CFB	NIT ATP	OBLIGACION OBLIGATORIA	APC. CONCERTA.	INCAPACIDADES No. INCAPACIDAD	INCAPACIDADES VALOR	LIC. MATERNIDAD No. LICENCIA	LIC. MATERNIDAD VALOR	APORTE COTIZ.	DIAS MORA	INTERESES MORA DEL	INTERESES MORA UPC	SUBTOTAL COTIZACION	SUBTOTAL UPC ADIC.	No. RADIC. SALDO A FAVOR	SALDO A FAVOR CUPO ORIG.	SALDO A FAVOR UPC ADICIONAL	TOTAL A PAGAR	No. AFIL.
EPS005	8002114434	46.400	1		0		0	46.400	0	0	0	46.400	0		0	0	46.400	1

TOTAL APORTES DEL PERIODO A FONDOS POR ADMINISTRADORA

COD. ADM.	NIT ATP	COTIZ. OBLIGAT.	COTIZ VOL. AFILIADO	COTIZ VOL. APORTANT.	FONDO SOLIDARIDAD PENS.	DIAS MORA	INTERES MORA COTIZ.	INTERES MORA FONDO	TOTAL A PAGAR	No. AFIL.
230201	8002075844	185.600	0	0	0	0	0	0	185.600	1

TOTAL APORTES DEL PERIODO A CAJAS POR ADMINISTRADORA

COD. CCF	NIT CCF	VALOR APORTE	DIAS MORA	INTERES MORA	TOTAL A PAGAR	No. AFIL.
CCF34	8920551463	46.400	0	0	46.400	1

TOTAL APORTES DEL PERIODO A ICBF Y SENA

CONC.	VALOR	DIAS MORA	INT MORA	TOTAL A PAGAR	No. AFIL.
ICBF					
1	0	0	0	0	0
SENA					
1	0	0	0	0	0

NUMERO DE ADMINISTRADORAS REPORTADAS

PENSIONES	1
SALUD	1
RIESGOS LABORALES	1
CAJAS DE COMPENSACION	1
OTRAS	0
TOTAL	4

TOTAL APORTES DEL PERIODO A RIESGOS LABORALES

COD ARL	NIT ARL	COTIZ OBLIGAT	INCAPACIDADES No. INCAPACIDAD	INCAPACIDADES VALOR	APORTES OTROS ITEMS	SALDO APTO ESTAMPILLAS
14-23	8600111836	6.100		0	0	6.100
DIAS MORA	INTERES MORA COTIZ	SUBTOTAL APORTE COTIZ	No. RADICADO SALDO A FAVOR	SALDO A FAVOR	FONDO SOLIDARIDAD	TOTAL A PAGAR
0	0	6.100		0	0	6.100

TOTAL APORTES DEL PERIODO A SENA EDUCACION

VALOR	DIAS MORA	INT MORA FONDO	TOTAL A PAGAR

TOTAL APORTES DEL PERIODO A ESAP

VALOR	DIAS MORA	INT MORA FONDO	TOTAL A PAGAR

TOTAL A PAGAR POR TIPO ADMINISTRADORA

	APORTES OBLIGATORIOS MORA	VALOR TOTAL
PENSIONES	185.600	185.600
SALUD	46.400	46.400
RIESGOS LABORALES	6.100	6.100
CCF	46.400	46.400
SENA	0	0
ICBF	0	0
ESAP	0	0
MINISTERIO DE EDUCACION	0	0
GRAN TOTAL	284.500	284.500

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

compensar | miplanilla.com

DATOS DEL AFILIADO							NOVEDADES															VALOR IBC							LIQUIDACIÓN DE APORTES				
No	TIPO	NUMERO	APELLIDOS Y NOMBRES	FOND SAN	FOND APV	FOND Cesa	IRL	SLN	VSP	VST	SUS	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VTE	AVP	VCT	VAP	VCT	IGE	IRP	VARIAC. APVS	INGRES APP	IBC SALUD	IBC PENSION	IBC CAJAS	IBC SUBSIDIO						
1	CC	40385214	BURITACO SOLANO CLAUDIA YARIBE	070024	230201	020734																						1.160.000	1.160.000	1.160.000	1.160.000	0			160.000	0	0	40.000	0

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE							
TIPO	NUMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCION	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
NI	900499018-3	CORPORACION RED SOCIAL PARA EL DESARROLLO HUMANO		TORRES DE SALERNO 2 TORRE 5-104	3114708616	claudiayasmin6@hotmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
UNICA	N -- menos de 200 c			META	VILLAVICENCIO		SI

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2023-11	2023-10	E	29/11/2023	71544092	$268.200	

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					
EPS005	Sanitas EPS	830251440-6	46.400	0		0		0	13	600	0	47.000	1

TOTALES PENSIÓN

Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Subsistencia	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
230201	Protección (ntG + Proteccion)	800229739-8	185.600	0	0	0	0	13	2.400	0	188.000	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	6.100				6.100	13	100	6.200			61	6.200	1

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF34	Cofrem	892280146-3	46.400	13	600	47.000	1

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, SSF y Mora	Total a Pagar
Salud	1	46.400	47.000
Pensión	1	185.600	188.000
Riesgos Laborales	1	6.100	6.200
CCF	1	46.400	47.000
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	4	284.500	288.200

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE							
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
NI	900498516-3	CORPORACION RED SOCIAL PARA EL DESARROLLO HUMANO		TORRES DE SALERNO 2 TORRE 5-104	3114704816	claudiayasmin...@hotmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
UNICA	B – menos de 200 c			META	VILLAVICENCIO		SI

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DD/MM/AAAA)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DD/MM/AAAA)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2023-11	2023-10	E	20/11/2023	71844092	$268.200	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE								
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]
1	CC	40389214	BUITRAGO SOLIVER CLAUDIA YASMIN	1	5			S

INFORMACIÓN NOVEDADES																
[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]

PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES				
Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntario Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Clase de riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
230201	1.160.000	185.600	0	0	0	0	EPS005	1.160.000	46.400	14-23	1.160.000	1	6.100	CCF24	1.160.000	46.400	0	0	0	0	0

PAGADA

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NUMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCION	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
NI	[illegible]	CORPORACION MIXTA SOCIAL PARA EL DESARROLLO HUMANO	1 CRA 35 DE SALLHNO 2 TORRE 5-104	3114704515	[illegible]	
FORMA PRESENTACION	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CODIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
UNICA	B – marzo de 2023			META	VILLAVICENCIO	SI

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NUMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2023-03	2023-03	E	01/04/2023	[illegible]	$46,400	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD

Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Dias Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS008	Sanitas EPS	800251440-6	46,400	0		0		0	4	200	0	46,400	1

TOTALES PENSIÓN

Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Dias Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
230201	Protección (RAIS + Protección)	800230734-0	190,000	0	0	0	0	4	800	0	190,400	1

TOTALES RIESGOS LABORALES

Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Dias 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										
14-21	Positiva Seguros	860011538	6,100				6,100	4	199	6,299			51	6,350	1

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Dias Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF34	Colsubsidio	860007148-3	46,400	4	200	46,600	1

TOTALES PARAFISCALES

Valor Aporte	Dias Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	0	0	0	0
ICBF				
0	0	0	0	0
ESAP				
MEN				

M.V.

TOTALES POR SUBSISTEMA

Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	46,400	46,600
Pensión	1	190,000	190,400
Riesgos Laborales	1	6,100	6,200
CCF	1	46,400	46,600
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	4	294,500	295,800

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE							
TIPO	NUMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
NI	900488619-3	CORPORACION RSD SOCIAL PARA EL DESARROLLO HUMANO		TORRES DEL SALUMO 2 TORRE 1-103	3114704674	davidleyton@hotmail.com	
FORMA PRESENTACION	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
UNICA	B – antes de 200			META	VILLAVICENCIO		SI

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NUMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2023-10	2023-09	E	09/11/2023	737984582	$181,000	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACION COTIZANTE								INFORMACION NOVEDADES																		PENSION						SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES				
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Ubicación	Primer...	Tercera...	Cuarta...	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	COR	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	SUS	CUE	Cod. AFP	IBC AFP	Cotizacion	Voluntario o Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cod. EPS	IBC SPS	Cotización o Valor UPC	Cod. ARL	IBC ARL	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
1	CC	1[illegible]231	[illegible]	1	X			X																		23101	1.181.000	15.6%	X				EPS005	1.181.00	16.641	14-01	5.321.000	1	0.522	CCF14	1.181.000	44.100	X	X	X	X	X

PAGADA

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

	NOMBRE	CEDULA	FECHA	Cedula	Eps	Fondo de Pension	Ad
1	Yeison Fernando Rivera Hernández	1.121.914.717	25/10/2023	1121914717	Sanitas	Porvenir	Sura
2	Breiner Sebastián Sánchez Muñoz	1.120.573.270	23/10/2023	1120573270	Nueva Eps	Porvenir	Sura
3	Rodrigo García Jara	12.262.466	25/10/2023	12262466	famisanar	Proteccion	Sura
4	Lizeth Celeste Perez Baron	1.006.825.490	23/10/2023	1006825490	colpatria	Porvenir	Sura
5	Nikoll Marian Suarez	1.007.702.890	23/10/2023	1007702890	Sanitas	Proteccion	sura
6	Paula Daniela Prieto Valencia	1.122.506.889	23/10/2023	1122506889	Sanitas	Porvenir	Sura
7	Gladys Yaith Rubio Sanabria	1.193.092.766	23/10/2023	1193092766	Sanitas	Porvenir	Sura
8	Angye Valentina Vanegas Hernandez	1.007.702.791	23/10/2023	1007702791	Sanitas	Porvenir	Sura
9	Maria Valentina Parrado Villanueva	1.006.822.226	23/10/2023	1006822226	Sanitas	Porvenir	Sura
10	Danna Sofia Ortega Sanabria	1.192.719.962	23/10/2023	1192719962	famisanar	Porvenir	Sura
11	Giselle Andrea Beltran Acosta	40341473	23/10/2023	40341473	Colpatria	Proteccion	Sura
12	Paula Alejandra Vasquez Rodriguez	1006823848	23/10/2023	1006823848	compensar	Porvenir	EURA
13	Angie Dayanna Moreno Castillo	1122921178	23/10/2023	1122921178	Famisanar	Colpensiones	Sura
14	Yuranis Camilo Arias Cuello	1.007.960.055	23/10/2023	1007960055	Nueva Eps	Proteccion	Sura
15	Bianka Juliana Cortes Rincon	1.193.067.504	23/10/2023	1193067504	Sanitas	Porvenir	Sura
16	Brayan fernando Fernandez Martinez	1.006.823.511	23/10/2023	1006823511	Sanitas	Porvenir	Sura
17	Brayan Andres Baquero Sanclemente	1.121.960.048	23/10/2023	1121960048	Nueva Eps	Porvenir	Sura
18	Leonel Mendoza Carrazo	7.063.280	25/10/2023	7063280	Sanitas	Porvenir	Sura
19	Jaider Esiben Cubides Manzanares	1.006.773.630	23/10/2023	1006773630	Colpatria	Porvenir	sura
20	William Eduardo Perez Quintle	96.193.809	23/10/2023	96193809	Colpatria	Proteccion	Sura
21	Jhonier Eduardo Perez Baron	1.007.749.568	23/10/2023	1007749568	Colpatria	Porvenir	Sura
22	Brayan Esneider Arroyo Calderon	1.006.775.552	23/10/2023	1006775552	Colpatria	Porvenir	Sura
23	Jorge Alberto Encisa Cruz	1.119.890.172	23/10/2023	1119890172	Sanitas	Proteccion	Sura
24	Carlos Andres Cadiel Maldonado	1.006.457.104	23/10/2023	1006457104	Nueva Eps	Porvenir	Sura
25	Elk SantiagoTriana Castellanos	1.031.641.130	23/10/2023	1031641130	Salud total	Colpensiones	Sura
26	Karol Daregual Turizago	17.339.360	23/10/2023	17339360	Sanitas	Porvenir	Sura
27	Jorge Eduardo Vasquez Maldonado	1.116.852.100	23/10/2023	1116852100	Salud Total	Porvenir	Sura
28	Gustavo Vásquez	17.546.513	23/10/2023	1754651\3	Colpatria	Colpensiones	Sura
29	Maria Alejandra Castillo Moreno	1.121.906.451	23/10/2023	1121906451	Capi	Porvenir	Sura
30	Diana Valentina Fernández Martínez	1.007.627.572	23/10/2023	1007627572	colpatria	Proteccion	Sura
31	Yeison Jair Garcia Garcia	1.121.829.618	23/10/2023	1121829618	sanitas	Colpensiones	Sura

Simple

PAGOSIMPLE | AUTOLIQUIDACION CONSOLIDADA

Fecha creación reporte: 2023-11-27, 12:00:32 PM **Tipo Planilla:** I: PLANILLA INDEPENDIENTES **Número Planilla:** 1059275217

Periodo Cotización: octubre de 2023 **Periodo Servicio:** octubre de 2023

PAGADO 27/11/2023

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	YEISON FERNANDO RIVERA HERNANDEZ		
Documento	CC1121914717	**Dirección**	CR 37 #33 - 22
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	**Teléfono**	3107553338
Tipo Persona	NATURAL	**Forma Presentación**	ÚNICO
Ciudad	VILLAVICENCIO	**Departamento**	META
Representante Legal		**Identificación**	
Total Afiliados	1	**ARP**	ARL SURA

I. DETALLE DEL APORTANTE

Datos del Afiliado				Novedades																			Pensiones			Salud			Riesgos			Cajas			Parafiscales				Total
Identificación	Apellidos y Nombres	Tipo Cotizante	Subtipo Cotizante	IRP	RET	RET F	SLN	LNR	SUS	VSP	IGE	VST	SLE	HEX	LMA	AVP	VCT	IRL	Dias IRP	Dias SLN	Dias IGE	Dias LMA	Dias AVP	Dias VCT	Administradora	IBC Pensión	Aporte Pensión	Administradora	IBC Salud	Aporte Salud	Tarifa	IBC Riesgos	Aporte Riesgos	Administradora	IBC Caja	Aporte Caja	Aporte SENA	Aporte ICBF	ESAP	Aporte MEN	Total
1121914717	YEISON FERNANDO RIVERA HERNANDEZ	59	00	X	X														0	1	1	1	0		230301 PORVENIR	$ 38,667	$ 4,600	EPS045 EPS SANITAS	$ 38,667	$ 1,800	0.522	$ 38,667	$ 200	ARL CC1 HDI SEGUROS COT	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 11,600

III. TOTALES

IBC Pensión	IBC Salud	IBC Riesgos	IBC Cajas	Aportes Pensión	Aportes Salud	Aportes Riesgos	Aportes Cajas	Aportes Sena	Aportes ICBF	Aportes ESAP	Aportes Min Educación	Incapacidades, Licencias, Saldos a Favor EPS	Incapacidades ARP	SUBTOTAL SIN INTERESES DE MORA	TOTAL INTERESES DE MORA	TOTAL FINAL
$ 38,667	$ 38,667	$ 38,667	$ 0	$ 4,600	$ 4,900	$ 200	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 11,400	$ 400	$ 11,800

Líneas de Servicio FonoSIMPLE: Bogotá 601 4446834 - Cali: 602 5540577 - Medellín: 604 5146669 - Bucaramanga: 607 6436000 - Cartagena: 605 6945444 - Pereira: 606 3402582 - Barranquilla: 605 3618850 - Resto del País: 018000 971 971 - ¡Más que Fácil, SIMPLE!

¡El Poder de lo SIMPLE!

Antes de imprimir, asegúrese que sea realmente necesario. Proteger el medio ambiente está en nuestras manos.

Simple

Información de la Planilla Pagada

Nit de comercio Operador de Información	900097333-9
Razón Social del Operador de Información	SIMPLE S.A.
Descripción	Pago de SuAporte
Fecha	2023-11-27, 11:57:21 AM
Periodo de Cotización Otros Riesgos	octubre de 2023
Periodo de Cotización Para Salud	octubre de 2023
Empresa	YEISON FERNANDO RIVERA HERNANDEZ
CEDULA CIUDADANIA	CC 1121914717
Código Sucursal (Nombre)	( )
Referencia de Pago/ Número Planilla	1059275217
Tipo de Planilla	I
Número Transacción Bancaria/ CUS	300432251
Banco	(1507) - NEQUI
Valor	$ 11.800
Estado de la Transacción	Aprobada
Dirección IP de Origen	10.0.19.58

Nit	Código	Administradora	Número Afiliados	Valor por Mora	Total Intereses Mora
N800224808	230301	PORVENIR	1	$ 6.200	$ 200
N800251440	EPS005	SANITAS EPS	1	$ 4.900	$ 100
N899003700	14-11	ARL SURA	1	$ 300	$ 100
			SubTotales:	$ 11.400	$ 400
			Total a Pagar:		$ 11.800

Líneas de Servicio FonoSIMPLE: Bogotá 601 4440834 - Cali: 602 5540577 - Medellín: 604 5146660 - Bucaramanga: 607 6439890 - Cartagena: 605 6945444 - Pereira: 606 3402562 - Barranquilla: 605 3618850 - Resto del País: 018000 871 871 - ¡Más que Fácil, SIMPLE!

SIMPLE S.A. no se hace responsable de las planillas y pagos realizados a través de otros operadores de información dado que no tiene medios para corroborar la veracidad de la misma, su alcance se limita a replicar la información suministrada directamente por el cliente.

¡El Poder de lo SIMPLE!

Antes de imprimir, asegúrese que sea realmente necesario. Proteger el medio ambiente está en nuestras manos.

aportes en línea

Comprobante de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE							
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono
CC 1120373270		SANCHEZ MUÑOZ BREINER SEBASTIAN	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CARRERA 37 33 22	VILLAVICENCIO-META	3107553338

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION			
Periodo Pensión	2023-10	Periodo Salud	2023-10
Fecha límite de pago	2023/11/20	Fecha de pago	2023/11/27
Dias de mora	7	Tasa de mora	26.16%

TOTALES	
Valor a pagar	$11,400
Intereses de mora	$300
Saldos e incapacidades	$0
Valor total	$11,700

DATOS DE LA TRANSACCIÓN	
Clave planilla	9459369243
Clave de pago	300437222
Banco	NEQUI

2023/11/27 12:00 PM

en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1120373278		SANCHEZ MUÑOZ BRIDNER SEBASTIAN	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CARRERA 37 33 22	VILLAVICENCIO-META	3107553338	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2023-10	2023-10	308457222	94SW369243	I	2023/11/20	2023/11/27	MEGA	7	$11,700

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO				PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES			
No.	Identificación		Nombres	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Dias	IBC	Aporte
1	CC	1120373278	SANCHEZ MUÑOZ BRIDNER SEBASTIAN	230301	1	$38,667	$6,200	EPS037	1	$38,667	$4,900		0	$0	$0	14-11	1	$38,667	$300	0	$0	$0
Total	**Afiliados(1)**					$38,667	$6,200			$38,667	$4,900			$0	$0			$38,667	$300		$0	$0

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$6,200	$100	$0	$6,300
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	$6,200	$100	$0	$6,300
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$300	$100	$0	$400
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	1	$300	$100	$0	$400
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$4,900	$100	$0	$5,000
NUEVA E.P.S.	EPS037	900,156,264	2	1	$4,900	$100	$0	$5,000
TOTAL				1	$11,400	$300	$0	$11,700

P.m.v.

aportes en línea

Comprobante de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE							
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono
CC 12262466		GARCIA JARA RODRIGO	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CARRERA 37 33 22	VILLAVICENCIO-META	3107553338

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION			
Periodo Pensión	2023-10	Periodo Salud	2023-10
Fecha límite de pago	2023/11/17	Fecha de pago	2023/11/27
Dias de mora	10	Tasa de mora	26.16%

TOTALES	
Valor a pagar	$11,400
Intereses de mora	$300
Saldos e incapacidades	$0
Valor total	$11,700

DATOS DE LA TRANSACCIÓN	
Clave planilla	9459373233
Clave de pago	300447632
Banco	NEQUI

2023/11/27 12:03 PM

en línea

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Telefono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1226246		GARCIA JARA RODRIGO	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CARRERA 39 33 23	VILLAVICENCIO-META	3107553338	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2023-10	2023-10	10044632	44543233	1	2023/11/17	2023/11/27	HELM	10	$11,700

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO					PENSION		SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES		
No.	Identificación		Nombres	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Dias	IBC	Aporte
1	CC	1226246	GARCIA JARA RODRIGO	230201	1	$38,667	$6,200	EPS017	1	$38,667	$4,900		0	$0	$0	14-11	1	$38,667	$300	0	$0	$0
Total	**Afiliados(1)**					$38,667	$6,200			$38,667	$4,900			$0	$0			$38,667	$300		$0	$0

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$6,200	$100	$0	$6,300
PROTECCION	230201	800,229,739	0	1	$6,200	$100	$0	$6,300
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$300	$100	$0	$400
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	1	$300	$100	$0	$400
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$4,900	$100	$0	$5,000
FAMISANAR	EPS017	830,003,564	7	1	$4,900	$100	$0	$5,000
TOTAL				1	$11,400	$300	$0	$11,700

aportes en línea

Comprobante de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE							
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono
CC 1006825490		PEREZ BARON LIZETH CELESTE	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	carrera 37 3322	VILLAVICENCIO-META	6629333

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION			
Periodo Pensión	2023-10	Periodo Salud	2023-10
Fecha límite de pago	2023/11/23	Fecha de pago	2023/10/23
Dias de mora	0	Tasa de mora	26.16%

TOTALES	
Valor a pagar	$11,400
Intereses de mora	$0
Saldos e incapacidades	$0
Valor total	$11,400

DATOS DE LA TRANSACCIÓN	
Clave planilla	9457879631
Clave de pago	231951051
Banco	NEQUI

2023/11/27 10:17 AM

en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1006825490		PEREZ BARON LIZETH CELESTE	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	carrera 37 3322	VILLAVICENCIO-META	6619333	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACIÓN

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2023-10	2023-10	331951061	9457679631	1	2023/11/13	2023/10/13	NEQUI	0	$11,400

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO				PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES			
No.	Identificación		Nombres	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Dias	IBC	Aporte
1	CC	1006825490	PEREZ BARON LIZETH CELESTE	230301	1	$38,667	$6,200	CCFC55	1	$38,667	$4,900		0	$0	$0	14-11	1	$38,667	$300	0	$0	$0
Total			Afiliados(1)			$38,667	$6,200			$38,667	$4,900			$0	$0			$38,667	$300		$0	$0

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$6,200	$0	$0	$6,200
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	$6,200	$0	$0	$6,200
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$300	$0	$0	$300
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	1	$300	$0	$0	$300
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$4,900	$0	$0	$4,900
CAJACOPI	CCFC55	901,543,211	6	1	$4,900	$0	$0	$4,900
TOTAL				1	$11,400	$0	$0	$11,400

Simple

PAGOSIMPLE | AUTOLIQUIDACION CONSOLIDADA

Fecha creación reporte: 2023-11-27, 11:49:49 AM **Tipo Planilla:** I: PLANILLA INDEPENDIENTES **Número Planilla:** 1058443998

Periodo Cotización: octubre de 2023 **Periodo Servicio:** octubre de 2023

PAGADO 21/10/2023 EN HORARIO EXTENDIDO

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	NIKOLL MARIAN SUAREZ ROJAS		
Documento	CC1007702890	**Dirección**	CR 37 #33 - 22
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	**Teléfono**	6629333
Tipo Persona	NATURAL	**Forma Presentación**	ÚNICO
Ciudad	VILLAVICENCIO	**Departamento**	META
Representante Legal		**Identificación**	
Total Afiliados	1	**ARP**	ARL SURA

II. DETALLE DEL APORTANTE

Datos del Afiliado				Novedades																						Pensiones			Salud			Riesgos			Cajas			Parafiscales				Total
Identificación	Apellidos y Nombres	Tipo Cotizante	Subtipo Cotizante	IRL	INT	RET P	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	COR	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	Días ARP	Días EPS	Días ADP	Días CCF	Administradora	IBC Pensión	Aporte Pensión	Administradora	IBC Salud	Aporte Salud	Tarifa	IBC Riesgos	Aporte Riesgos	Administradora	IBC Caja	Aporte Caja	Aporte SENA	Aporte ICBF	ESAP	Aporte Mineducación	Total
1007702890	NIKOLL MARIAN SUAREZ ROJAS	59	00	X	X																0	1	1	1	PROTECCION	$ 38.667	$ 6.200	EPS005 EPS SANITAS	$ 38.667	$ 4.800	0,522	$ 38.667	$ 300	Mi N-CCI	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 11.400

III. TOTALES

IBC Pensión	IBC Salud	IBC Riesgos	IBC Cajas	Aportes Pensión	Aportes Salud	Aportes Riesgos	Aportes Cajas	Aportes Sena	Aportes ICBF	Aportes ESAP	Aportes Min Educación	[Incapacidades, Licencias, Saldos a Favor] EPS	Incapacidades ARP	SUBTOTAL SIN INTERESES DE MORA	TOTAL INTERESES DE MORA	TOTAL FINAL
$ 38.667	$ 38.667	$ 38.667	$ 0	$ 6.200	$ 4.800	$ 300	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 11.400	$ 0	$ 11.400

Líneas de Servicio FonoSIMPLE: Bogotá 601 4666634 - Cali: 602 5548577 - Medellín: 604 5149669 - Bucaramanga: 607 6438000 - Cartagena: 605 6646444 - Pereira: 606 3402582 - Barranquilla: 605 3618850 - Resto del País: 018000 971 971 - ¡Más que Fácil, SIMPLE!

¡El Poder de lo SIMPLE!

Antes de imprimir, asegúrese que sea realmente necesario. Protegar el medio ambiente está en nuestras manos.

Simple

Información de la Planilla Pagada	
Nit de comercio Operador de Información	900097333-9
Razón Social del Operador de Información	SIMPLE S.A.
Descripción	Pago de SuAporte
Fecha	2023-10-21, 04:00:45 PM en horario extendido
Periodo de Cotización Otros Riesgos	octubre de 2023
Periodo de Cotización Para Salud	octubre de 2023
Empresa	NIKOLL MARIAN SUAREZ ROJAS
CEDULA CIUDADANIA	CC 1007702890
Código Sucursal (Nombre)	( )
Referencia de Pago/ Número Planilla	1058443996
Tipo de Planilla	I
Número Transacción Bancaria/ CUS	232041090
Banco	(1507) - NEQUI
Valor	$ 11.400
Estado de la Transacción	Aprobada
Dirección IP de Origen	10.0.19.58

Nit	Código	Administradora	Número Afiliados	Valor sin Mora	Total Intereses Mora
N800229739	230201	PROTECCION	1	$ 6.200	$ 0
N800251440	EPS005	SANITAS EPS	1	$ 4.900	$ 0
N830903790	14-11	ARL SURA	1	$ 300	$ 0
			SubTotales:	$ 11.400	$ 0
			Total a Pagar:		$ 11.400

Líneas de Servicio FonoSIMPLE: Bogotá 601 4446634 - Cali: 602 5548577 - Medellín: 604 5149869 - Bucaramanga: 607 6438000 - Cartagena: 605 6945444 - Pereira: 606 3402582 - Barranquilla: 605 3618850 - Resto del País: 018000 971 971 - ¡Más que Fácil, SIMPLE!

SIMPLE S.A. no se hace responsable de las planillas y pagos realizados a través de otros operadores de información dado que no tiene medios para corroborar la veracidad de la misma, su alcance se limita a replicar la información suministrada directamente por el cliente.

Antes de imprimir, asegúrese que sea realmente necesario. Proteger el medio ambiente está en nuestras manos.

¡El Poder de lo SIMPLE!

aportes en línea

Comprobante de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE							
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono
CC 1122506889		PRIETO VALENCIA PAULA DANIELA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CARRERA 37 33 22	VILLAVICENCIO-META	6629333

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION			
Periodo Pensión	2023-10	Periodo Salud	2023-10
Fecha límite de pago	2023/11/23	Fecha de pago	2023/10/23
Dias de mora	0	Tasa de mora	26.16%

TOTALES	
Valor a pagar	$11,400
Intereses de mora	$0
Saldos e incapacidades	$0
Valor total	$11,400

DATOS DE LA TRANSACCIÓN	
Clave planilla	9457880253
Clave de pago	232131020
Banco	NEQUI

2023/11/27 10:31 AM

en línea

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1122506889		PRIETO VALENCIA PAULA DANIELA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CARRERA 37 33 32	VILLAVICENCIO-META	6629333	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2023-10	2023-10	132134810	945788053	E	2023/11/23	2023/10/23	NEQUI	0	$11,400

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO				PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES			
No.	Identificación		Nombres	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Dias	IBC	Aporte
1	CC	1122506889	PRIETO VALENCIA PAULA DANIELA	230301	1	$38,667	$6,200	EPS005	1	$38,667	$4,900		0	$0	$0	14-11	1	$38,667	$300	0	$0	$0
Total	Afiliados(1)					$38,667	$6,200			$38,667	$4,900			$0	$0			$38,667	$300		$0	$0

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$6,200	$0	$0	$6,200
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	$6,200	$0	$0	$6,200
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$300	$0	$0	$300
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	1	$300	$0	$0	$300
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$4,900	$0	$0	$4,900
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	1	$4,900	$0	$0	$4,900
TOTAL				1	$11,400	$0	$0	$11,400

PLANILLA PAGADA

aportes en línea

Comprobante de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE							
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono
CC 1193092766		RUBIO SANABRIA GLADYS YISETH	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CARRERA 37 33 22	VILLAVICENCIO-META	6629333

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION			
Periodo Pensión	2023-10	Periodo Salud	2023-10
Fecha límite de pago	2023/11/17	Fecha de pago	2023/10/23
Dias de mora	0	Tasa de mora	26.16%

TOTALES	
Valor a pagar	$11,400
Intereses de mora	$0
Saldos e incapacidades	$0
Valor total	$11,400

DATOS DE LA TRANSACCIÓN	
Clave planilla	9457880645
Clave de pago	232297929
Banco	NEQUI

2023/11/27 10:34 AM

en línea

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1193092746		RUBIO SANABRIA GLADYS YISETH	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CARRERA 37 33 22	VILLAVICENCIO-META	6629333	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2023-10	2023-10	132287929	94578806405	E	2023/11/17	2023/10/23	MEGA	0	$11,400

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO				PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES			
No	Identificación		Nombres	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Dias	IBC	Aporte
1	CC	1193092746	RUBIO SANABRIA GLADYS YISETH	230301	1	$38,667	$6,200	EPS005	1	$38,667	$4,900		0	$0	$0	14-11	1	$38,667	$300	0	$0	$0
Total	Afiliados(1)					$38,667	$6,200			$38,667	$4,900			$0	$0			$38,667	$300		$0	$0

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$6,200	$0	$0	$6,200
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	$6,200	$0	$0	$6,200
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$300	$0	$0	$300
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	1	$300	$0	$0	$300
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$4,900	$0	$0	$4,900
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	1	$4,900	$0	$0	$4,900
TOTAL				1	$11,400	$0	$0	$11,400

aportes en línea

Comprobante de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE							
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono
CC 1007702791		VANEGAS HERNANDEZ ANGYE VALENTINA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CARRERA 37 33 22	VILLAVICENCIO-META	6629333

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION			
Periodo Pensión	2023-10	Periodo Salud	2023-10
Fecha límite de pago	2023/11/23	Fecha de pago	2023/10/23
Días de mora	0	Tasa de mora	26.16%

TOTALES	
Valor a pagar	$11,400
Intereses de mora	$0
Saldos e incapacidades	$0
Valor total	$11,400

DATOS DE LA TRANSACCIÓN	
Clave planilla	9457880378
Clave de pago	232182708
Banco	NEQUI

2023/11/27 10:43 AM

en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificacion	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Telefono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1007701791		VANEGAS HERNANDEZ ANGYE VALENTINA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CARRERA 37 35 22	VILLAVICENCIO-META	6629513	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2023-10	2023-10	232182708	9457880378	1	2023/11/13	2023/10/23	HEQUE	0	$11,400

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO				PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES			
No.	Identificación		Nombres	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Dias	IBC	Aporte
1	CC	1007701791	VANEGAS HERNANDEZ ANGYE VALENTINA	230301	1	$38,667	$6,200	EPS005	1	$38,667	$4,900		0	$0	$0	14-11	1	$38,667	$300	0	$0	$0
Total	**Afiliados(1)**					$38,667	$6,200			$38,667	$4,900			$0	$0			$38,667	$300		$0	$0

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$6,200	$0	$0	$6,200
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	$6,200	$0	$0	$6,200
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$300	$0	$0	$300
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	1	$300	$0	$0	$300
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$4,900	$0	$0	$4,900
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	1	$4,900	$0	$0	$4,900
TOTAL				1	$11,400	$0	$0	$11,400

PLANILLA PAGADA PLANILLA PAGADA PLANILLA PAGADA

aportes en línea

Comprobante de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE							
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono
CC 1006822226		PARRADO VILLANUEVA MARIA VALENTINA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CARRERA 37 33 22	VILLAVICENCIO-META	6629333

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION			
Periodo Pensión	2023-10	Periodo Salud	2023-10
Fecha límite de pago	2023/11/08	Fecha de pago	2023/10/23
Dias de mora	0	Tasa de mora	26,16%

TOTALES	
Valor a pagar	$11,400
Intereses de mora	$0
Saldos e incapacidades	$0
Valor total	$11,400

DATOS DE LA TRANSACCIÓN	
Clave planilla	9457880467
Clave de pago	232227088
Banco	NEQUI

2023/11/27 10:45 AM

en línea

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Telefono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1006402226		PARRADO VILLANUEVA MARIA VALENTINA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CARRERA 37 33 22	VILLAVICENCIO-META	6629333	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2023-10	2023-10	232227008	945788467	1	2023/11/08	2023/10/13	MEGUI	0	$11,400

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO				PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES			
No.	Identificación		Nombres	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Dias	IBC	Aporte
1	CC	1006402226	PARRADO VILLANUEVA MARIA VALENTINA	230301	1	$38,667	$6,200	EPS005	1	$38,667	$4,900		0	$0	$0	14-11	1	$38,667	$300	1	$0	$0
Total	**Afiliados(1)**					$38,667	$6,200			$38,667	$4,900			$0	$0			$38,667	$300		$0	$0

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$6,200	$0	$0	$6,200
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	$6,200	$0	$0	$6,200
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$300	$0	$0	$300
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	1	$300	$0	$0	$300
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$4,900	$0	$0	$4,900
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	1	$4,900	$0	$0	$4,900
TOTAL				1	$11,400	$0	$0	$11,400

aportes en línea

Comprobante de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE							
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono
CC 1192719962		ORTEGA SANABRIA DANNA SOFIA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CARRERA 37 33 22	VILLAVICENCIO-META	6629333

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION			
Periodo Pensión	2023-10	Periodo Salud	2023-10
Fecha límite de pago	2023/11/16	Fecha de pago	2023/10/23
Dias de mora	0	Tasa de mora	26.16%

TOTALES	
Valor a pagar	$11,400
Intereses de mora	$0
Saldos e incapacidades	$0
Valor total	$11,400

DATOS DE LA TRANSACCIÓN	
Clave planilla	9457923587
Clave de pago	232741803
Banco	NEQUI

2023/11/27 10:47 AM

en línea

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Dirección	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1192719963		ORTEGA SAHARRA DIANA SOFIA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CARRERA 37 33 23	VILLAVICENCIO-META	6629333	NO

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2023-10	2023-10	232749803	9457923587	I	2023/11/16	2023/10/23	REDUI	0	$11,400

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO				PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES			
No.	Identificación		Nombres	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Dias	IBC	Aporte
1	CC	1192719963	ORTEGA SAHARRA DIANA SOFIA	230301	1	$38,667	$6,200	EPS017	1	$38,667	$4,900		0	$0	$0	14-11	1	$38,667	$300	0	$0	$0
Total	**Afiliados(1)**					$38,667	$6,200			$38,667	$4,900			$0	$0			$38,667	$300		$0	$0

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$6,200	$0	$0	$6,200
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	$6,200	$0	$0	$6,200
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$300	$0	$0	$300
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	1	$300	$0	$0	$300
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$4,900	$0	$0	$4,900
FAMISANAR	EPS017	830,003,564	7	1	$4,900	$0	$0	$4,900
TOTAL				1	$11,400	$0	$0	$11,400

aportes en línea

Comprobante de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE							
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono
CC 40341473		BELTRAN ACOSTA GISELLE ANDREA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CARRERA 37 33 22	VILLAVICENCIO-META	6629333

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION			
Periodo Pensión	2023-10	Periodo Salud	2023-10
Fecha limite de pago	2023/11/20	Fecha de pago	2023/10/23
Dias de mora	0	Tasa de mora	26.16%

TOTALES	
Valor a pagar	$11,400
Intereses de mora	$0
Saldos e incapacidades	$0
Valor total	$11,400

DATOS DE LA TRANSACCIÓN	
Clave planilla	9457880695
Clave de pago	232329528
Banco	NEQUI

2023/11/27 10:49 AM

en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 40341473		BELTRAN ACOSTA GISELLE ANDREA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CARRERA 37 33 22	VILLAVICENCIO-META	6629333	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pension	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2023-10	2023-10	232319528	94578806495	I	2023/11/20	2023/10/23	BBQUE	0	$11,400

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO				PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES			
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Dias	IBC	Aporte
1	CC 40341473	BELTRAN ACOSTA GISELLE ANDREA	230201	1	$38,667	$6,200	CCFC55	1	$38,667	$4,900		0	$0	$0	14-11	1	$38,667	$300	0	$0	$0
Total	Afiliados(1)				$38,667	$6,200			$38,667	$4,900			$0	$0			$38,667	$300		$0	$0

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$6,200	$0	$0	$6,200
PROTECCION	230201	800,229,739	0	1	$6,200	$0	$0	$6,200
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$300	$0	$0	$300
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	1	$300	$0	$0	$300
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$4,900	$0	$0	$4,900
CAJACOPI	CCFC55	901,543,211	6	1	$4,900	$0	$0	$4,900
TOTAL				1	$11,400	$0	$0	$11,400

Pagina 1 de 1

aportes en línea

Comprobante de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE							
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono
CC 1006823848		VASQUEZ RODRIGUEZ PAULA ALEJANDRA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	carrera 37 3322	VILLAVICENCIO-META	6629333

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION			
Periodo Pensión	2023-10	Periodo Salud	2023-10
Fecha límite de pago	2023/11/14	Fecha de pago	2023/10/23
Dias de mora	0	Tasa de mora	26.16%

TOTALES	
Valor a pagar	$11,400
Intereses de mora	$0
Saldos e incapacidades	$0
Valor total	$11,400

DATOS DE LA TRANSACCIÓN	
Clave planilla	94578B0323
Clave de pago	232154934
Banco	NEQUI

2023/11/27 10:51 AM

en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Telefono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1006813848		VASQUEZ RODRIGUEZ PAULA ALEJANDRA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	carrera 37 3322	VILLAVICENCIO-META	6629333	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2023-10	2023-10	232154934	4457880323	1	2023/11/14	2023/11/23	HEQUI	0	$11,400

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO				PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES			
No.	Identificación		Nombres	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Dias	IBC	Aporte
1	CC	1006813848	VASQUEZ RODRIGUEZ PAULA ALEJANDRA	230301	1	$38,667	$6,200	EPS008	1	$38,667	$4,900		0	$0	$0	14-11	1	$38,667	$300	0	$0	$0
Total	Afiliados(1)					$38,667	$6,200			$38,667	$4,900			$0	$0			$38,667	$300		$0	$0

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$6,200	$0	$0	$6,200
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	$6,200	$0	$0	$6,200
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$300	$0	$0	$300
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	1	$300	$0	$0	$300
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$4,900	$0	$0	$4,900
COMPENSAR	EPS008	860,066,942	7	1	$4,900	$0	$0	$4,900
TOTAL				1	$11,400	$0	$0	$11,400

PLANILLA PAGADA PLANILLA PAGADA PLANILLA PAGADA

aportes en línea

Comprobante de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE							
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono
CC 1122921178		MORENO CASTILLO ANGIE DAYANNA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CARRERA 37 33 22	VILLAVICENCIO-META	6629333

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION			
Periodo Pensión	2023-10	Periodo Salud	2023-10
Fecha límite de pago	2023/11/21	Fecha de pago	2023/10/23
Dias de mora	0	Tasa de mora	26.16%

TOTALES	
Valor a pagar	$11,400
Intereses de mora	$0
Saldos e incapacidades	$0
Valor total	$11,400

DATOS DE LA TRANSACCIÓN	
Clave planilla	9457880108
Clave de pago	232083762
Banco	NEQUI

2023/11/27 10:54 AM

en línea

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1122921178		MORENO CASTILLO ANGIE DAYANNA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CARRERA 37 33 22	VILLAVICENCIO-META	6629333	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2023-10	2023-10	132080742	84578809108	I	2023/11/21	2023/10/25	MEGA	0	$11,400

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO				PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES			
No.	Identificación		Nombres	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Dias	IBC	Aporte
1	CC	1122921178	MORENO CASTILLO ANGIE DAYANNA	25-14	1	$38,667	$6,200	EPS017	1	$38,667	$4,900		0	$0	$0	14-11	1	$38,667	$300	0	$0	$0
Total	Afiliados(1)					$38,667	$6,200			$38,667	$4,900			$0	$0			$38,667	$300		$0	$0

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$6,200	$0	$0	$6,200
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	1	$6,200	$0	$0	$6,200
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$300	$0	$0	$300
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	1	$300	$0	$0	$300
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$4,900	$0	$0	$4,900
FAMISANAR	EPS017	830,003,564	7	1	$4,900	$0	$0	$4,900
TOTAL				1	$11,400	$0	$0	$11,400

aportes en línea

Comprobante de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE							
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono
CC 1007960055		ARIAS CUETO YUSNAI CAMILA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CARRERA 37 33 22	VILLAVICENCIO-META	6629333

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION			
Periodo Pensión	2023-10	Periodo Salud	2023-10
Fecha límite de pago	2023/11/15	Fecha de pago	2023/10/23
Dias de mora	0	Tasa de mora	26.16%

TOTALES	
Valor a pagar	$11,400
Intereses de mora	$0
Saldos e incapacidades	$0
Valor total	$11,400

DATOS DE LA TRANSACCIÓN	
Clave planilla	9457880661
Clave de pago	232309637
Banco	NEQUI

2023/11/27 10:57 AM

en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Telefono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1006960855		ARIAS CUETO YUSNAI CAMILA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CARRERA 37 33 22	VILLAVICENCIO-META	6629333	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2023-10	2023-10	1323096337	94578804611	1	2023/11/15	2023/10/23	HEQUA	0	$11,400

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO				PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES			
No.	Identificación		Nombres	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Dias	IBC	Aporte
1	CC	1006960855	ARIAS CUETO YUSNAI CAMILA	230201	1	$38,667	$6,200	EPS041	1	$38,667	$4,900		0	$0	$0	14-11	1	$38,667	$300	0	$0	$0
Total	Afiliados(1)					$38,667	$6,200			$38,667	$4,900			$0	$0			$38,667	$300		$0	$0

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$6,200	$0	$0	$6,200
PROTECCION	230201	800,229,739	0	1	$6,200	$0	$0	$6,200
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$300	$0	$0	$300
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	1	$300	$0	$0	$300
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$4,900	$0	$0	$4,900
NUEVA EPS MOVILIDAD	EPS041	900,156,264	2	1	$4,900	$0	$0	$4,900
TOTAL				1	$11,400	$0	$0	$11,400

aportes en línea

Comprobante de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE							
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono
CC 1193067504		BIANKA JULIANA CORTES RINCON	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CARRERA 37 33 22	VILLAVICENCIO-META	6629333

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION			
Periodo Pensión	2023-10	Periodo Salud	2023-10
Fecha limite de pago	2023/11/02	Fecha de pago	2023/10/23
Dias de mora	0	Tasa de mora	26.16%

TOTALES	
Valor a pagar	$11,400
Intereses de mora	$0
Saldos e incapacidades	$0
Valor total	$11,400

DATOS DE LA TRANSACCIÓN	
Clave planilla	9457880757
Clave de pago	232357642
Banco	NEQUI

2023/11/27 10:59 AM

en línea

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1193067594		RIANNA JULIANA CORTES RINCON	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CARRERA 37 33 32	VILLAVICENCIO-META	6629333	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2023-10	2023-10	13235764	945788357	I	2023/11/02	2023/10/23	MEGA	0	$11,400

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO			PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES			
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Dias	IBC	Aporte	
1	CC 1193067594	RIANNA JULIANA CORTES RINCON	230301	1	$38,667	$6,200	EPS005	1	$38,667	$4,900		0	$0	$0	14-11	1	$38,667	$300	0	$0	$0	
Total	**Afiliados(1)**				$38,667	$6,200			$38,667	$4,900			$0	$0			$38,667	$300		$0	$0	

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$6,200	$0	$0	$6,200
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	$6,200	$0	$0	$6,200
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$300	$0	$0	$300
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	1	$300	$0	$0	$300
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$4,900	$0	$0	$4,900
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	1	$4,900	$0	$0	$4,900
TOTAL				1	$11,400	$0	$0	$11,400

aportes en línea

Comprobante de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE							
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono
CC 1006823511		FERNANDEZ MARTINEZ BRAYAN FERNANDO	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CARRERA 37 33 22	VILLAVICENCIO-META	6629333

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION			
Periodo Pensión	2023-10	Periodo Salud	2023-10
Fecha límite de pago	2023/11/03	Fecha de pago	2023/10/23
Dias de mora	0	Tasa de mora	26.16%

TOTALES	
Valor a pagar	$11,400
Intereses de mora	$0
Saldos e incapacidades	$0
Valor total	$11,400

DATOS DE LA TRANSACCIÓN	
Clave planilla	9457880028
Clave de pago	232056464
Banco	NEQUI

2023/11/27 11:00 AM

en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1006623511		FERNANDEZ MARTINEZ BRAYAN FERNANDO	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CARRERA 37 33 22	VILLAVICENCIO-META	6629333	NO

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2023-10	2023-10	232056464	94507880108	I	2023/11/03	2023/10/23	HEQUI	0	$11,400

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO				PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES			
No.	Identificación		Nombres	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Dias	IBC	Aporte
1	CC	1006623511	FERNANDEZ MARTINEZ BRAYAN FERNANDO	230001	1	$38,667	$6,200	EPS005	1	$38,667	$4,900		0	$0	$0	14-11	1	$38,667	$300	0	$0	$0
Total	**Afiliados(1)**					**$38,667**	**$6,200**			**$38,667**	**$4,900**			**$0**	**$0**			**$38,667**	**$300**		**$0**	**$0**

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$6,200	$0	$0	$6,200
PORVENIR	230001	800.224.808	8	1	$6,200	$0	$0	$6,200
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$300	$0	$0	$300
ARL SURA	14-11	890.903,790	5	1	$300	$0	$0	$300
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$4,900	$0	$0	$4,900
SANITAS	EPS005	800.251.440	6	1	$4,900	$0	$0	$4,900
TOTAL				1	$11,400	$0	$0	$11,400

PLANILLA PAGADA PLANILLA PAGADA PLANILLA PAGADA

aportes en línea

Comprobante de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE							
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono
CC 1121960048		BAQUERO SANCLEMENTE BRAYAN ANDRES	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CARRERA 37 33 22	VILLAVICENCIO-META	6629333

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION			
Periodo Pensión	2023-10	Periodo Salud	2023-10
Fecha límite de pago	2023/11/14	Fecha de pago	2023/10/23
Dias de mora	0	Tasa de mora	26.16%

TOTALES	
Valor a pagar	$11,400
Intereses de mora	$0
Saldos e incapacidades	$0
Valor total	$11,400

DATOS DE LA TRANSACCIÓN	
Clave planilla	9457923478
Clave de pago	232707318
Banco	NEQUI

2023/11/27 11:02 AM

en línea

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1121960648		RAQUERO SANCLEMENTE BRAYAN ANDRES	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CARRERA 37 33 22	VILLAVICENCIO-META	6629333	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Límite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2023-10	2023-10	232787318	84579034078	1	2023/11/14	2023/10/13	MEDUR	0	$11,400

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO				PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES			
No.	Identificación		Nombres	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Dias	IBC	Aporte
1	CC	1121960648	RAQUERO SANCLEMENTE BRAYAN ANDRES	230301	1	$38,667	$6,200	EPS037	1	$38,667	$4,900		0	$0	$0	14-11	1	$38,667	$300	0	$0	$0
Total	Afiliados(1)					$38,667	$6,200			$38,667	$4,900			$0	$0			$38,667	$300		$0	$0

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$6,200	$0	$0	$6,200
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	$6,200	$0	$0	$6,200
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$300	$0	$0	$300
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	1	$300	$0	$0	$300
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$4,900	$0	$0	$4,900
NUEVA E.P.S.	EPS037	900,156,264	2	1	$4,900	$0	$0	$4,900
TOTAL				1	$11,400	$0	$0	$11,400

Simple

PAGOSIMPLE | AUTOLIQUIDACION CONSOLIDADA

Fecha creación reporte: 2023-11-27, 11:06:37 AM **Tipo Planilla:** I: PLANILLA INDEPENDIENTES **Numéro Planilla:** 1058444547

Periodo Cotización: octubre de 2023 **Periodo Servicio:** octubre de 2023

PAGADO 21/10/2023 EN HORARIO EXTENDIDO

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	LEONELMENDOZA CARDOZO		
Documento	CC7063280	**Dirección**	CR 37 #33 - 22
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	**Teléfono**	3107553338
Tipo Persona	NATURAL	**Forma Presentación**	ÚNICO
Ciudad	VILLAVICENCIO	**Departamento**	META
Representante Legal		**Identificación**	
Total Afiliados	1	**ARP**	ARL SURA

II. DETALLE DEL APORTANTE

Datos del Afiliado				Novedades																				Pensiones			Salud			Riesgos			Cajas			Parafiscales				Total
Identificación	Apellidos y Nombres	Tipo Cotizante	Subtipo Cotizante	IGE	IRL	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	COR	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	Días APO	Días TDP	Días APO	Días TDP	Administradora	IBC Pensión	Aporte Pensión	Administradora	IBC Salud	Aporte Salud	Tarifa	IBC Riesgos	Aporte Riesgos	Administradora	IBC Caja	Aporte Caja	Aporte SENA	Aporte ICBF	ESAP	Aporte Minedu	Total
C 7063280	LEONEL MENDOZA CARDOZO	59	00	X	X																	0	1	1	1	120301 I.PORVENIR	$ 30.667	$ 6.200	EPS005 EPS SANITAS	$ 30.667	$ 4.600	0.522	$ 30.667	$ 300	ARL SURA (C) HISTORICA CCF	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 11.400

III. TOTALES

IBC Pensión	IBC Salud	IBC Riesgos	IBC Cajas	Aportes Pensión	Aportes Salud	Aportes Riesgos	Aportes Cajas	Aportes Sena	Aportes ICBF	Aportes ESAP	Aportes Min Educación	Incapacidades, Licencias, Saldos a Favor EPS	Incapacidades ARP	SUBTOTAL SIN INTERESES DE MORA	TOTAL INTERESES DE MORA	TOTAL FINAL
$ 30.667	$ 30.667	$ 30.667	$ 0	$ 6.200	$ 4.600	$ 300	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 11.400	$ 0	$ 11.400

Líneas de Servicio FonoSIMPLE: Bogotá 601 4446634 - Cali: 602 5540577 - Medellín: 604 5146669 - Bucaramanga: 607 6438000 - Cartagena: 605 6945444 - Pereira: 606 3402582 - Barranquilla: 605 3618850 - Resto del País: 018000 971 971 - ¡Más que Fácil, SIMPLE!

¡El Poder de lo SIMPLE!

Antes de imprimir, asegúrese que sea realmente necesario. Proteger el medio ambiente está en nuestras manos.

Simple

Información de la Planilla Pagada

Nit de comercio Operador de Información	900097333-9
Razón Social del Operador de Información	SIMPLE S.A.
Descripción	Pago de SuAporte
Fecha	2023-10-21, 06:55:37 PM en horario extendido
Periodo de Cotización Otros Riesgos	octubre de 2023
Periodo de Cotización Para Salud	octubre de 2023
Empresa	LEONELMENDOZA CARDOZO
CEDULA CIUDADANIA	CC 7063280
Código Sucursal (Nombre)	( )
Referencia de Pago/ Número Planilla	1058444547
Tipo de Planilla	I
Número Transacción Bancaria/ CUS	232252110
Banco	(1507) - NEQUI
Valor	$ 11.400
Estado de la Transacción	Aprobada
Dirección IP de Origen	10.0.19.58

Nit	Código	Administradora	Número Afiliados	Valor sin Mora	Total Intereses Mora
N800224808	230301	PORVENIR	1	$ 6.200	$ 0
N800251440	EPS005	SANITAS EPS	1	$ 4.900	$ 0
N860070780	14-11	ARL SURA	1	$ 300	$ 0
			SubTotales:	$ 11.400	$ 0
			Total a Pagar:		$ 11.400

Líneas de Servicio FonoSIMPLE: Bogotá 601 4446634 - Cali: 602 5540377 - Medellín: 604 5140669 - Bucaramanga: 607 6438600 - Cartagena: 605 6945444 - Pereira: 606 3402582 - Barranquilla: 605 3618850 - Resto del País: 018000 971 971 - ¡Más que Fácil, SIMPLE!

SIMPLE S.A. no se hace responsable de las planillas y pagos realizados a través de otros operadores de información dado que no tiene medios para corroborar la veracidad de la misma, su alcance se limita a replicar la información suministrada directamente por el cliente.

¡El Poder de lo SIMPLE!

Antes de imprimir, asegúrese que sea realmente necesario. Proteger el medio ambiente está en nuestras manos.

aportes en línea

Comprobante de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE							
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono
CC 1006773630		CUBIDES MANSANAREZ JAIDER ESTIBEN	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CARRERA 37 33 22	BOGOTA-BOGOTA D.E.	6629333

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION			
Periodo Pensión	2023-10	Periodo Salud	2023-10
Fecha límite de pago	2023/11/09	Fecha de pago	2023/10/23
Dias de mora	0	Tasa de mora	26.16%

TOTALES	
Valor a pagar	$11,400
Intereses de mora	$0
Saldos e incapacidades	$0
Valor total	$11,400

DATOS DE LA TRANSACCIÓN	
Clave planilla	9457880361
Clave de pago	232167588
Banco	NEQUI

2023/11/27 11:07 AM

en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE								
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1006773638		CUBIDES MANSANAREZ JAIDER ESTIBEN	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CARRERA 37 33 21	BOGOTA-BOGOTA D.C.	6629335	no

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo		Clase		Tipo	Fecha		Pago		
Pension	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2023-10	2023-10	232167588	94578803651	I	2023/11/09	2023/10/23	REDUI	0	$11,400

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO				PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES			
No.	Identificación		Nombres	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Dias	IBC	Aporte
1	CC	1006773638	CUBIDES MANSANAREZ JAIDER ESTIBEN	230301	1	$38,667	$6,200	CCFC55	1	$38,667	$4,900		0	$0	$0	14-11	1	$38,667	$300	0	$0	$0
Total	**Afiliados(1)**					$38,667	$6,200			$38,667	$4,900			$0	$0			$38,667	$300		$0	$0

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$6,200	$0	$0	$6,200
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	$6,200	$0	$0	$6,200
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$300	$0	$0	$300
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	1	$300	$0	$0	$300
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$4,900	$0	$0	$4,900
CAJACOPI	CCFC55	901,543,211	4	1	$4,900	$0	$0	$4,900
TOTAL				1	$11,400	$0	$0	$11,400

PLANILLA PAGADA PLANILLA PAGADA PLANILLA PAGADA

Simple

PAGOSIMPLE | AUTOLIQUIDACION CONSOLIDADA

Fecha creación reporte: 2023-11-27, 11:10:26 AM **Tipo Planilla:** I: PLANILLA INDEPENDIENTES **Número Planilla:** 1058445541

Periodo Cotización: octubre de 2023 **Periodo Servicio:** octubre de 2023

PAGADO 22/10/2023 EN HORARIO EXTENDIDO

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	WILLIAM EDUARDO PEREZ QUIRIFE		
Documento	CC96193809	**Dirección**	CR 37 #33 - 22
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	**Teléfono**	6629333
Tipo Persona	NATURAL	**Forma Presentación**	ÚNICO
Ciudad	VILLAVICENCIO	**Departamento**	META
Representante Legal		**Identificación**	
Total Afiliados	1	**ARP**	ARL SURA

II. DETALLE DEL APORTANTE

Datos del Afiliado				Novedades																				Pensiones			Salud			Riesgos			Cajas			Parafiscales				Total
Identificación	Apellidos y Nombres	Tipo Cotizante	Subtipo Cotizante	IRP	IRP_F	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	AVT	AVP	Días APO	Días EPS	Días ARP	Días CCF	Administradora	IBC Pensión	Aporte Pensión	Administradora	IBC Salud	Aporte Salud	Tarifa	IBC Riesgos	Aporte Riesgos	Administradora	IBC Caja	Aporte Caja	Aportes SENA	Aportes ICBF	ESAP	Aportes Ministerio	Total
CC96193809	WILLIAM EDUARDO PEREZ QUIRIFE	59	00	X	X									0	1	1	1	(025001) PROTECCION	$ 39.667	$ 6.209	(CCF030) SALUDCOOP EPS E.A.I.	$ 39.667	$ 4.908	0,522	$ 39.667	$ 300	909-(11) WINGUMA CCF	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 11.400

III. TOTALES

IBC Pensión	IBC Salud	IBC Riesgos	IBC Cajas	Aportes Pensión	Aportes Salud	Aportes Riesgos	Aportes Cajas	Aportes Sena	Aportes ICBF	Aportes ESAP	Aportes Min.Educación	Incapacidades, Licencias, Saldos a Favor EPS	Incapacidades ARP	SUBTOTAL SIN INTERESES DE MORA	TOTAL INTERESES DE MORA	TOTAL FINAL
$ 39.667	$ 39.667	$ 39.667	$ 0	$ 6.209	$ 4.908	$ 300	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 11.400	$ 0	$ 11.400

Líneas de Servicio FonoSIMPLE: Bogotá 601 4446634 - Cali: 602 5548577 - Medellín: 604 5146569 - Bucaramanga: 607 6438000 - Cartagena: 605 6945444 - Pereira: 606 3402562 - Barranquilla: 605 3618850 - Resto del País: 018000 971 971 - ¡Más que Fácil, SIMPLE!

¡El Poder de lo SIMPLE!

Antes de imprimir, asegúrese que sea realmente necesario. Proteger el medio ambiente está en nuestras manos.

Simple

Información de la Planilla Pagada

Nit de comercio Operador de Información	900097333-9
Razón Social del Operador de Información	SIMPLE S.A.
Descripción	Pago de SuAporte
Fecha	2023-10-22, 12:09:06 PM en horario extendido
Periodo de Cotización Otros Riesgos	octubre de 2023
Periodo de Cotización Para Salud	octubre de 2023
Empresa	WILLIAM EDUARDO PEREZ QUIRIFE
CEDULA CIUDADANIA	CC 96193809
Código Sucursal (Nombre)	( )
Referencia de Pago/ Número Planilla	1058445541
Tipo de Planilla	I
Número Transacción Bancaria/ CUS	232775473
Banco	(1507) - NEQUI
Valor	$ 11.400
Estado de la Transacción	Aprobada
Dirección IP de Origen	10.0.19.58

ss	Código	Administrador	Número Afiliados	Valor sin Mora	Total Intereses Mora
N800229739	230201	PROTECCION	1	$ 6.200	$ 0
N901543211	CCFC55	EPS CAJACOPI	1	$ 4.900	$ 0
N860003790	14-11	ARL SURA	1	$ 300	$ 0
			SubTotales:	$ 11.400	$ 0
			Total a Pagar:		$ 11.400

Líneas de Servicio FonoSIMPLE: Bogotá 601 4448834 - Cali: 602 5540577 - Medellín: 604 5146009 - Bucaramanga: 607 6438888 - Cartagena: 605 6945444 - Pereira: 606 3402582 - Barranquilla: 605 3618950 - Resto del País: 018000 971 671 - ¡Más que Fácil, SIMPLE!

SIMPLE S.A. no se hace responsable de las planillas y pagos realizados a través de otros operadores de información dado que no tiene medios para corroborar la veracidad de la misma, su alcance se limita a replicar la información suministrada directamente por el cliente.

¡El Poder de lo SIMPLE!

Antes de imprimir, asegúrese que sea realmente necesario. Proteger el medio ambiente está en nuestras manos.

aportes en línea

Comprobante de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE							
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono
CC 1007749568		PEREZ BARON JHONNIER EDUARDO	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CARRERA 37 33 22	VILLAVICENCIO-META	6629333

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION			
Periodo Pensión	2023-10	Periodo Salud	2023-10
Fecha límite de pago	2023/11/17	Fecha de pago	2023/10/23
Dias de mora	0	Tasa de mora	26.16%

TOTALES	
Valor a pagar	$11,400
Intereses de mora	$0
Saldos e incapacidades	$0
Valor total	$11,400

DATOS DE LA TRANSACCIÓN	
Clave planilla	9457880716
Clave de pago	232341996
Banco	NEQUI

2023/11/27 11:11 AM

en línea

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1087749568		PEREZ BARON JHONNIER EDUARDO	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CARRERA 37 33 32	VILLAVICENCIO-META	6625533	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pension	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2023-10	2023-10	132141996	94578807?6	I	2023/11/17	2023/10/23	REDLB	0	$11,400

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO				PENSION			SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES			
No.	Identificación		Nombres	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Dias	IBC	Aporte
1	CC	1087749568	PEREZ BARON JHONNIER EDUARDO	230301	1	$38,667	$6,200	CCFC55	1	$38,667	$4,900		0	$0	$0	14-11	1	$38,667	$300	0	$0	$0
Total	**Afiliados(1)**					$38,667	$6,200			$38,667	$4,900			$0	$0			$38,667	$300		$0	$0

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$6,200	$0	$0	$6,200
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	$6,200	$0	$0	$6,200
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$300	$0	$0	$300
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	1	$300	$0	$0	$300
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$4,900	$0	$0	$4,900
CAJACOPI	CCFC55	901,543,211	6	1	$4,900	$0	$0	$4,900
TOTAL				1	$11,400	$0	$0	$11,400

en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	Dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1006775152		AMAYA CALDERON BRAYAN ESNEIDER	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CARRERA 37 33 32	VILLAVICENCIO-META	6629332	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2023-10	2023-10	132115162	94578B0200	1	2023/11/15	2023/10/23	NEQUI	0	$11,400

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO			PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES			
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Dias	IBC	Aporte
1	CC 1006775152	AMAYA CALDERON BRAYAN ESNEIDER	230301	1	$38,667	$6,200	CCFC55	1	$38,667	$4,900		0	$0	$0	14-11	1	$38,667	$300	0	$0	$0
Total	**Afiliados(1)**				$38,667	$6,200			$38,667	$4,900			$0	$0			$38,667	$300		$0	$0

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$6,200	$0	$0	$6,200
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	$6,200	$0	$0	$6,200
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$300	$0	$0	$300
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	1	$300	$0	$0	$300
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$4,900	$0	$0	$4,900
CAJACOPI	CCFC55	901,543,211	6	1	$4,900	$0	$0	$4,900
TOTAL				1	$11,400	$0	$0	$11,400

PLANILLA PAGADA PLANILLA PAGADA PLANILLA PAGADA

aportes en línea

Comprobante de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE							
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono
CC 1006775552		AMAYA CALDERON BRAYAN ESNEIDER	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CARRERA 37 33 22	VILLAVICENCIO-META	6629333

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION			
Periodo Pensión	2023-10	Periodo Salud	2023-10
Fecha límite de pago	2023/11/15	Fecha de pago	2023/10/23
Dias de mora	0	Tasa de mora	26.16%

TOTALES	
Valor a pagar	$11,400
Intereses de mora	$0
Saldos e incapacidades	$0
Valor total	$11,400

DATOS DE LA TRANSACCIÓN	
Clave planilla	9457880200
Clave de pago	232115162
Banco	NEQUI

2023/11/27 11:13 AM

en línea

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Dirección	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1118806172		ENCISO CRUZ JORGE ALBERTO	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CARRERA 37 35 22	VILLAVICENCIO-META	8629335	no

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2023-10	2023-10	131993387	94537879836	I	2023/11/20	2023/10/23	RED4	0	$11,400

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO				PENSION			SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES			
No.	Identificación		Nombres	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Dias	IBC	Aporte
1	CC	1118806172	ENCISO CRUZ JORGE ALBERTO	230201	1	$38,667	$6,200	EPS005	1	$38,667	$4,900		0	$0	$0	14-11	1	$38,667	$300	0	$0	$0
Total	**Afiliados(1)**					**$38,667**	**$6,200**			**$38,667**	**$4,900**			$0	$0			**$38,667**	**$300**		$0	$0

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$6,200	$0	$0	$6,200
PROTECCION	230201	800,229,739	0	1	$6,200	$0	$0	$6,200
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$300	$0	$0	$300
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	1	$300	$0	$0	$300
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$4,900	$0	$0	$4,900
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	1	$4,900	$0	$0	$4,900
TOTAL				1	$11,400	$0	$0	$11,400

aportes en línea

Comprobante de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE							
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono
CC 1119890172		ENCISO CRUZ JORGE ALBERTO	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CARRERA 37 33 22	VILLAVICENCIO-META	6629333

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION			
Periodo Pensión	2023-10	Periodo Salud	2023-10
Fecha límite de pago	2023/11/20	Fecha de pago	2023/10/23
Dias de mora	0	Tasa de mora	26.16%

TOTALES	
Valor a pagar	$11,400
Intereses de mora	$0
Saldos e incapacidades	$0
Valor total	$11,400

DATOS DE LA TRANSACCIÓN	
Clave planilla	9457879836
Clave de pago	231993387
Banco	NEQUI

2023/11/27 11:15 AM

aportes en línea

Comprobante de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE							
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono
CC 1006457104		CEDIEL MALDONADO CARLOS ANDRES	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CARRERA 37 33 22	VILLAVICENCIO-META	6629333

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION			
Periodo Pensión	2023-10	Periodo Salud	2023-10
Fecha límite de pago	2023/11/02	Fecha de pago	2023/10/23
Dias de mora	0	Tasa de mora	26.16%

TOTALES	
Valor a pagar	$11,400
Intereses de mora	$0
Saldos e Incapacidades	$0
Valor total	$11,400

DATOS DE LA TRANSACCIÓN	
Clave planilla	9457923647
Clave de pago	232760344
Banco	NEQUI

2023/11/27 11:16 AM

en línea

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1006457104		CEDIEL MALDONADO CARLOS ANDRES	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CARRERA 37 31 22	VILLAVICENCIO-META	6628333	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACIÓN

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Límite	Pago	Banco	Días Mora	Valor
2023-10	2023-10	1327460344	94579236 47	E	2023/11/02	2023/10/31	HELM	0	$11,400

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO				PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES			
No.	Identificación		Nombres	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Dias	IBC	Aporte
1	CC	1006457104	CEDIEL MALDONADO CARLOS ANDRES	230301	1	$38,667	$6,200	EPS041	1	$38,667	$4,900		0	$0	$0	14-11	1	$38,667	$300	0	$0	$0
Total			Afiliados(1)			$38,667	$6,200			$38,667	$4,900			$0	$0			$38,667	$300		$0	$0

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$6,200	$0	$0	$6,200
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	$6,200	$0	$0	$6,200
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$300	$0	$0	$300
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	1	$300	$0	$0	$300
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$4,900	$0	$0	$4,900
NUEVA EPS MOVILIDAD	EPS041	900,156,264	2	1	$4,900	$0	$0	$4,900
TOTAL				1	$11,400	$0	$0	$11,400

Simple

PAGOSIMPLE | AUTOLIQUIDACION CONSOLIDADA

Fecha creación reporte: 2023-11-27, 11:29:10 AM **Tipo Planilla:** I: PLANILLA INDEPENDIENTES **Número Planilla:** 1058444468

Periodo Cotización: octubre de 2023 **Periodo Servicio:** octubre de 2023

PAGADO 21/10/2023 EN HORARIO EXTENDIDO

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	ERIK SANTIAGO TRIANA CASTELLANOS		
Documento	CC1031641130	**Dirección**	CR 37 #33 - 22
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	**Teléfono**	6629333
Tipo Persona	NATURAL	**Forma Presentación**	ÚNICO
Ciudad	VILLAVICENCIO	**Departamento**	META
Representante Legal		**Identificación**	
Total Afiliados	1	**ARP**	ARL SURA

II. DETALLE DEL APORTANTE

Datos del Afiliado				Novedades																		Pensiones			Salud			Riesgos			Cajas			Parafiscales				Total
Identificación	Apellidos y Nombres	Tipo Cotizante	Subtipo Cotizante	ING	RET	VSP	TDE	TAE	TDP	TAP	VST	SUS	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	Días APS	Días ARP	Días CCF	Administradora	IBC Pensión	Aporte Pensión	Administradora	IBC Salud	Aporte Salud	Tarifa	IBC Riesgos	Aporte Riesgos	Administradora	IBC Caja	Aporte Caja	Aporte SENA	Aporte ICBF	ESAP	Aporte Mineducación	Total
C 1031641130	ERIK SANTIAGO TRIANA CASTELLANOS	58	00	X	X														0	1	1	1	(25-14) COLPENSIONES	$ 38.667	$ 6.200	(EPS002) SALUD TOTAL EPS	$ 38.667	$ 4.800	0,522	$ 38.667	$ 386	(caja-CC) MINUANA-CCF	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 11.400

III. TOTALES

IBC Pensión	IBC Salud	IBC Riesgos	IBC Caja	Aportes Pensión	Aportes Salud	Aportes Riesgos	Aportes Caja	Aportes Sena	Aportes ICBF	Aportes ESAP	Aportes Min Educación	Incapacidades, Licencias, Saldos a Favor EPS	Incapacidades ARP	SUBTOTAL SIN INTERESES DE MORA	TOTAL INTERESES DE MORA	TOTAL FINAL
$ 38.667	$ 38.667	$ 38.667	$ 0	$ 6.200	$ 4.800	$ 386	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 11.400	$ 0	$ 11.400

Líneas de Servicio FonoSIMPLE: Bogotá 601 4446634 - Cali: 602 5569577 - Medellín: 604 5146669 - Bucaramanga: 607 6438000 - Cartagena: 605 6945444 - Pereira: 606 3402582 - Barranquilla: 605 3616660 - Resto del País: 018000 971 971 - ¡Más que Fácil, SIMPLE!

¡El Poder de lo SIMPLE!

Antes de imprimir, asegúrese que sea realmente necesario. Proteger el medio ambiente está en nuestras manos.

Simple

Información de la Planilla Pagada	
Nit de comercio Operador de Información	900097333-9
Razón Social del Operador de Información	SIMPLE S.A.
Descripción	Pago de SuAporte
Fecha	2023-10-21, 06:16:30 PM en horario extendido
Periodo de Cotización Otros Riesgos	octubre de 2023
Periodo de Cotización Para Salud	octubre de 2023
Empresa	ERIK SANTIAGO TRIANA CASTELLANOS
CEDULA CIUDADANIA	CC 1031641130
Código Sucursal (Nombre)	( )
Referencia de Pago/ Número Planilla	1058444468
Tipo de Planilla	I
Número Transacción Bancaria/ CUS	232205821
Banco	(1507) - NEQUI
Valor	$ 11.400
Estado de la Transacción	Aprobada
Dirección IP de Origen	10.0.19.58

Nit	Código	Administradora	Número Afiliados	Valor sin Mora	Total Intereses Mora
N800336004	25-14	COLPENSIONES	1	$ 6.200	$ 0
N800130907	EPS032	SALUD TOTAL EPS	1	$ 4.900	$ 0
N860903790	14-11	ARL SURA	1	$ 300	$ 0
			SubTotales:	$ 11.400	$ 0
			Total a Pagar:		$ 11.400

Líneas de Servicio FonoSIMPLE: Bogotá 601 4446634 - Cali: 602 5540577 - Medellín: 604 5146669 - Bucaramanga: 607 6438800 - Cartagena: 605 6945444 - Pereira: 606 3402582 - Barranquilla: 605 3618850 - Resto del País: 018000 971 971 - ¡Más que Fácil, SIMPLE!

SIMPLE S.A. no se hace responsable de las planillas y pagos realizados a través de otros operadores de información dado que no tiene medios para corroborar la veracidad de la misma, su alcance se limita a replicar la información suministrado directamente por el cliente.

¡El Poder de lo SIMPLE!

Antes de imprimir, asegúrese que sea realmente necesario. Proteger el medio ambiente está en nuestras manos.

aportes en línea

Comprobante de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE							
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono
CC 17339360		DZIEGUEL TURRIAGO KAROL	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	crr 39 n 32 30 barsalai	VILLAVICENCIO-META	6847105

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION			
Periodo Pensión	2023-10	Periodo Salud	2023-10
Fecha límite de pago	2023/11/16	Fecha de pago	2023/10/23
Dias de mora	0	Tasa de mora	26.16%

TOTALES	
Valor a pagar	$11,400
Intereses de mora	$0
Saldos e incapacidades	$0
Valor total	$11,400

DATOS DE LA TRANSACCIÓN	
Clave planilla	9457879931
Clave de pago	232022438
Banco	NEQUI

2023/11/27 11:29 AM

en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1721139360		OZIEQUIEL TURRIAGO KAROL	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	cra 39 n 32 30 barrio	VILLAVICENCIO-META	6847189	no

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pension	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2023-10	2023-10	230321438	94503879931	1	2023/11/16	2023/10/23	NEQUI	0	$11,400

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO				PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES		
No.	Identificación		Nombres	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Dias	IBC	Aporte
1	CC	1721139360	OZIEQUIEL TURRIAGO KAROL	230301	1	$38,667	$6,200	EPS005	1	$38,667	$4,900		0	$0	$0	14-11	1	$38,667	$300	0	$0	$0
Total	**Afiliados(1)**					$38,667	$6,200			$38,667	$4,900			$0	$0			$38,667	$300		$0	$0

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$6,200	$0	$0	$6,200
PORVENIR	230301	800.224.808	8	1	$6,200	$0	$0	$6,200
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$300	$0	$0	$300
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	1	$300	$0	$0	$300
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$4,900	$0	$0	$4,900
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	1	$4,900	$0	$0	$4,900
TOTAL				1	$11,400	$0	$0	$11,400

aportes en línea

Comprobante de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE							
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono
CC 1116852100		VASQUEZ MALDONADO JORGE EDUARDO	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	carrera 41 # 8-14	VILLAVICENCIO-META	6638249

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION			
Periodo Pensión	2023-10	Periodo Salud	2023-10
Fecha límite de pago	2023/11/02	Fecha de pago	2023/10/23
Dias de mora	0	Tasa de mora	26.16%

TOTALES	
Valor a pagar	$11,400
Intereses de mora	$0
Saldos e incapacidades	$0
Valor total	$11,400

DATOS DE LA TRANSACCIÓN	
Clave planilla	9457880791
Clave de pago	232372263
Banco	NEQUI

2023/11/27 11:32 AM

en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1116852100		VASQUEZ MALDONADO JORGE EDUARDO	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	carrera 41 # 8-14	VILLAVICENCIO-META	6636249	no

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2023-10	2023-10	232372263	94570803791	I	2023/11/02	2023/10/23	NEQUI	0	$11,400

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO				PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES			
No.	Identificación		Nombres	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Dias	IBC	Aporte
1	CC	1116852100	VASQUEZ MALDONADO JORGE EDUARDO	23030	1	$38,667	$6,200	EPS002	1	$38,667	$4,900		0	$0	$0	14-11	1	$38,667	$300	0	$0	$0
Total	Afiliados(1)					$38,667	$6,200			$38,667	$4,900			$0	$0			$38,667	$300		$0	$0

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$6,200	$0	$0	$6,200
PORVENIR	23030	800,224,808	8	1	$6,200	$0	$0	$6,200
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$300	$0	$0	$300
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	1	$300	$0	$0	$300
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$4,900	$0	$0	$4,900
SALUD TOTAL	EPS002	800,130,907	4	1	$4,900	$0	$0	$4,900
TOTAL				1	$11,400	$0	$0	$11,400

PLANILLA PAGADA

aportes en línea

Comprobante de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE							
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono
CC 17546513		VASQUEZ GUSTAVO	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CARRERA 37 33 22	VILLAVICENCIO-META	6629333

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION			
Periodo Pensión	2023-10	Periodo Salud	2023-10
Fecha límite de pago	2023/11/03	Fecha de pago	2023/10/23
Dias de mora	0	Tasa de mora	26.16%

TOTALES	
Valor a pagar	$11,400
Intereses de mora	$0
Saldos e incapacidades	$0
Valor total	$11,400

DATOS DE LA TRANSACCIÓN	
Clave planilla	9457831930
Clave de pago	231022112
Banco	NEQUI

2023/11/27 11:38 AM

en línea

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Dirección	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1754613		VASQUEZ GUSTAVO	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CARRERA 37 33 22	VILLAVICENCIO-META	6629333	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2023-10	2023-10	331022112	845783900	1	2023/11/03	2023/10/23	NEQUI	0	$11,400

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO					PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES			
No.	Identificación		Nombres	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Dias	IBC	Aporte
1	CC	1754613	VASQUEZ GUSTAVO	25-14	1	$38,667	$6,200	CCFC55	1	$38,667	$4,900		0	$0	$0	14-11	1	$38,667	$300	0	$0	$0
Total	**Afiliados(1)**					$38,667	$6,200			$38,667	$4,900			$0	$0			$38,667	$300		$0	$0

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$6,200	$0	$0	$6,200
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	1	$6,200	$0	$0	$6,200
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$300	$0	$0	$300
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	1	$300	$0	$0	$300
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$4,900	$0	$0	$4,900
CAJACOPI	CCFC55	901,543,211	6	1	$4,900	$0	$0	$4,900
TOTAL				1	$11,400	$0	$0	$11,400

aportes en línea

Comprobante de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE							
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono
CC 1121906431		CASTILLO MORENO MARIA ALEJANDRA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CARRERA 37 33 22	VILLAVICENCIO-META	6629333

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION			
Periodo Pensión	2023-10	Periodo Salud	2023-10
Fecha límite de pago	2023/11/09	Fecha de pago	2023/10/23
Dias de mora	0	Tasa de mora	26.16%

TOTALES	
Valor a pagar	$11,400
Intereses de mora	$0
Saldos e incapacidades	$0
Valor total	$11,400

DATOS DE LA TRANSACCIÓN	
Clave planilla	9457831726
Clave de pago	230955107
Banco	NEQUI

2023/11/27 11:41 AM

en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1121906431		CASTILLO MORENO MARIA ALEJANDRA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CARRERA 27 33 22	VILLAVICENCIO-META	6628333	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pension	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2023-10	2023-10	1309959101	9457851726	1	2023/11/06	2023/10/23	NEQUI	0	$11,400

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO			PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES			
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Dias	IBC	Aporte
1	CC 1121906431	CASTILLO MORENO MARIA ALEJANDRA	230301	1	$38,667	$6,200	EPS005	1	$38,667	$4,900		0	$0	$0	14-11	1	$38,667	$300	0	$0	$0
Total	Afiliados(1)				$38,667	$6,200			$38,667	$4,900			$0	$0			$38,667	$300		$0	$0

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$6,200	$0	$0	$6,200
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	$6,200	$0	$0	$6,200
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$300	$0	$0	$300
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	1	$300	$0	$0	$300
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$4,900	$0	$0	$4,900
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	1	$4,900	$0	$0	$4,900
TOTAL				1	$11,400	$0	$0	$11,400

aportes en línea

Comprobante de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE							
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono
CC 1007627572		FERNANDEZ MARTINEZ DIANA VALENTINA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	carrera 37 33 22	VILLAVICENCIO-META	6628333

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION			
Periodo Pensión	2023-10	Periodo Salud	2023-10
Fecha límite de pago	2023/11/20	Fecha de pago	2023/11/27
Dias de mora	7	Tasa de mora	26.16%

TOTALES	
Valor a pagar	$11,400
Intereses de mora	$300
Saldos e incapacidades	$0
Valor total	$11,700

DATOS DE LA TRANSACCIÓN	
Clave planilla	9459381061
Clave de pago	300455117
Banco	NEQUI

2023/11/27 12:05 PM

en línea

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1007627573		FERNANDEZ MARTINEZ DIANA VALENTINA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	carrera 37 33 22	VILLAVICENCIO-META	6626333	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2023-10	2023-10	30045117	94593810361	I	2023/11/20	2023/11/27	HEQUI	7	$11,700

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO				PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES			
No.	Identificación		Nombres	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte
1	CC	1007627573	FERNANDEZ MARTINEZ DIANA VALENTINA	23020I	1	$38,667	$6,200	CCFC55	1	$38,667	$4,900		0	$0	$0	14-11	1	$38,667	$300	0	$0	$0
Total	Afiliados(1)					$38,667	$6,200			$38,667	$4,900			$0	$0			$38,667	$300		$0	$0

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$6,200	$100	$0	$6,300
PROTECCION	23020I	800,229,739	0	1	$6,200	$100	$0	$6,300
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$300	$100	$0	$400
ARL SURA	14-11	890,903,790	9	1	$300	$100	$0	$400
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$4,900	$100	$0	$5,000
CAJACOPI	CCFC55	901,543,211	6	1	$4,900	$100	$0	$5,000
TOTAL				1	$11,400	$300	$0	$11,700

Simple

PAGOSIMPLE | AUTOLIQUIDACION CONSOLIDADA

Fecha creación reporte: 2023-11-27, 12:12:14 PM **Tipo Planilla:** I: PLANILLA INDEPENDIENTES **Número Planilla:** 10592860282

Periodo Cotización: octubre de 2023 **Periodo Servicio:** octubre de 2023

PAGADO 27/11/2023

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	YERSON JAIR GARCIA GARCIA		
Documento	CC1121829618	**Dirección**	CR 37 #33 - 22
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	**Teléfono**	6628333
Tipo Persona	NATURAL	**Forma Presentación**	ÚNICO
Ciudad	VILLAVICENCIO	**Departamento**	META
Representante Legal		**Identificación**	
Total Afiliados	1	**ARP**	ARL SURA

II. DETALLE DEL APORTANTE

Datos del Afiliado				Novedades																		Pensiones			Salud			Riesgos			Cajas			Parafiscales				Total
Identificación	Apellidos y Nombres	Tipo Cotizante	Subtipo Cotizante	IRL	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	SUS	INT	LMA	VAC	AVP	VCT	IGE	LMA ACT	Días EPS	Días ARP	Días CCF	Administradora	IBC Pensión	Aporte Pensión	Administradora	IBC Salud	Aporte Salud	Tarifa	IBC Riesgos	Aporte Riesgos	Administradora	IBC Caja	Aporte Caja	Aporte SENA	Aporte ICBF	ESAP	Aporte Mineducación	Total
C1121829618	YERSON JAIR GARCIA GARCIA	59	00	0	0														0	1	1	1	0	(25-10) COLPENSIONES	$ 30.667	$ 9.200	(EPS030) EPS SANITAS	$ 30.667	$ 4.600	0.522	$ 30.667	$ 160	(MA-CC) MAPFRE COLOMBIA SEGUROS GENERALES COLOMBIA	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 11.460

III. TOTALES

IBC Pensión	IBC Salud	IBC Riesgos	IBC Cajas	Aportes Pensión	Aportes Salud	Aportes Riesgos	Aportes Cajas	Aportes Sena	Aportes ICBF	Aportes ESAP	Aportes Min Educación	Incapacidades, Licencias, Saldos a Favor EPS	Incapacidades ARP	SUBTOTAL SIN INTERESES DE MORA	TOTAL INTERESES DE MORA	TOTAL FINAL
$ 30.667	$ 30.667	$ 30.667	$ 0	$ 9.200	$ 4.600	$ 160	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 11.460	$ 400	$ 11.860

Líneas de Servicio PagoSIMPLE: Bogotá 601 4466634 - Cali: 602 5540577 - Medellín: 604 5146669 - Bucaramanga: 607 6438000 - Cartagena: 605 6945444 - Pereira: 606 3402582 - Barranquilla: 605 3618850 - Resto del País: 018000 971 971 - ¡Más que Fácil, SIMPLE!

¡El Poder de lo SIMPLE!

Antes de imprimir, asegúrese que sea realmente necesario. Proteger el medio ambiente está en nuestras manos.

Simple

Información de la Planilla Pagada	
Nit de comercio Operador de Información	900097333-9
Razón Social del Operador de Información	SIMPLE S.A.
Descripción	Pago de SuAporte
Fecha	2023-11-27, 12:09:05 PM
Periodo de Cotización Otros Riesgos	octubre de 2023
Periodo de Cotización Para Salud	octubre de 2023
Empresa	YERSON JAIR GARCIA GARCIA
CEDULA CIUDADANIA	CC 1121829618
Código Sucursal (Nombre)	( )
Referencia de Pago/ Número Planilla	1059280282
Tipo de Planilla	I
Número Transacción Bancaria/ CUS	300460988
Banco	[1507] - NEQUI
Valor	$ 11.800
Estado de la Transacción	Aprobada
Dirección IP de Origen	10.0.19.56

Nit	Código	Administradora	Número Afiliados	Valor a la Mora	Total Intereses Mora
N900336004	25-14	COLPENSIONES	1	$ 6.200	$ 200
N800251440	EPS005	SANITAS EPS	1	$ 4.900	$ 100
N860603790	14-11	ARL SURA	1	$ 300	$ 100
			SubTotales:	$ 11.400	$ 400
			Total a Pagar:		$ 11.800

Líneas de Servicio ForoSIMPLE: Bogotá 601 4448634 - Cali: 602 5540577 - Medellín: 604 5146669 - Bucaramanga: 607 6439800 - Cartagena: 605 6645444 - Pereira: 606 3402582 - Barranquilla: 605 3619850 - Resto del País: 018000 971 971 - ¡Más que Fácil, SIMPLE!

SIMPLE S.A. no se hace responsable de las planillas y pagos realizados a través de otros operadores de información dado que no tiene medios para corroborar la veracidad de la misma, su alcance se limita a replicar la información suministrada directamente por el cliente.

¡El Poder de lo SIMPLE!

Antes de imprimir, asegúrese que sea realmente necesario. Proteger el medio ambiente está en nuestras manos.

CORPORACION RED SOCIAL PARA EL DESARROLLO "CORPORED"
R/L CLAUDIA YASMÍN BUITRAGO BOLIVAR
UNICO INFORME PERIODO (20/10/2023 – 19/11/2023)

Contrato N°:		374 DEL 20 DE OCTUBRE DE 2023	
N° Registro Presupuestal		823 DEL 20 DE OCTUBRE DE 2023	
Contratista		CORPORACION RED SOCIAL PARA EL DESARROLLO "CORPORED" R/L CLAUDIA YASMÍN BUITRAGO BOLIVAR	
Supervisor		JORGE DAVID PÉREZ BARRETO	
Objeto del contrato		PRESTACIÓN DE SERVICIOS LOGISTICOS PARA LA REALIZACIÓN DE LAS ACCIONES DE BIENESTAR, FORTALECIMIENTO, CAPACITACIONES Y MUESTRAS CULTURALES, DIRIGIDAS A LOS SERVIDORES PÚBLICOS DEL INSTITUTO DEPARTAMENTAL DE CULTURA DEL META	
Valor total del contrato		CIENTO OCHENTA Y CUATRO MILLONES NOVECIENTOS NOVENTA Y NUEVE MIL NOVECIENTOS NOVENTA Y SIETE PESOS CON SETENTA Y SIETE CENTAVOS DE PESOS ($184.999.997,77) M/CTE, INCLUIDO IVA, SI A ESTE HUBIESE LUGAR	
Plazo de ejecución		UN (01) MES	
Fecha de Inicio	20 DE OCTUBRE DE 2023	**Fecha de Finalización**	19 DE NOVIEMBRE DE 2023
MODIFICACIONES:		N/A	
CESIÓN:		N/A	FECHA: N/A
ADICIONAL EN VALOR:		N/A	FECHA: N/A
PRORROGAS:		N/A	FECHA: N/A
FECHA DE TERMINACIÓN:		N/A	
Funcionamiento	X	**Inversión**	

Mediante el presente informe, me permito relacionar las actividades realizadas durante el periodo **N°. 01** comprendido del **20 DE OCTUBRE DE 2023 AL 19 DE NOVIEMBRE DE 2023,** de acuerdo con las obligaciones establecidas en la Cláusula Segunda del Prestación de Servicios Logisticos N.° 374 de 2023.

El Contratista se obliga para con el Instituto Departamental de Cultura del Meta a adelantar por su propia cuenta y riesgo las siguientes actividades:

OBLIGACIONES ESPECÍFICAS

Programar con el supervisor del contrato, el desarrollo de cada una de las actividades contratadas, en alcance al objeto contractual.

Nit. 822002144-3
Cra. 8 # 4-50 Barrio Los Fundadores
San Martin de los Llanos - Colombia
Telefono: (8) 6 716222 Cel. 3123789608
Linea gratuita: 01-8000-95-0101
E-mail: contacto@culturameta.gov.co
www.culturameta.gov.co

- ✓ Desarrollo de dos (2) talleres teóricos y prácticos, con una intensidad de dieciséis (16) horas cada uno, ocho (8) presenciales y ocho (8) teóricas, donde se garanticen las herramientas y elementos pedagógicos que refuercen los conocimientos transmitidos en el proceso de formación. Un (1) profesional en Psicología y especialización en salud familiar, con dos (02) años de experiencia especifica en procesos de intervención y /o sensibilización en desarrollo organizacional.

Desarrollo de la actividad: Como corporación, nos encargamos de implementar un programa formativo diseñado para fortalecer las competencias de los funcionarios del Instituto Departamental del Cultura del Meta en el ámbito de Desarrollo Organizacional. Nuestra iniciativa tenía como objetivo principal consolidar el conjunto de valores, creencias y entendimientos dentro de la entidad, con un enfoque especial en aspectos fundamentales relacionados con el comportamiento, la comunicación, el lenguaje y el liderazgo. Nos esforzamos por proporcionar un espacio de formación que no solo impartirá conocimientos teóricos, sino que también promoverá la aplicación práctica de estos conceptos para mejorar el desempeño individual y colectivo de los participantes en el ámbito organizacional, en los dos (2) talleres teórico prácticos:





Nit. 822002144-3
Cra. 8 # 4 50 Barrio Los Fundadores
San Martin de los Llanos - Colombia
Telefono: (8) 6 716222 Cel. 3123789608
Linea gratuita: 01-8000-95-0101
E-mail: contacto@culturameta.gov.co
www.culturameta.gov.co





























- ✓ Desarrollo de cuatro (4) talleres teóricos y prácticos, con una intensidad de ocho (8) horas cada uno, donde se garanticen las herramientas y elementos pedagógicos que refuercen los conocimientos transmitidos en el proceso de

Nit. 822002144-3
Cra. 6 # 4-50 Barrio Los Fundadores
San Martin de los Llanos - Colombia
Telefono: (8) 6 716222 Cel. 3123789608
Linea gratuita: 01-8000-95-0101
E-mail: contacto@culturameta.gov.co
www.culturameta.gov.co

formación. Un (1) profesional en ciencias sociales y/o humanidades, con título de maestría en Teología y/o del área de las ciencias sociales y humanas. Con diez (10) de experiencia laboral y cinco (05) años especifica en el área de las ciencias sociales y humanas.

Desarrollo de la actividad: Como corporación, diseñamos un programa formativo para potenciar las competencias y conocimientos de los funcionarios del Instituto Departamental de Cultura del Meta. Nos enfocamos en aspectos clave como normativas, procesos y herramientas de gestión. Nuestro objetivo fue brindarles a los participantes las herramientas necesarias para desenvolverse con eficiencia en el entorno laboral, fortaleciendo su capacidad para aplicar y entender las regulaciones, procedimientos y recursos disponibles en su ámbito de trabajo.







CORPORACION RED SOCIAL PARA EL DESARROLLO "CORPORED"
R/L CLAUDIA YASMÍN BUITRAGO BOLIVAR
UNICO INFORME PERIODO (20/10/2023 – 19/11/2023)











- ✓ Desarrollo de dos (2) talleres teóricos y prácticos, con una intensidad de ocho (8) horas cada uno, donde se garanticen las herramientas y elementos pedagógicos que refuercen los conocimientos transmitidos en el proceso de formación. Un (1) cocinero tradicional con un (1) año de experiencia en laboratorios de creación y divulgación de cocina tradicional para la trasferencia de conocimientos sobre cultura y patrimonio inmaterial asociado a la cocina tradicional y a la misión de la entidad.

Desarrollo de la actividad: Como corporación, diseñamos y llevamos a cabo un espacio de formación experimental destinado a potenciar las competencias de los funcionarios del Instituto Departamental del Cultura del Meta. Nuestra iniciativa se centró en el desarrollo de habilidades clave como lenguaje claro, comunicación asertiva y conocimientos específicos del sector misional de la entidad.

Este programa innovador se basa en la exploración de manifestaciones artísticas y en la profunda comprensión de saberes y oficios tradicionales, especialmente centrados en la riqueza de la cocina tradicional metense. Concebimos este espacio como una herramienta estratégica para difundir, transmitir y preservar los conocimientos arraigados en la cultura local. Nuestro compromiso fue proporcionar a los participantes una experiencia formativa significativa que no solo fortalecería sus habilidades profesionales, sino que también contribuiría a la preservación y promoción de las tradiciones culturales de la región.

Los funcionarios de planta del IDCM se reunieron para abordar aspectos relevantes vinculados a la importancia de la cocina tradicional. La cocina tradicional no sólo representa una riqueza gastronómica, sino también un legado cultural y patrimonial de una comunidad o región. Realizar talleres de cocina tradicional es crucial porque permiten transmitir y conservar técnicas, sabores y relatos ancestrales. Además, estos talleres refuerzan la identidad cultural, promueven la sostenibilidad alimentaria y generan un sentido de pertenencia en las nuevas generaciones. Es por estas razones que es vital proteger y promover estos principios y tradiciones culinarias.

Nit. 822002144-3
Cra. 8 # 4-50 Barrio Los Fundadores
San Martin de los Llanos - Colombia
Telefono: (8) 6 716222 Cel. 3123789608
Linea gratuita: 01-8000-95-0101
E-mail: contacto@culturameta.gov.co
www.culturameta.gov.co

CORPORACION RED SOCIAL PARA EL DESARROLLO "CORPORED"
R/L CLAUDIA YASMÍN BUITRAGO BOLIVAR
UNICO INFORME PERIODO (20/10/2023 – 19/11/2023)







En un segundo momento, el tallerista Sebastián Sánchez de "Hermanos Cocineros" compartió que las preparaciones que había planeado para los integrantes del IDCM buscaban, en esencia, rescatar y dar protagonismo a las frutas originarias del Ariari. Esta región se distingue por su rica producción frutal, ofreciendo una variedad impresionante que nutre y enriquece la gastronomía local. Estas frutas no solo tienen un papel central en la cocina, sino que también se convierten en símbolos culturales. Por ejemplo, son elementos destacados en las manifestaciones culturales de la zona, como las carrozas y carretillas agrícolas de Lejanías y Granada. Estas expresiones artísticas y festivas no solo celebran la riqueza agrícola, sino que también refuerzan la identidad y tradiciones de la comunidad, mostrando la conexión profunda entre el territorio, su gente y su producción. Es esencial, por lo tanto, que se realicen iniciativas que destaquen y valoren estos recursos naturales y culturales, promoviendo su preservación y aprecio en generaciones futuras.

Nit. 822002144-3
Cra. 8 # 4-50 Barrio Los Fundadores
San Martín de los Llanos - Colombia
Telefono: (8) 6 716222 Cel. 3123789608
Linea gratuita: 01-8000-95-0101
E-mail: contacto@culturameta.gov.co
www.culturameta.gov.co







En un tercer momento, rindiendo un sentido homenaje a las emblemáticas carretillas de Lejanías, el cocinero tradicional Sebastián Sánchez ilustró el proceso de elaboración de un alfajor tradicional. Este delicioso producto se confecciona a base de harina de arroz, aprovechando las particularidades y riquezas del territorio. Los miembros del IDCM tuvieron la oportunidad de moldear la "galleta" que, en esta ocasión, adoptó la forma de una carretilla. Esta acción evocó la meticulosa labor de los carretilleros en sus desfiles, quienes seleccionan los mejores tableros para acomodar la fruta y diseñarla según

Nit. 822002144-3
Cra. 8 # 4-50 Barrio Los Fundadores
San Martín de los Llanos - Colombia
Telefono: (8) 6 716222 Cel. 3123789808
Linea gratuita: 01-8000-95-0101
E-mail: contacto@culturameta.gov.co
www.culturameta.gov.co

texturas y colores. El acto de preparar el alfajor simboliza la conexión entre la gastronomía y la cultura, y destaca la importancia de preservar y valorar las tradiciones y saberes locales. Es a través de estos gestos y enseñanzas que se fomenta un vínculo más fuerte con el patrimonio cultural y se garantiza su transmisión a futuras generaciones.







Concluir estas actividades con la socialización y degustación del postre no es simplemente un acto culinario, sino también una reafirmación del valor cultural y patrimonial de nuestras tradiciones gastronómicas. Realizar este tipo de eventos

Nit. 822002144-3
Cra. 8 # 4:50 Barrio Los Fundadores
San Martin de los Llanos - Colombia
Telefono: (8) 6 716222 Cel. 3123789608
Línea gratuita: 01-8000-95-0101
E-mail: contacto@culturameta.gov.co
www.culturameta.gov.co

asociados a la cocina tradicional es esencial porque nos permite reconectar con nuestras raíces, valorar la riqueza y diversidad de nuestra herencia culinaria y reforzar la identidad comunitaria. Al rescatar y celebrar estas recetas tradicionales, no solo estamos saboreando delicias pasadas de generación en generación, sino que también estamos reconociendo y honrando la sabiduría, habilidades y pasión de nuestros antepasados. Estas actividades sirven como un recordatorio de que la comida es más que nutrición; es una narrativa viviente de nuestra historia, cultura y valores. Es, por ende, fundamental continuar realizando y apoyando estos encuentros, asegurando que las generaciones futuras puedan experimentar, aprender y valorar las joyas culinarias de su patrimonio.

- ✓ Desarrollo de espacios de bienestar para los funcionarios del Instituto Departamental de Cultura del Meta donde se fortalezca el desarrollo de hábitos de vida saludables, se refuercen hábitos de salud mental y equilibrio psicosocial.

Desarrollo de la actividad: En el marco de nuestro compromiso con el desarrollo integral de los colaboradores, como corporación, nos embarcamos en la planificación de una jornada completa de bienestar, con una duración de ocho horas. Este evento abarcó diversas actividades diseñadas para promover la salud física, recreación y bienestar psicosocial entre los funcionarios del Instituto Departamental del Cultura del Meta.

Nuestro enfoque se expande más allá de la mera ejecución de actividades, ya que nos esforzamos por asegurar la disponibilidad de herramientas pedagógicas especializadas. Estas herramientas tenían como objetivo reforzar los conocimientos adquiridos durante el proceso formativo, proporcionando una experiencia holística que trascendiera el ámbito físico para abordar aspectos cognitivos y emocionales.

Conscientes de la importancia de la integración de aprendizajes prácticos, estructuramos la jornada de manera que no solo se beneficiará la salud física y mental de los participantes, sino que también se potenciará la aplicación efectiva de los conocimientos adquiridos. Este enfoque integral no solo contribuye al bienestar individual de los funcionarios, sino que también fortalece la cohesión y la eficacia en el entorno laboral.

Como corporación, reafirmamos nuestro compromiso de proporcionar experiencias formativas y de bienestar que no solo cumplan con los requisitos

Nit. 822002144-3
Cra. 8 # 4-50 Barrio Los Fundadores
San Martín de los Llanos - Colombia
Telefono: (8) 6 716222 Cel. 3123789606
Línea gratuita: 01-8000-95-0101
E-mail: contacto@culturameta.gov.co
www.culturameta.gov.co

prácticos, sino que también trasciendan, generando un impacto positivo duradero en la calidad de vida y el desempeño laboral de aquellos a quienes servimos.











Nit. 822002144-3
Cra. 8 # 4-50 Barrio Los Fundadores
San Martin de los Llanos - Colombia
Telefono: (8) 6 715222 Cel. 3123789508
Línea gratuita: 01-8000-95-0101
E-mail: contacto@culturameta.gov.co
www.culturameta.gov.co

Como corporación, diseñamos un conjunto de actividades culturales que enriquecieron nuestra jornada de bienestar. Una destacada presentación musical de un grupo de música tropipop, compuesta por dos artistas y su grupo musical con al menos cuatro integrantes, cautivó a nuestros participantes durante dos horas. Estos artistas, con una amplia trayectoria en festivales y encuentros artísticos, brindaron una experiencia musical única que contribuyó a la diversidad cultural del evento.

Además, programamos una vibrante presentación musical de música llanera que involucró a treinta talentosos artistas en escena. Este grupo incluyó doce parejas de baile, un conjunto base de cuatro músicos y dos cantantes con reconocimiento departamental, respaldados por su experiencia en eventos culturales y al menos dos contratos con entidades públicas o privadas.

Cada detalle de estas actividades musicales fue seleccionado minuciosamente para asegurar la participación activa de nuestros colaboradores y la efectiva transmisión de conocimientos sobre la rica tradición de la danza llanera. Estas presentaciones no solo fueron un deleite cultural, sino también una oportunidad valiosa para sumergirse en las raíces y expresiones artísticas de nuestra región. Como corporación, nos enorgullece haber contribuido a la creación de un ambiente enriquecedor que promueve la diversidad y el aprendizaje cultural en nuestro entorno laboral.





CORPORACION RED SOCIAL PARA EL DESARROLLO "CORPORED"
R/L CLAUDIA YASMÍN BUITRAGO BOLIVAR
UNICO INFORME PERIODO (20/10/2023 – 19/11/2023)







CORPORACION RED SOCIAL PARA EL DESARROLLO "CORPORED"
R/L CLAUDIA YASMÍN BUITRAGO BOLIVAR
UNICO INFORME PERIODO (20/10/2023 – 19/11/2023)









CORPORACION RED SOCIAL PARA EL DESARROLLO "CORPORED"
R/L CLAUDIA YASMÍN BUITRAGO BOLIVAR
UNICO INFORME PERIODO (20/10/2023 – 19/11/2023)









Nit. 822002144-3
Cra. 8 # 4-50 Barrio Los Fundadores
San Martin de los Llanos - Colombia
Telefono: (8) 6 716222 Cel. 3123789608
Linea gratuita: 01-8000-95-0101
E-mail: contacto@culturameta.gov.co
www.culturameta.gov.co

CORPORACION RED SOCIAL PARA EL DESARROLLO "CORPORED"
R/L CLAUDIA YASMÍN BUITRAGO BOLIVAR
UNICO INFORME PERIODO (20/10/2023 – 19/11/2023)









CORPORACION RED SOCIAL PARA EL DESARROLLO "CORPORED"
R/L CLAUDIA YASMÍN BUITRAGO BOLIVAR
UNICO INFORME PERIODO (20/10/2023 – 19/11/2023)









Nit. 822002144-3
Cra. 8 # 4.50 Barrio Los Fundadores
San Martin de los Llanos - Colombia
Telefono: (8) 6 716222 Cel. 3123789608
Línea gratuita: 01-8000-95-0101
E-mail: contacto@culturameta.gov.co
www.culturameta.gov.co

CORPORACION RED SOCIAL PARA EL DESARROLLO "CORPORED"
R/L CLAUDIA YASMÍN BUITRAGO BOLIVAR
UNICO INFORME PERIODO (20/10/2023 – 19/11/2023)



Como corporación, nos comprometemos a garantizar el cumplimiento puntual de todas las actividades planificadas, respetando rigurosamente el cronograma establecido y asegurando la integridad del contenido acordado en nuestro contrato. Presentamos de manera oportuna todos los informes de ejecución, asi como los requerimientos e información solicitada por la supervisión del proyecto, demostrando transparencia y compromiso con la gestión eficiente del proyecto.

Además, asumimos la responsabilidad de gestionar la logística, servicios, recursos y transporte necesarios, tanto en el perímetro urbano como rural, sin trasladar estos costos al Instituto Departamental de Cultura del Meta. Ejecutamos cada actividad según el cronograma establecido, cumpliendo con las especificaciones técnicas en calidad y cantidad, alineados con los anexos, fichas técnicas, pliego de condiciones y nuestra propuesta original.

Con respecto a la supervisión del proyecto, no solo acatamos sus sugerencias para mejorar el proceso, sino que también cumplimos con todos los requisitos legales aplicables a los servicios de transporte y demás actividades contempladas en el contrato. Reconocimos la influencia de las condiciones climáticas del Municipio de Villavicencio y San Martín en las actividades al aire libre, evaluadas minuciosamente por el supervisor antes de la planificación, con el objetivo de garantizar la seguridad de todos los participantes.

Por último, como corporación, nos aseguramos de implementar todas las medidas de seguridad necesarias para la protección del personal involucrado en las diversas actividades contempladas en la ejecución del contrato, priorizando la integridad y el bienestar de todos los participantes.

Realicé el cumplimiento del pago de aportes a la seguridad social (salud, pensión y ARL) correspondiente al periodo del presente informe.

En mi calidad de **CONTRATISTA** certifico bajo la gravedad de juramento, que los documentos soporte del pago de los aportes obligatorios al Sistema General de Seguridad Social corresponden a ingresos provenientes del presente contrato conforme al Decreto 2271 de junio 18 de 2009, articulo 4, parágrafo 1, por lo cual Anexo fotocopia de los aportes obligatorios a salud, pensión y ARL del periodo, según las obligaciones del contrato.

R/L CLAUDIA YASMÍN BUITRAGO BOLIVAR
CORPORACION RED SOCIAL PARA EL DESARROLLO "CORPORED"
Contratista

Nit. 822002144-3
Cra. 8 # 4-50 Barrio Los Fundadores
San Martin de los Llanos - Colombia
Telefono: (8) 6 716222 **Cel.** 3123789608
Linea gratuita: 01-8000-95-0101
E-mail: contacto@culturameta.gov.co
www.culturameta.gov.co

ITEM N° 1

FORMACIÓN PARA EL FORTALECIMIENTO DE LAS COMPETENCIAS EN LOS FUNCIONARIOS DEL INSTITUTO DEPARTAMENTAL DE CULTURA DEL META EN MATERIA DE DESARROLLO ORGANIZACIONAL

CÓDIGO: DE-SIPG-F-04	FECHA: FEBRERO DE 2022	VERSIÓN: 4	PÁGINA 1 DE 1

FORMATO REGISTRO DE ASISTENCIA

RESPONSABLE DE LA ACTIVIDAD: Subdirección General **CARGO:** Subdirección General.

FECHA DE REALIZACIÓN: 23-10-2023 **HORA DE INICIO:** 02:00 pm **NOMBRE DE LA ACTIVIDAD:** Capacitación: Lenguaje No verbal, comunicación asertiva y trabajo en equipo

LUGAR DE REALIZACIÓN: Jornada bienestar **HORA DE FINALIZACIÓN:** 06:00 pm

DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD: Taller teórico y práctico comunicación, lenguaje y trabajo en equipo (coach), fortalecimiento de habilidades profesionales, sino también promover un ambiente armonioso y colaborativo

DATOS PERSONALES

N°	TIPO DE DOCUMENTO	NUMERO DE DOCUMENTO	NOMBRES Y APELLIDOS	FECHA DE NACIMIENTO	TELÉFONO O CELULAR	GRUPO, DEPENDENCIA O ENTIDAD QUE RESPRESENTA / CARGO	MUNICIPIO	COBERTURA TERRITORIO: Urbano	Rural	EDAD (Rango en Años): 0 a 5 (PI)	6 a 11 (IN)	12 a 17 (ADO)	18 a 28 (JU)	29 a 60 (ADU)	61 y más (ADU M)	COBERTURA GENERO: Masculino	Femenino	ORIENTACIÓN SEXUAL: Lesbiana	Gay	Bisexual	Transgenerista	Intersexual	Heterosexual	VICTIMA DEL CONFLICTO ARMADO: Desplazamiento	Otro Hecho Victimizante	Cual	AUTOR DEL HECHO: Subversivo	Paramilitares	Bandas Criminales	FFPP	Otros	SITUACION POBLACIONAL: Discapacidad: Física	Visual	Auditiva	Cognitiva	Asociada	Mental	Gestante	Mujer/ hombre cabeza de Hogar	Adulto Mayor	Personas en Reincorporación (PER)	Inmigrante	GRUPO ETNICO: Afrodescendiente	Indígena	Rom	SEGURIDAD SOCIAL: Contributivo	subsidiado	no asegurado	otro	FIRMA
1	CC	93157791	[illegible]	22/11/84	314[illegible]	[illegible]	V/cio																																											[firma]
2	CC	17346115	Gildardo Silva Arias	15/9/77	310 346 1092	S operativo	V/cio																																											[firma]
3	CC	17287374	Luis Eduardo Gomez Carvajal	22/08/1975	314254 0206	operativo	V/cio																																											[firma]
4		4156796	Elmer [illegible]	1962	3112958860	Operativo	V/cio																																											[firma]
5		17.326.2[illegible]	[illegible]	1962	310763 53x3x	Sub. Gral	V/cio																																											[firma]
6		17349588	Arbey Castañeda [illegible]	12/16/[illegible]	3143110632	Sub-General	V/cio																																											[firma]
7		[illegible]	[illegible]	06/01/[illegible]	3115[illegible]	Sub operativa	V/cio	X																																										[firma]
8	CC	40[illegible]	[illegible]	06-01-88	[illegible]	Sub General	V/cio	X																																										[firma]
9	CC	17300296	[illegible]	04/11/89	3159[illegible]	Sub Gral	V/cio	X																																										[firma]
10	CC	1121[illegible]	[illegible]	9-25	3132361[illegible]	Dirección	V/cio	X						X									X																	X							X				[firma]

Total: ____ Firma Responsable: ______________________

CONVENCIONES:
Tipo de documento: (C.C) Cédula de ciudadanía, (T.I.) Tarjeta de Identidad, (C.E.) Cédula de Extrangeria, (T.P) Tarjeta Pasaporte, (RC) Registro civil.

COPIA CONTROLADA

	FORMATO REGISTRO DE ASISTENCIA			
Cultura Meta	CÓDIGO: DE-SIPG-F-04	FECHA FEBRERO DE 2022	VERSIÓN: 4	PÁGINA 1 DE 1

RESPONSABLE DE LA ACTIVIDAD:	Subdirección General	CARGO:	
FECHA DE REALIZACIÓN:	23-10-2023	HORA DE INICIO:	
LUGAR DE REALIZACIÓN:	Jornada bienestar	HORA DE FINALIZACIÓN:	
NOMBRE DE LA ACTIVIDAD:	Capacitación comunicación asertivo, lenguaje No verbal y trabajo en equipo.		
DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD:	Taller teorico practico comunicación asertivo, Lenguaje No Verbal, Trabajo en equipo (Coach), fortalecimiento de habilidades profesionales, sino tambien promover un ambiente armonioso y colaborativo		

DATOS PERSONALES

N°	TIPO DE DOCUMENTO	NUMERO DE DOCUMENTO	NOMBRES Y APELLIDOS	FECHA DE NACIMIENTO	TELÉFONO O CELULAR	GRUPO, DEPENDENCIA O ENTIDAD QUE REPRESENTA / CARGO	MUNICIPIO	FIRMA
1	CC	1121863894	Ingrid Yisseth Torres Niño	19/11/1985	310340 3689	SubGeneral	Vcio	[firma]
2	CC	1121841440	Ivon Rocio Gutierrez Herreño	15/06/1988	312 382 1373	Subgeneral	V/cio	[firma]
3	CC	19922132	Carlos Rosado	25/10/69	312466 2202	OPCF	S.M	[firma]
4	CC	40401287	Nidia [illegible] Malagon		3107414909	Oficina	Vcio	[firma]
5	CC	1075238056	Karol Rodriguez	20/08/91	3053611129	General	Villavicencio	[firma]
6		1121915055	Claudia Ariza	12/1/10	525408	Opera	Vio	[firma]
7	CC	1121916310	Jorge Eduardo Cruz Cruz	16/10/94	3126997104	Musica	V/cio	[firma]
8	CC	40392 347	Lola Guevara	28/06/71	320 272 3208	Operativa	V/cio	[firma]
9								
10								

N°	Urbano	Rural	0 a 5 (PI)	6 a 11 (IN)	12 a 17 (ADO)	18 a 28 (JU)	29 a 60 (ADU)	61 a más (ADU M)	Masculino	Femenino	Lesbiana	Gay	Bisexual	Transgenerista	Intersexual	Heterosexual	Desplazamiento	Otro Hecho Victimizante	Cual	Subversivo	Paramilitares	Bandas Criminales	FFPP	Otros	Física	Visual	Auditiva	Cognitiva	Asociada	Mental	Gestante	Mujer/ hombre cabeza de Hogar	Adulto Mayor	Personas en Reincorporación (PER)	Inmigrante	Afrodescendiente	Indígena	Rom	Contributivo	subsidiado	no asegurado	otro
1	X						X			X						X																X							X			
2	X									X						X																							X			
3	X						X																																X			
4	X						V			X						X																							V			
5																																										
6	X								X																																	
7	X					X			X							X																							X			
8	X						X				X																												X			
9																																										
10																																										

Total: ____ Firma Responsable: ____________

CONVENCIONES:
Tipo de documento: (C.C.) Cédula de ciudadanía, (T.I.) Tarjeta de Identidad, (C.E.) Cédula de Extrangería, (T.P) Tarjeta Pasaporte, (RC) Registro civil.

COPIA CONTROLADA

FORMATO REGISTRO DE ASISTENCIA

Instituto Departamental de Cultura Meta	CÓDIGO: DE-SIPG-F-04	FECHA FEBRERO DE 2022	VERSIÓN: 4	PÁGINA 1 DE 1

RESPONSABLE DE LA ACTIVIDAD: CARGO:

FECHA DE REALIZACIÓN: HORA DE INICIO: NOMBRE DE LA ACTIVIDAD:

LUGAR DE REALIZACIÓN: HORA DE FINALIZACIÓN:

DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD:

DATOS PERSONALES

N°	TIPO DE DOCUMENTO	NÚMERO DE DOCUMENTO	NOMBRES Y APELLIDOS	FECHA DE NACIMIENTO	TELÉFONO O CELULAR	GRUPO, DEPENDENCIA O ENTIDAD QUE REPRESENTA / CARGO	MUNICIPIO	COBERTURA TERRITORIO: Urbano	Rural	EDAD (Rango en Años): 0 a 5 (PI)	6 a 11 (IN)	12 a 17 (ADO)	18 a 28 (JUV)	29 a 60 (ADU)	61 o más (ADUM)	COBERTURA GÉNERO: Masculino	Femenino	ORIENTACIÓN SEXUAL: Lesbiana	Gay	Bisexual	Transgenerista	Intersexual	Heterosexual	VÍCTIMA DEL CONFLICTO ARMADO: Desplazamiento	Otro Hecho Victimizante	Cual	AUTOR DEL HECHO: Subversivo	Paramilitares	Bandas Criminales	FFPP	Otros	SITUACIÓN POBLACIONAL: Discapacidad: Física	Visual	Auditiva	Cognitiva	Asociada	Mental	Gestante	Mujer/ hombre cabeza de Hogar	Adulto Mayor	Personas en Reincorporación (PER)	Inmigrante	GRUPO ÉTNICO: Afrodescendiente	Indígena	Rom	SEGURIDAD SOCIAL: Contributivo	subsidiado	no asegurado	otro	FIRMA
1	CC	17346449	Gildado Cruz	13/9/71	3103161032	operativa	V/cio																																											
2	CC	[illegible]	Arbey Castañeda	24/12/76	3143110832	Sub General	V/cio	X						X			X																														X				
3	CC	40413002	[illegible]	10/01/61	311521818	Subgerencia	V/cio							X			X						X																												
4		4156796	Elmer [illegible]	071262	3112958061	Operativo	V/cio																																												
5	CC	1075253056	Karol T. Rodriguez	1075253056	3105361179	General	V/cio.	X						X			X																														X				
6	CC	17326217	Hugo Garcia	16/08/62	3107635834	Sub Gral	V/cio	X						X									X																								X				
7	CC	1121863894	Ingrid Torres	19/11/89	3103403689	SubGeneral	V/cio.	X						X			X						X																	X							X				
8	CC	[illegible]	[illegible]	19/12/85	[illegible]	Direc[illegible]	V/cio	X									X																														X				
9	CC	93137189	Sergio Palma	22/11/84	3143387401	Operativa	V/cio	X						X																																	X				
10	CC	18922137	Carlos Rosas	25/10/69	3124667207	OACI	SA	X						X																																		X			

Total: ____ Firma Responsable: ________________

CONVENCIONES:
Tipo de documento: (C.C) Cédula de ciudadanía, (T.I.) Tarjeta de Identidad, (C.E.) Cédula de Extrangería, (T.P) Tarjeta Pasaporte, (RC) Registro civil.

COPIA CONTROLADA

Cultura Meta	**FORMATO REGISTRO DE ASISTENCIA**		
CÓDIGO: DE-SIPG-F-04	FECHA FEBRERO DE 2022	VERSIÓN: 4	PÁGINA 1 DE 1

RESPONSABLE DE LA ACTIVIDAD:		CARGO:	
FECHA DE REALIZACIÓN:		HORA DE INICIO:	
LUGAR DE REALIZACIÓN:		HORA DE FINALIZACIÓN:	
NOMBRE DE LA ACTIVIDAD:			
DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD:			

DATOS PERSONALES

Nº	TIPO DE DOCUMENTO	NUMERO DE DOCUMENTO	NOMBRES Y APELLIDOS	FECHA DE NACIMIENTO	TELÉFONO O CELULAR	GRUPO, DEPENDENCIA O ENTIDAD QUE RESPRESENTA / CARGO	MUNICIPIO	COBERTURA TERRITORIO: Urbano	Rural	EDAD (Rango en Años): 0 a 5 (PI)	6 a 11 (IN)	12 a 17 (ADO)	18 a 28 (JU)	29 a 60 (ADU)	61 a a más (ADU M)	COBERTURA GENERO: Masculino	Femenino	ORIENTACIÓN SEXUAL: Lesbiana	Gay	Bisexual	Transgenerista	Intersexual	Heterosexual
1	CC	1121916310	Jorge Eduardo [illegible] Cruz	10/6/94	3176591409	Músico	V/cio	X					X			X							X
2	CC	40401188	[illegible]	10-0[illegible]	3107444913	Operativo	Vcio	X						X			X						X
3	CC	40372840	Cristina Arce	06/01/1983	3108162780	S. General	Vcio	X						X			X						X
4	CC	1121844 640	Ana Paula Gutierrez [illegible]	15/06/88	312362 1393	Subgeneral	V/cio	X						X			X						
5	CC	1121891 443	Maria [illegible]	04/05/92	316237 6464	Dirección	Vcio	X						X			X				X		
6	CC	17267 374	Luis Eduardo Gomez C.	314259 0206		Operativo	V/cio	X						X		X							
7	CC	77342 090	Jorge Pérez	04/11/69	327392 7877	Subgeneral	V/cio	X						X		X							
8	CC	40397 397	Lida Guevara	28/07/77	320292 3709	Operativa	V/cio	X						X			X						
9																							
10																							

Nº	VICTIMA DEL COFLICTO ARMADO: Desplazamiento	Otro Hecho Victimizante	Cual	AUTOR DEL HECHO: Subversivo	Paramilitares	Bandas Criminales	FFPP	Otros	SITUACION POBLACIONAL – Discapacidad: Física	Visual	Auditiva	Cognitiva	Asociada	Mental	Gestante	Mujer/ hombre cabeza de Hogar	Adulto Mayor	Personas en Reincorporación (PER)	Inmigrante	GRUPO ETNICO: Afrodescendiente	Indigena	Rom	SEGURIDAD SOCIAL: Contributivo	subsidiado	no asegurado	otro	FIRMA
1																							X				[illegible]
2																							X				[illegible]
3																							X				[illegible]
4																							X				[illegible]
5																		X					X				[illegible]
6																							X				[illegible]
7																							X				[illegible]
8																							X				Lida Guevara.
9																											
10																											

Total: ____ Firma Responsable: ______________________

CONVENCIONES:
Tipo de documento: (C.C.) Cédula de ciudadania, (T.I.) Tarjeta de Identidad, (C.E.) Cédula de Extrangeria, (T.P) Tarjeta Pasaporte, (RC) Registro civil.

COPIA CONTROLADA

FORMATO REGISTRO DE ASISTENCIA

CÓDIGO:	FECHA	VERSIÓN:	PÁGINA
DE-SIPG-F-04	FEBRERO DE 2022	4	1 DE 1

RESPONSABLE DE LA ACTIVIDAD: CARGO:

FECHA DE REALIZACIÓN: HORA DE INICIO: NOMBRE DE LA ACTIVIDAD:

LUGAR DE REALIZACIÓN: HORA DE FINALIZACIÓN:

DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD:

DATOS PERSONALES

N°	TIPO DE DOCUMENTO	NUMERO DE DOCUMENTO	NOMBRES Y APELLIDOS	FECHA DE NACIMIENTO	TELÉFONO O CELULAR	GRUPO, DEPENDENCIA O ENTIDAD QUE RESPRESENTA / CARGO	MUNICIPIO	COBERTURA TERRITORIO: Urbano	Rural	EDAD (Rango en Años): 0 a 5 (PI)	6 a 11 (INI)	12 a 17 (ADO)	18 a 28 (JU)	29 a 60 (ADU)	61 a o más (ADU M)	COBERTURA GENERO: Masculino	Femenino	ORIENTACIÓN SEXUAL: Lesbiana	Gay	Bisexual	Transgeneras	Intersexual	Heterosexual	VICTIMA DEL CONFLICTO ARMADO: Desplazamiento	Otro Hecho Victimizante	Cual	AUTOR DEL HECHO: Subversivo	Paramilitares	Bandas Criminales	FFPP	Otros	SITUACION POBLACIONAL: Discapacidad: Física	Visual	Auditiva	Cognitiva	Asociada	Mental	Gestante	Mujer hombre cabeza de Hogar	Adulto Mayor	Personas en Reincorporación (PER)	Inmigrante	GRUPO ETNICO: Afrodescendiente	Indígena	Rom	SEGURIDAD SOCIAL: Contributivo	subsidiado	no asegurado	otro	FIRMA
1	C	[illegible]	Gregory Quintero R.	26/12/[illegible]	3143110032	Sub General	V/cio	X						X		X																															X				[firma]
2	CC	40413000	Sulibia Roj[illegible]	6/01/67	3115212121	Sub Opera	V/cio							X			X						X																								X				[firma]
3	CC	4156746	Elmer Rueda	071662	3112958961	Operativo	V/cio	X						X		X																															X				[firma]
4	CC	1121863[illegible]	Ingrid Torres	19/11/89	3103403689	Subgeneral	V/cio.	X						X			X						X																X								X				[firma]
5	CC	17922737	Carlos Rosado	27/10/61	3127667207	DACS	S.M	X						X																																	X				[firma]
6	CC	103[illegible]5306	Koro/T. Rodriguez	20/03/91	3105561129	General	Villavicencio	X						X			X																														X				[firma]
7	CC	112180[illegible]	Claudio [illegible]	19/12/83	3125[illegible]	Operativo	V/cio	X																																											[firma]
8	CC	9313[illegible]	Sergio [illegible]	22/11/84	3147[illegible]	Operativo	V/cio	X						X		X																															X				[firma]
9	CC	17322[illegible]	Hugo Garcia M	16/08/[illegible]	3107635634	Sub Gral	V/cio	X							X																																				[firma]
10	CC	1121[illegible]	[illegible] Jimenez [illegible]	15/06/88	3123621373	Subgeneral	V/cio	X						X			X																														X				[firma]

Total: ____ Firma Responsbale: ____________________

CONVENCIONES:
Tipo de documento: (C.C.) Cédula de ciudadanía, (T.I.) Tarjeta de Identidad, (C.E.) Cédula de Extrangeria, (T.P) Tarjeta Pasaporte, (RC) Registro civil.

COPIA CONTROLADA

FORMATO REGISTRO DE ASISTENCIA

Red Departamental de Cultura Meta

CÓDIGO: DE-SIPG-F-04	FECHA FEBRERO DE 2022	VERSIÓN: 4	PÁGINA 1 DE 1

RESPONSABLE DE LA ACTIVIDAD:		CARGO:	
FECHA DE REALIZACIÓN:		HORA DE INICIO:	
LUGAR DE REALIZACIÓN:		HORA DE FINALIZACIÓN:	
NOMBRE DE LA ACTIVIDAD:			
DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD:			

DATOS PERSONALES																								VICTIMA DEL COFLICTO ARMADO			AUTOR DEL HECHO					SITUACION POBLACIONAL											GRUPO ETNICO			SEGURIDAD SOCIAL				FIRMA
N°	TIPO DE DOCUMENTO	NUMERO DE DOCUMENTO	NOMBRES Y APELLIDOS	FECHA DE NACIMIENTO	TELÉFONO O CELULAR	GRUPO, DEPENDENCIA O ENTIDAD QUE RESPRESENTA / CARGO	MUNICIPIO	COBERTURA TERRITORIO		EDAD Rango en Años						COBERTURA GENERO		ORIENTACIÓN SEXUAL														Discapacidad																		
								Urbano	Rural	0 a 5 (PI)	6 a 11 (IN)	12 a 17 (ADO)	18 a 28 (JU)	29 a 60 (ADU)	61 o más (ADU M)	Masculino	Femenino	Lesbiana	Gay	Bisexual	Transgenerista	Intersexual	Heterosexual	Desplazamiento	Otro Hecho Victimizante	Cuál	Subversivo	Paramilitares	Bandas Criminales	FFPP	Otros	Física	Visual	Auditiva	Cognitiva	Asociada	Mental	Gestante	Mujer/ hombre cabeza de Hogar	Adulto Mayor	Personas en Reincorporación (PER)	Inmigrante	Afrodescendiente	Indígena	Rom	Contributivo	subsidiado	no asegurado	otro	
1	CC	1128711498	Maira [illegible]	07/05/92	313237 6454	Dirección	V/cio	X						X			X						X																X		X					X				[firma]
2	CC	17345 665	Gildardo Cruz Arias	15/9/73	320316 1052	operativa	V/cio																																											[firma]
3	CC	40328440	Cristina [illegible]	6/1/1985	3108762734	S. General	V/cio	X									X																																	[firma]
4	CC	40401178	[illegible]	10/10/93	[illegible]	Operativo	V/cio	X						X			X						X																							X				[firma]
5	CC	1121916310	Jorge Eduardo	16/10/94	[illegible]	Música	V/cio	X					X			X							X																							X				[firma]
6	CC	17267 3774	Luis Eduardo Gómez C.	22/08 1975	314259 0206	operativa	V/cio	X						X		X																														X				[firma]
7	CC	77742 090	Jorge Pérez	04/11/69	322592 7577	Subgerencia	V/cio	X						X		X																														X				[firma]
8	CC	403935 397	Lola Guevara	20/07/71	310372 3208	operativa	V/cio	X						X			X																													X				[firma]
9																																																		
10																																																		

Total: ____ Firma Responsable: ____________________

CONVENCIONES:
Tipo de documento: (C.C.) Cédula de ciudadanía, (T.I.) Tarjeta de Identidad, (C.E.) Cédula de Extrangería, (T.P) Tarjeta Pasaporte, (RC) Registro civil.

COPIA CONTROLADA

FORMATO REGISTRO DE ASISTENCIA

CÓDIGO:	FECHA	VERSIÓN:	PÁGINA
DE-SIPG-F-04	FEBRERO DE 2022	4	1 DE 1

RESPONSABLE DE LA ACTIVIDAD: CARGO:

FECHA DE REALIZACIÓN: HORA DE INICIO: NOMBRE DE LA ACTIVIDAD:

LUGAR DE REALIZACIÓN: HORA DE FINALIZACIÓN:

DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD:

N°	TIPO DE DOCUMENTO	NUMERO DE DOCUMENTO	NOMBRES Y APELLIDOS	FECHA DE NACIMIENTO	TELÉFONO O CELULAR	GRUPO, DEPENDENCIA O ENTIDAD QUE RESPRESENTA / CARGO	MUNICIPIO	COBERTURA TERRITORIO: Urbano	Rural	EDAD Rango en Años: 0 a 5 (PI)	6 a 11 (IN)	12 a 17 (ADO)	18 a 28 (JU)	29 a 60 (ADU)	61 o más (ADU M)	COBERTURA GENERO: Masculino	Femenino	ORIENTACIÓN SEXUAL: Lesbiana	Gay	Bisexual	Transgenerista	Intersexual	Heterosexual	VICTIMA DEL COFLICTO ARMADO: Desplazamiento	Otro Hecho Victimizante	Cual	AUTOR DEL HECHO: Subversivo	Paramilitares	Bandas Criminales	FFPP	Otros	SITUACION POBLACIONAL: Discapacidad: Física	Visual	Auditiva	Cognitiva	Asociada	Mental	Gestante	Mujer hombre cabeza de Hogar	Adulto Mayor	Personas en Reincorporación (PER)	Inmigrante	GRUPO ETNICO: Afrodescendiente	Indígena	Rom	SEGURIDAD SOCIAL: Contributivo	Subsidiado	no asegurado	otro	FIRMA
1	CC	1095203064	Karol T. Rodriguez	20/03/91	3105611129	S. General	Villavicencio	X						X			X																													X				
2	CC	[illegible]	[illegible]	06/01/67	3152481[illegible]	Subdirección Operativa	V/cio	X						X			X																																	
3	CC	17-3262A	Hugo Garcia Wilteros	16/08/62	310763583	Sub Gral	V/cio	X							X																																					
4	CC	13922137	Carlos Rosado	25/10/67	3124667202	OACI	SM	X						X																																X				
5	CC	43[illegible]	[illegible]	26/12/76	3145[illegible]	Sub[illegible]	V/cio	X						X		X																														X				
6		4156796	Elmer Rueda	071262	3112458861	Operativo	V/cio																																													
7	CC	1121863894	Ingrid Torres	19/11/89	3103403689	Subgeneral	V/cio.	X						X			X						X																	X							X				
8	CC	1121[illegible]	Camila Araque	17/12/[illegible]	3125488[illegible]	Direc	V/cio	X								X																																				
9	CC	1121914[illegible]	Maria [illegible]	09/08/82	3132[illegible]	Directora	V/cio	X						X			X						X																	X							X				
10	CC	[illegible]0118	Nir[illegible]	10-9	3102914[illegible]	Operativo	V/cio	X						X		X							X																								X				

Total:____ Firma Responsbale: ______________________

CONVENCIONES:
Tipo de documento: (C.C.) Cédula de ciudadanía, (T.I.) Tarjeta de Identidad, (C.E.) Cédula de Extrangería, (T.P) Tarjeta Pasaporte, (RC) Registro civil.

COPIA CONTROLADA

Gobernación del Meta – Instituto Departamental de Cultura Meta	FORMATO REGISTRO DE ASISTENCIA		
CÓDIGO: DE-SIPG-F-04	FECHA FEBRERO DE 2022	VERSIÓN: 4	PÁGINA 1 DE 1

RESPONSABLE DE LA ACTIVIDAD:		CARGO:	
FECHA DE REALIZACIÓN:		HORA DE INICIO:	
LUGAR DE REALIZACIÓN:		HORA DE FINALIZACIÓN:	
NOMBRE DE LA ACTIVIDAD:			
DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD:			

DATOS PERSONALES

N°	TIPO DE DOCUMENTO	NUMERO DE DOCUMENTO	NOMBRES Y APELLIDOS	FECHA DE NACIMIENTO	TELÉFONO O CELULAR	GRUPO, DEPENDENCIA O ENTIDAD QUE RESPRESENTA / CARGO	MUNICIPIO
1	CC	93137769	Sergio Palma	29/11/64	3113364[illegible]	Operativa	San Luis...
2	CC	1121841 640	Lina Paola Chaves Hereira	15/06/88	312382 1393	Subgerencia	V/cio
3	CC	17346 660	Gildardo Cruz Arias	13/9 70	3203216 1052	operativa	V/cio
4	CC	40328491	Cristina Arce	06/01/1983	3108762774	J General	V/cio
5	CC	1121916380	Jorge Eduardo	10/6/94	3176592104	Musica	V/cio
6	CC	17262 374	Luis Eduardo Gomez C	22/08 1975	314259 0206	operativa	V/cio
7	CC	77342 040	Jorge Perez	04/11/69	312592 7877	subgerencia	V/cio
8	CC	40395 397	Lola Guevara	28/07/71	3102722 3108	operativa	V/cio
9							
10							

N°	COBERTURA TERRITORIO: Urbano	Rural	EDAD (Rango en Años): 0 a 5 (PI)	6 a 11 (IN)	12 a 17 (ADO)	18 a 28 (JUV)	29 a 60 (ADUL)	61 o más (ADU M)	COBERTURA GENERO: Masculino	Femenino	ORIENTACIÓN SEXUAL: Lesbiana	Gay	Bisexual	Transgenero	Intersexual	Heterosexual
1	X						X		X							X
2	X						X			X						
3	X						X		X							
4	X						X			X						X
5	X					X			X							X
6	X						X		X							
7	X						X		X							
8	X						X			X						
9																
10																

N°	VICTIMA DEL CONFLICTO ARMADO: Desplazamiento	Otro Hecho Victimizante	Cual	AUTOR DEL HECHO: Subversivo	Paramilitares	Bandas Criminales	FFPP	Otros	SITUACION POBLACIONAL – Discapacidad: Fisica	Visual	Auditiva	Cognitiva	Asociada	Mental	Gestante	Mujer/ hombre cabeza de Hogar	Adulto Mayor	Personas en Reincorporación (PER)	Inmigrante
1																			
2																			
3																			
4																			
5																			
6																			
7																			
8																			
9																			
10																			

N°	GRUPO ETNICO: Afrodescendiente	Indigena	Rom	SEGURIDAD SOCIAL: Contributivo	Subsidiado	no asegurado	otro	FIRMA
1				X				
2				X				
3				X				
4				X				
5				X				
6				X				
7				X				
8				X				Lola Guevara
9								
10								

Total: ____ Firma Responsable: ____________________

CONVENCIONES:
Tipo de documento: (C.C.) Cédula de ciudadanía, (T.I.) Tarjeta de Identidad, (C.E.) Cédula de Extranjería, (T.P) Tarjeta Pasaporte, (RC) Registro civil.

COPIA CONTROLADA

FORMATO REGISTRO DE ASISTENCIA

	CÓDIGO:	FECHA	VERSIÓN:	PÁGINA
Instituto Departamental de Cultura Meta	DE-SIPG-F-04	FEBRERO DE 2022	4	1 DE 1

RESPONSABLE DE LA ACTIVIDAD:		CARGO:	

FECHA DE REALIZACIÓN:		HORA DE INICIO:		NOMBRE DE LA ACTIVIDAD:	
LUGAR DE REALIZACIÓN:		HORA DE FINALIZACIÓN:			

DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD:	

DATOS PERSONALES																								VICTIMA DEL CONFLICTO ARMADO			AUTOR DEL HECHO					SITUACION POBLACIONAL											GRUPO ETNICO			SEGURIDAD SOCIAL				FIRMA
N°	TIPO DE DOCUMENTO	NUMERO DE DOCUMENTO	NOMBRES Y APELLIDOS	FECHA DE NACIMIENTO	TELÉFONO O CELULAR	GRUPO, DEPENDENCIA O ENTIDAD QUE RESPRESENTA / CARGO	MUNICIPIO	COBERTURA TERRITORIO		EDAD Rango en Años						COBERTURA GENERO		ORIENTACIÓN SEXUAL														Discapacidad																		
								Urbano	Rural	0 a 5 (PI)	6 a 11 (IN)	12 a 17 (ADO)	18 a 28 (JUV)	29 a 60 (ADU)	61 a más (ADU M)	Masculino	Femenino	Lesbiana	Gay	Bisexual	Transgenerista	Intersexual	Heterosexual	Desplazamiento	Otro Hecho Victimizante	Cual	Subversivo	Paramilitares	Bandas Criminales	FFPP	Otros	Física	Visual	Auditiva	Cognitiva	Asociada	Mental	Gestante	Mujer hombre cabeza de Hogar	Adulto Mayor	Personas en Reincorporación (PER)	Inmigrante	Afrodescendiente	Indigena	Rom	Contributivo	subsidiado	no asegurado	otro	
1	CC	1121863894	Ingrid Torres	19/11/89	3103403689	Subgerencia	V/cio.	X						X			X																						X							X				
2	CC	[illegible]	Sergio Palma.	22/11/81	[illegible]	Planta	V/cio	X						X		X																														X				
3	CC	17422137	CARLOS Rosado	23/10/69	3124657207	OACI	S M	X						X																																X				
4	CC	1015453056	Karol T. Rodriguez	20/08/91	3105568429	S General	Villavicencio	X						X			X																													X				
5	CC	[illegible]	Gildardo Cruz A	18/9/73	3203161052	operativa	V/cio																																											
6	CC	[illegible]	Aday Castañeda P.	26/12/76	[illegible]	Sub General	Villavicencio							X		X																														X				
7	CC	[illegible]	Ludibia Rojas V.	06/01/67	3115218181	Sub Operativa	V/cio	X						X									X																							X				
8	CC	[illegible]	[illegible]	19/12/85	[illegible]	Direc	V/cio	X										X																																
9	CC	[illegible]	Elmer Rueda	07/12/62	[illegible]	Operativa	V/cio	X						X		X																														X				
10	CC	[illegible]	Hugo Garcia	16/08/62	3109637543	Sg General	V/cio	X							X																															X				

Total: ____ Firma Responsable: ____________________

CONVENCIONES:
Tipo de documento: **(C.C.)** Cédula de ciudadanía, **(T.I.)** Tarjeta de Identidad, **(C.E.)** Cédula de Extrangería, **(T.P)** Tarjeta Pasaporte, **(RC)** Registro civil.

COPIA CONTROLADA

Instituto Departamental de Cultura Meta	FORMATO REGISTRO DE ASISTENCIA		
CÓDIGO: DE-SIPG-F-04	FECHA FEBRERO DE 2022	VERSIÓN: 4	PÁGINA 1 DE 1

RESPONSABLE DE LA ACTIVIDAD:		CARGO:	
FECHA DE REALIZACIÓN:		HORA DE INICIO:	
LUGAR DE REALIZACIÓN:		HORA DE FINALIZACIÓN:	
NOMBRE DE LA ACTIVIDAD:			
DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD:			

DATOS PERSONALES								COBERTURA TERRITORIO		EDAD Rango en Años						COBERTURA GENERO		ORIENTACIÓN SEXUAL						VICTIMA DEL CONFLICTO ARMADO			AUTOR DEL HECHO					SITUACION POBLACIONAL Discapacidad											GRUPO ETNICO			SEGURIDAD SOCIAL				FIRMA
N°	TIPO DE DOCUMENTO	NUMERO DE DOCUMENTO	NOMBRES Y APELLIDOS	FECHA DE NACIMIENTO	TELÉFONO O CELULAR	GRUPO, DEPENDENCIA O ENTIDAD QUE RESPRESENTA / CARGO	MUNICIPIO	Urbano	Rural	0 a 5 (PI)	6 a 11 (IN)	12 a 17 (ADO)	18 a 28 (JU)	29 a 60 (ADU)	61 a más (ADU M)	Masculino	Femenino	Lesbiana	Gay	Bisexual	Transgenerista	Intersexual	Heterosexual	Desplazamiento	Otro Hecho Victimizante	Cual	Subversivo	Paramilitares	Bandas Criminales	FFPP	Otro	Física	Visual	Auditiva	Cognitiva	Abocado	Mental	Gestante	Mujer hombre cabeza de Hogar	Adulto Mayor	Personas en Reincorporación (PER)	Inmigrante	Afrodescendiente	Indígena	Rom	Contributivo	subsidiado	no asegurado	otro	
1	CC	1121811 640	Ana Rocio Gutierrez Herrera	15/06/1988	312 382 1373	Subgerencia	Vcio	X						X			X																													X				[illegible]
2	CC	40378440	Cristina Arcig	06/01/1983	3108762273	Sub. General	Vcio	X						X			X							X																						X				[illegible]
3	CC	1121841498	[illegible]	09/08/92	3183384 34	Dirección	Vcio	X						X			X						X																X							X				[illegible]
4	CC	40402?28	[illegible]	—93	[illegible]021490	Operativo	Vcio	X						X			X						X																							X				[illegible]
5	CC	1121916310	Jorge Eduardo Cruz	10/16/94	3145922109	Música	Vcio	X						X		X							X																							X				[illegible]
6	CC	17267 374	Luis Eduardo Gómez C.	22/08 1975	314259 0200	Operativa	Vcio	X						X		X																														X				[illegible]
7	CC	1734 696	Jorge Pérez	04/11/64	327592 7377	Subgerencia	Vcio	X						X		X																														X				[illegible]
8	CC	40345 397	Lola Guevara	20/07/77	320272 5708	Operativa	Vcio	X						X			X																													X				Lola Guevara
9																																																		
10																																																		

Total: ____ Firma Responsbale: ____________________

CONVENCIONES:
Tipo de documento: **(C.C.)** Cédula de ciudadanía, **(T.I.)** Tarjeta de Identidad, **(C.E.)** Cédula de Extrangería, **(T.P)** Tarjeta Pasaporte, **(RC)** Registro civil.

FORMATO REGISTRO DE ASISTENCIA

CÓDIGO:	FECHA	VERSIÓN:	PÁGINA
DE-SIPG-F-04	FEBRERO DE 2022	4	1 DE 1

RESPONSABLE DE LA ACTIVIDAD: CARGO:

FECHA DE REALIZACIÓN: HORA DE INICIO: NOMBRE DE LA ACTIVIDAD:

LUGAR DE REALIZACIÓN: HORA DE FINALIZACIÓN:

DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD:

DATOS PERSONALES

N°	TIPO DE DOCUMENTO	NUMERO DE DOCUMENTO	NOMBRES Y APELLIDOS	FECHA DE NACIMIENTO	TELÉFONO O CELULAR	GRUPO, DEPENDENCIA O ENTIDAD QUE REPRESENTA / CARGO	MUNICIPIO	FIRMA
1	CC	17346 443	G. Wlaidz Cia Arias	18/9/70	320316 1052	Operativo	V/cio	[firma]
2	CC	1015253056	Karol T. Rodriguez	20/03/91	3105561129	General	Villavicencio	[firma]
3	Cc	18922 177	Carlos Ros[illegible]	25/10/64	312166 7207	OACI	SM	[firma]
4	CC	41780541	[illegible]	17/12/80	3125488715	Direccion	Vcio	[firma]
5	CC	7.313783	Segundo [illegible]	22/11/8[illegible]	314387[illegible]	Operativo		[firma]
6	CC	4156[illegible]	Elmer Rueda	07/12/62	3129533801	Operativo	V/cio	[firma]
7	CC	1121863[illegible]94	Ingrid Torres	19/11/89	3103403689	SubGeneral	V/cio.	[firma]
8	CC	17322[illegible]	Hugo Garcia Walteros	16/08/67	310[illegible]	Sub Gral	V/cio	[firma]
9	CC	40403000	[illegible]	26/01/67	31152[illegible]	Sub Oper	V/cio	[firma]
10	C	0354[illegible]	Arboy Castañeda Z.	26/12/76	3431 0032	Sub Gral	V/cio	[firma]

N°	COBERTURA TERRITORIO: Urbano	Rural	EDAD (Rango en Años): 0 a 5 (PI)	6 a 11 (IN)	12 a 17 (ADO)	18 a 28 (JU)	29 a 60 (ADU)	61 a más (ADU M)	COBERTURA GENERO: Masculino	Femenino	ORIENTACIÓN SEXUAL: Lesbiana	Gay	Bisexual	Transgenerista	Intersexual	Heterosexual
1	X						X		X							
2	X						X			X						
3	X						X									
4	X									X						
5	X						X			X						
6									X							
7	X						X			X						
8	X							X								
9	X						X									
10	X						X		X							

N°	VICTIMA DEL CONFLICTO ARMADO: Desplazamiento	Otro Hecho Victimizante	Cual	AUTOR DEL HECHO: Subversivo	Paramilitares	Bandas Criminales	FFPP	Otro	SITUACION POBLACIONAL: Discapacidad: Física	Visual	Auditiva	Cognitiva	Asociada	Mental	Gestante	Mujer/ hombre cabeza de Hogar	Adulto Mayor	Personas en Reincorporación (PER)	Inmigrante	GRUPO ETNICO: Afrodescendiente	Indígena	Rom	SEGURIDAD SOCIAL: Contributivo	subsidiado	no asegurado	otro
1																							X			
2																							X			
3																							X			
4																										
5																							X			
6																										
7																X							X			
8																										
9																							X			
10																							X			

Total: ____ Firma Responsable: ____________________

CONVENCIONES:
Tipo de documento: (C.C.) Cédula de ciudadanía, (T.I.) Tarjeta de Identidad, (C.E.) Cédula de Extranjería, (T.P) Tarjeta Pasaporte, (RC) Registro civil.

COPIA CONTROLADA

Cultura Meta	FORMATO REGISTRO DE ASISTENCIA			
	CÓDIGO: DE-SIPG-F-04	FECHA FEBRERO DE 2022	VERSIÓN: 4	PÁGINA 1 DE 1

RESPONSABLE DE LA ACTIVIDAD:		CARGO:	

FECHA DE REALIZACIÓN:		HORA DE INICIO:		NOMBRE DE LA ACTIVIDAD:	
LUGAR DE REALIZACIÓN:		HORA DE FINALIZACIÓN:			
DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD:					

DATOS PERSONALES

N°	TIPO DE DOCUMENTO	NUMERO DE DOCUMENTO	NOMBRES Y APELLIDOS	FECHA DE NACIMIENTO	TELÉFONO O CELULAR	GRUPO, DEPENDENCIA O ENTIDAD QUE RESPRESENTA / CARGO	MUNICIPIO
1	CC	40328440	Cristina Arag	06-01-1983	3108742[illegible]	3 General	V/cio
2	CC	1121891417	Maria Isabel Pabon Arteaga	09/05/92	313239 6954	Direccion	V/cio
3	CC	1121841 610	Lina Rocio Gutierrez Venegas	15/04/88	312382 1373	Subgeneral	V/cio
4	CC	40401212	Nury Bueno B	10-9	30171492	Operativa	V/cio
5	CC	1121916710	Jorge Edoardo L.	10/6/94	3170597[illegible]	Musica	V/cio
6	CC	17267 374	Luis Eduardo Gomez C.	22/08 1975	314254 0206	Operativa	V/cio
7	CC	77342 096	Jorge Perez	04/11/69	311592 7872	Subgerencia	V/cio
8	CC	40395 397	Lola Guevara	28/07/77	320272 3708	Operativa	V/cio
9							
10							

N°	COBERTURA TERRITORIO: Urbano	Rural	EDAD (Rango en Años): 0 a 5 (PI)	6 a 11 (IN)	12 a 17 (ADO)	18 a 28 (JU)	29 a 60 (ADU)	61 a o más (ADU M)	COBERTURA GENERO: Masculino	Femenino	ORIENTACIÓN SEXUAL: Lesbiana	Gay	Bisexual	Transgenero	Intersexual	Heterosexual
1	X									X						X
2	X						X			X						X
3	X						X			X						
4	X						X			X						X
5	X					X			X							X
6	X						X		X							
7	X						X		X							
8	X						X			X						
9																
10																

N°	VICTIMA DEL COFLICTO ARMADO: Desplazamiento	Otro Hecho Victimizante	Cual	AUTOR DEL HECHO: Subversivo	Paramilitares	Bandas Criminales	FFPP	Otra	SITUACION POBLACIONAL (Discapacidad): Física	Visual	Auditiva	Cognitiva	Asociada	Mental	Gestante	Mujer hombre cabeza de Hogar	Adulto Mayor	Personas en Reincorporación (PEP)	Inmigrante	GRUPO ETNICO: Afrodescendiente	Indígena	Rom	SEGURIDAD SOCIAL: Contributivo	subsidiado	no asegurado	otro	FIRMA
1																							X				[signature]
2																X							X				[signature]
3																							X				[signature]
4																							X				[signature]
5																							X				[signature]
6																							X				[signature]
7																							X				[signature]
8																							X				Lola Guevara
9																											
10																											

Total:____ Firma Responsbale: ______________________

CONVENCIONES:
Tipo de documento: (C.C.) Cédula de ciudadanía, (T.I.) Tarjeta de Identidad, (C.E.) Cédula de Extrangería, (T.P) Tarjeta Pasaporte, (RC) Registro civil.

COPIA CONTROLADA

	FORMATO REGISTRO DE ASISTENCIA			
Cultura Meta	CODIGO: DE-SIPG-F-04	FECHA FEBRERO DE 2022	VERSIÓN: 4	PÁGINA 1 DE 1

RESPONSABLE DE LA ACTIVIDAD:	Subdireccion general	CARGO:	
FECHA DE REALIZACIÓN:	23-10-2023	HORA DE INICIO:	
LUGAR DE REALIZACIÓN:	Jornada de bienestar	HORA DE FINALIZACIÓN:	
NOMBRE DE LA ACTIVIDAD:	Desarrollo organizacional		
DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD:	TALLER TEORICO Y PRACTICO DESARROLLO ORGANIZACIONAL (Psicologa) y Fortalecimiento del desarrollo organizacional, herramientas practicas contribuyendo al Crecimiento y Eficiencia de la entidad		

N°	TIPO DE DOCUMENTO	NUMERO DE DOCUMENTO	NOMBRES Y APELLIDOS	FECHA DE NACIMIENTO	TELÉFONO O CELULAR	GRUPO, DEPENDENCIA O ENTIDAD QUE REPRESENTA / CARGO	MUNICIPIO	COBERTURA TERRITORIO: Urbano	Rural	EDAD: 0 a 5 (PI)	6 a 11 (IN)	12 a 17 (ADO)	18 a 28 (JUV)	29 a 60 (ADU)	61 o más (ADU M)	COBERTURA GENERO: Masculino	Femenino	ORIENTACIÓN SEXUAL: Lesbiana	Gay	Bisexual	Transgenerista	Intersexual	Heterosexual	VICTIMA DEL CONFLICTO ARMADO: Desplazamiento	Otro Hecho Victimizante	Cual	AUTOR DEL HECHO: Subversivo	Paramilitares	Bandas Criminales	FFPP	Otros	SITUACION POBLACIONAL: Discapacidad: Física	Visual	Auditiva	Cognitiva	Asociada	Mental	Gestante	Mujer hombre cabeza de Hogar	Adulto Mayor	Personas en Reincorporación (PER)	Inmigrante	GRUPO ETNICO: Afrodescendiente	Indígena	Rom	SEGURIDAD SOCIAL: Contributivo	subsidiado	no asegurado	otro	FIRMA
1	CC	Sergio Palma	93139289	22/11/84	3...	S. Gestion	V/cio																																									[firma]
2	CC	17.345.173	Gilberto Cruz Lilas	18/09/77	3203161062	S/operativa	V/cio																																									[firma]
3	CC	17267374	Luis Eduardo Gomez Carvajal	22/08/1975	3142590206	operativa	V/cio																																									[firma]
4	CC	4156796	Elmer Rueda	1962	311295[illegible]	operativo	V/cio																																									[firma]
5	"	17.32627	Hugo Garcia	1962	310763 [illegible]	Sub Gral	V/cio																																									[firma]
6	CC	17829[illegible]	Nelly Castañeda	12/16/[illegible]	3143110682	Sub General	V/cio	X						X		X																													X				[firma]
7		[illegible]	[illegible]	06/01/[illegible]	3[illegible]	Sub oper	V/cio	X																																								[firma]
8		40328440	Cristina Arcila	[illegible]	[illegible]	Sub General	V/cio	X																																								[firma]
9	CC	1732[illegible]	[illegible] Perez	[illegible] 1996	31[illegible]	Sub General	V/cio	X																																								[firma]
10	CC	121891[illegible]	[illegible]	[illegible]	3133[illegible]	Direccion	V/cio	X						X									X																	X								X				[firma]

Total: ____ Firma Responsable: ____________________

CONVENCIONES:
Tipo de documento: (C.C.) Cédula de ciudadanía, (T.I.) Tarjeta de Identidad, (C.E.) Cédula de Extranjería, (T.P) Tarjeta Pasaporte, (RC) Registro civil.

COPIA CONTROLADA

FORMATO REGISTRO DE ASISTENCIA

CÓDIGO: DE-SIPG-F-04	FECHA: FEBRERO DE 2022	VERSIÓN: 4	PÁGINA: 1 DE 1

RESPONSABLE DE LA ACTIVIDAD: Subdirección General **CARGO:**

FECHA DE REALIZACIÓN: 23-10-2023 **HORA DE INICIO:** 01:00 pm

LUGAR DE REALIZACIÓN: Jornada de bienestar **HORA DE FINALIZACIÓN:** 03:00 pm

NOMBRE DE LA ACTIVIDAD: Desarrollo organizacional.

DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD: Taller teórico y práctico desarrollo organizacional, brindando herramientas prácticas que contribuyen al crecimiento y eficiencia institucional.

DATOS PERSONALES

N°	Tipo de documento	Número de documento	Nombres y apellidos	Fecha de nacimiento	Teléfono o celular	Grupo, dependencia o entidad que representa / cargo	Municipio	Urbano	Rural	0 a 5	6 a 11	12 a 17	18 a 28	29 a 60	61 o más	Masculino	Femenino	Lesbiana	Gay	Bisexual	Transgenerista	Intersexual	Heterosexual	Desplazamiento	Otro hecho victimizante	Cual	Subversivo	Paramilitares	Bandas criminales	FFPP	Otros	Física	Visual	Auditiva	Cognitiva	Asociada	Mental	Gestante	Mujer cabeza de hogar	Adulto mayor	Personas en Reincorporación (PER)	Inmigrante	Afrodescendiente	Indígena	Rom	Contributivo	Subsidiado	No asegurado	Otro	Firma
1	CC	1121863894	Ingrid Yisseth Torres Nieto	19/11/1989	3103463689	SubGeneral	Vcio	X						X			X						X																X							X				[signature]
2	CC	1121841640	Lina Riola Gutierrez Herrero	15/06/1988	3133821372	Subgeneral	Vcio	X						X			X						X																							X				[signature]
3	CC	17922133	Carlos Rosado	25/9/69	3124607202	OPCF	S.M	X						X																																X				[signature]
4	CC	40401288	[illegible]		3102717996	Operativo	Vcio	X						X			X						X																							X				[signature]
5	CC	1075253056	Karol T. Rodríguez		310556409	General	Villavo	X						X			X						X																							X				[signature]
6	CC	1121910321	[illegible]	17/12/93	3125488975	Direccion	Vcio	X						X			X																													X				[signature]
7	CC	1121916370	Jorge Eduardo Cruz	10/5/90	3176558409	Música	Vcio	X					X			X							X																							X				[signature]
8	CC	40395397	Lola Guevara	28/07/73	3202721208	Operativo	Vcio	X						X			X																													X				Lola Guevara
9																																																		
10																																																		

Total: ____ Firma Responsable: __________________

CONVENCIONES:
Tipo de documento: (C.C) Cédula de ciudadanía, (T.I) Tarjeta de Identidad, (C.E.) Cédula de Extrangería, (T.P) Tarjeta Pasaporte, (RC) Registro civil.

COPIA CONTROLADA

FORMATO REGISTRO DE ASISTENCIA

CÓDIGO: DE-SIPG-F-04	FECHA FEBRERO DE 2022	VERSIÓN: 4	PÁGINA 1 DE 1

RESPONSABLE DE LA ACTIVIDAD: CARGO:

FECHA DE REALIZACIÓN: HORA DE INICIO: NOMBRE DE LA ACTIVIDAD:

LUGAR DE REALIZACIÓN: HORA DE FINALIZACIÓN:

DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD:

DATOS PERSONALES

N°	TIPO DE DOCUMENTO	NUMERO DE DOCUMENTO	NOMBRES Y APELLIDOS	FECHA DE NACIMIENTO	TELÉFONO O CELULAR	GRUPO, DEPENDENCIA O ENTIDAD QUE REPRESENTA / CARGO	MUNICIPIO	Cobertura Territorio: Urbano	Rural	Edad: 0 a 5 (PI)	6 a 11 (IN)	12 a 17 (ADO)	18 a 28 (JU)	29 a 60 (ADU)	61 a a más (ADU M)	Cobertura Género: Masculino	Femenino	Orientación Sexual: Lesbiana	Gay	Bisexual	Transgenerista	Intersexual	Heterosexual	Víctima del Conflicto Armado: Desplazamiento	Otro Hecho Victimizante	Cuál	Autor del Hecho: Subversivo	Paramilitares	Bandas Criminales	FFPP	Otros	Discapacidad: Física	Visual	Auditiva	Cognitiva	Asociada	Mental	Gestante	Mujer hombre cabeza de Hogar	Adulto Mayor	Personas en Reincorporación (PER)	Inmigrante	Grupo Étnico: Afrodescendiente	Indígena	Rom	Seguridad Social: Contributivo	Subsidiado	no asegurado	otro	FIRMA
1	CC	1015253056	Karol T. Rodriguez	20/03/91	3105561129	S. General	Villavicencio	X						X			X																													X				[firma]
2	CC.	1121863894	Ingrid Torres	19/11/89	3103403689	Subgeneral.	V/cio	X						X			X						X																	X						X				[firma]
3	CC	1[illegible]3000	[illegible] Rojas Y	06/01/[illegible]	315218[illegible]	sub oper	V/cio	X						X																																				[firma]
4	CC	7013778	Sergio Palma	22/11/81	3143[illegible]	Operativo	SM	X						X																																X				[firma]
5	[illegible]	[illegible]	Claudia [illegible]	19/12/[illegible]	3125488915	Direcc	V/cio	X									X																																	[firma]
6	CC	1121841640	lina Rocio Gutierrez Herrera	15/06/[illegible]	3123621373	Subgeneral	V/cio	X						X			X																													X				[firma]
7	CC	[illegible]	Gildardo Cruz	18/9/[illegible]	3203161052	operativa	V/cio	X																																										[firma]
8	[illegible]	1847[illegible]	Carlos Roselo	25/11/69	3124663202	OACE	SM	X						X																																X				[firma]
9	CC	[illegible]	[illegible] Cuadros R.	26/11/76	3143110632	Subgeneral	V/cio	X						X		X							X																							X				[firma]
10	CC	4156496	Elmer Rueda	07-12-62	311245[illegible]	Operativa	V/cio	X																																										[firma]

Total: ____ Firma Responsable: ______________________

CONVENCIONES:
Tipo de documento: (C.C.) Cédula de ciudadanía, (T.I.) Tarjeta de identidad, (C.E.) Cédula de Extranjería, (T.P) Tarjeta Pasaporte, (RC) Registro civil.

COPIA CONTROLADA

FORMATO REGISTRO DE ASISTENCIA

CÓDIGO:	FECHA	VERSIÓN:	PÁGINA
DE-SIPG-F-04	FEBRERO DE 2022	4	1 DE 1

RESPONSABLE DE LA ACTIVIDAD:		CARGO:	
FECHA DE REALIZACIÓN:		HORA DE INICIO:	
LUGAR DE REALIZACIÓN:		HORA DE FINALIZACIÓN:	
NOMBRE DE LA ACTIVIDAD:			
DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD:			

DATOS PERSONALES

N°	TIPO DE DOCUMENTO	NUMERO DE DOCUMENTO	NOMBRES Y APELLIDOS	FECHA DE NACIMIENTO	TELÉFONO O CELULAR	GRUPO, DEPENDENCIA O ENTIDAD QUE RESPRESENTA / CARGO	MUNICIPIO	COBERTURA TERRITORIO: Urbano	Rural	EDAD (Rango en Años): 0 a 5 (PI)	6 a 11 (NI)	12 a 17 (ADO)	18 a 28 (JU)	29 a 60 (ADU)	61 o más (ADU M)	COBERTURA GÉNERO: Masculino	Femenino	ORIENTACIÓN SEXUAL: Lesbiana	Gay	Bisexual	Transgenerista	Intersexual	Heterosexual	VICTIMA DEL COFLICTO ARMADO: Desplazamiento	Otro Hecho Victimizante	Cuál	AUTOR DEL HECHO: Subversivo	Paramilitares	Bandas Criminales	FFPP	Otros	SITUACION POBLACIONAL – Discapacidad: Física	Visual	Auditiva	Cognitiva	Asociada	Mental	Gestante	Mujer/ hombre cabeza de Hogar	Adulto Mayor	Personas en Reincorporación (PER)	Inmigrante	GRUPO ETNICO: Afrodescendiente	Indígena	Rom	SEGURIDAD SOCIAL: Contributivo	subsidiado	no asegurado	otro	FIRMA
1	CC	1218914	Maria Isabel Barbosa Ariza	09/05/92	382576454	Dirección	Vlcio	X						X			X						X																X							X				[illegible]
2	CC	1121011 88	Nicol Daniela Ardila	10-9	3102714993	Operativa	Vlcio	X						X			X						(																							X				[illegible]
3	CC	1121916310	Jorge Eduardo Cas Cas	16/10/94	3176399709	Musica	V/cio	X					X			X							X																							X				[illegible]
4	CC	40378440	Cristina Arcila	06-01-1980	3108762771	S. General	Vlcio	X									X						X																							X				[illegible]
5	CC	17259 0206	Luis Eduardo Gomez C.	22/08 1975	314259 0206	operativa	V/cio	X						X		X																														X				[illegible]
6	CC	17342 046	Jorge Perez	04/11/69	3177592 7877	Subgeneral	Vlcio	X						X			X																													X				[illegible]
7	CC	40392 397	Lola Guzman	28/07/77	320212 3708	operativa	Vlcio	X						X			X																													X				Lola Guevara
8																																																		
9																																																		
10																																																		

Total: ____ Firma Responsable: ____________________

CONVENCIONES:
Tipo de documento: **(C.C.)** Cédula de ciudadanía, **(T.I.)** Tarjeta de Identidad, **(C.E.)** Cédula de Extrangería, **(T.P)** Tarjeta Pasaporte, **(RC)** Registro civil.

COPIA CONTROLADA

ITEM N°2

FORMACIÓN PARA EL FORTALECIMIENTO DE LAS COMPETENCIAS Y CONOCIMIENTOS EN LOS FUNCIONARIOS DEL INSTITUTO DEPARTAMENTAL DE CULTURA DEL META EN NORMAS, PROCESOS Y HERRAMIENTA DE GESTIÓN ADMINISTRATIVA CON EL FIN DE MEJORAR EL DESEMPEÑO INSTITUCIONAL

FORMATO REGISTRO DE ASISTENCIA

Instituto Departamental de Cultura Meta

CÓDIGO:	FECHA	VERSIÓN:	PÁGINA
DE-SIPG-F-04	FEBRERO DE 2022	4	1 DE 1

RESPONSABLE DE LA ACTIVIDAD: Subdirección General **CARGO:**

FECHA DE REALIZACIÓN: 03-11-2022 **HORA DE INICIO:** 08:00 Am **NOMBRE DE LA ACTIVIDAD:** Capacitación Transformación Cultural.

LUGAR DE REALIZACIÓN: TEATRO LA VORAGINE **HORA DE FINALIZACIÓN:** 12:00 pm

DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD: IMPACTO DE LA EDUCACIÓN PARA UNA VERDADERA TRASFORMACIÓN CULTURAL;

N°	TIPO DE DOCUMENTO	NUMERO DE DOCUMENTO	NOMBRES Y APELLIDOS	FECHA DE NACIMIENTO	TELÉFONO O CELULAR	GRUPO, DEPENDENCIA O ENTIDAD QUE RESPRESENTA / CARGO	MUNICIPIO	Urbano	Rural	0 a 5 (PI)	6 a 11 (IN)	12 a 17 (ADO)	18 a 28 (JU)	29 a 60 (ADU)	61 a más (ADU M)	Masculino	Femenino	Lesbiana	Gay	Bisexual	Transgenerista	Intersexual	Heterosexual	Desplazamiento	Otro Hecho Victimizante	Cual	Subversivo	Paramilitares	Bandas Criminales	FFPP	Otros	Física	Visual	Auditiva	Cognitiva	Asociada	Mental	Gestante	Mujer hombre cabeza de Hogar	Adulto Mayor	Personas en Reincorporación (PER)	Inmigrante	Afrodescendiente	Indígena	Rom	Contributivo	subsidiado	no asegurado	otro	FIRMA
1	CC	4156796	Elmer Liborio Rueda Chaparro	9/12/62	[illegible]088 61	Sub. Operativa	V/cio	X						X		X																														X				[firma]
2	CC	40328440	Cristina Arcia	06/01/83	[illegible]	Sub direcc General	V/cio	X						X			X																													X				[firma]
3	CC	[illegible]	Anbay Castañeda R.	26/12/76	[illegible]	Sub-General	V/cio	X						X			X																													X				[firma]
4	CC	17345628	[illegible] Cruz	13/9/70	320 316 1092	Sub ope	V/cio	X						X			X																													X				[firma]
5	CC	1121891478	[illegible]	09/03/92	313239 6454	Direcció	V/cio	X						X			X						X																X							X				[firma]
6	CC	1048000	Luis [illegible] Rojas [illegible]	06/01/67	3115218124	Sub operativ	V/cio	X						X									X																							X				[firma]
7	CC	1121841640	Linei Gutierrez	15/04/88	3123821313	Sub General	V/cio	X						X									X																							X				[firma]
8	CC	1075253056	Karol Rodriguez P.	30/03/91	3105561119	Sub General	V/cio	X						X																																X				[firma]
9	CC	1121863[illegible]	Ingrid Torres	19/11/87	3103[illegible]	Sub General	V/cio	X						X									X																X							X				[firma]
10	CC	[illegible]	Nilka [illegible]		3102714[illegible]	Operativa	V/cio							X																																X				[firma]

Total: ____ Firma Responsable: ______________________

CONVENCIONES:
Tipo de documento: (C.C.) Cédula de ciudadanía, (T.I.) Tarjeta de Identidad, (C.E.) Cédula de Extrangería, (T.P) Tarjeta Pasaporte, (RC) Registro civil.

COPIA CONTROLADA

03-11-2023

FORMATO REGISTRO DE ASISTENCIA

CÓDIGO:	FECHA	VERSIÓN:	PÁGINA
DE-SIPG-F-04	FEBRERO DE 2022	4	1 DE 1

RESPONSABLE DE LA ACTIVIDAD:		CARGO:	
FECHA DE REALIZACIÓN:		HORA DE INICIO:	
LUGAR DE REALIZACIÓN:		HORA DE FINALIZACIÓN:	
NOMBRE DE LA ACTIVIDAD:			
DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD:			

DATOS PERSONALES

Nº	TIPO DE DOCUMENTO	NUMERO DE DOCUMENTO	NOMBRES Y APELLIDOS	FECHA DE NACIMIENTO	TELÉFONO O CELULAR	GRUPO, DEPENDENCIA O ENTIDAD QUE RESPRESENTA / CARGO	MUNICIPIO	FIRMA
1	CC	93137789	Sergio Pdna.	27/11/84	314035[illegible]	S. Opostia?	V/cio	
2	CC	1121810551	[illegible]	17/12/85	3125[illegible]	Operati	Vci	
3	CC	18922137	Carlos Rosado	25/10/69	3126607202	OACF	SM.	
4	CC	86081634	Jorge Eduardo Cruz	10/10/94	3176597107	Musica	V/cio	
5	CC	17267374	Luis Eduardo Gomez Caguan	22/08/1975	3142540206	Operativa	V/cio	
6	CC	77342096	Jorge Pérez	04/11/69	3117592 7877	Subgerencia	V/cio	
7	CC	40395347	Lola Guevara	28/07/77	3202123108	Operativa	V/cio	Lola Guevara
8								
9								
10								

Nº	Cobertura Territorio: Urbano	Rural	Edad (Rango en Años): 0 a 5 (PI)	6 a 11 (IN)	12 a 17 (ADO)	18 a 28 (JU)	29 a 60 (ADU)	61 a o más (ADU M)	Cobertura Género: Masculino	Femenino	Orientación Sexual: Lesbiana	Gay	Bisexual	Transgenerista	Intersexual	Heterosexual	Víctima del conflicto armado: Desplazamiento	Otro Hecho Victimizante	Cual	Autor del hecho: Subversivo	Paramilitares	Bandas Criminales	FFPP	Otros	Situación Poblacional – Discapacidad: Física	Visual	Auditiva	Cognitiva	Asociada	Mental	Gestante	Mujer/ hombre cabeza de Hogar	Adulto Mayor	Personas en Reincorporación (PER)	Inmigrante	Grupo Étnico: Afrodescendiente	Indígena	Rom	Seguridad Social: Contributivo	subsidiado	no asegurado	otro
1	X						X		X																														X			
2	X						X			X																																
3	X						X																																X			
4	X					X			X																														X			
5	X					X			X																														X			
6	X						X		X																														X			
7	X						X			X																													X			
8																																										
9																																										
10																																										

Total: ____ Firma Responsbale: ____________________

CONVENCIONES:
Tipo de documento: (C.C.) Cédula de ciudadanía, (T.I.) Tarjeta de Identidad, (C.E.) Cédula de Extrangería, (T.P) Tarjeta Pasaporte, (RC) Registro civil.

COPIA CONTROLADA

FORMATO REGISTRO DE ASISTENCIA			
CÓDIGO: DE-SIPG-F-04	FECHA FEBRERO DE 2022	VERSIÓN: 4	PÁGINA 1 DE 1

RESPONSABLE DE LA ACTIVIDAD:		CARGO:	
FECHA DE REALIZACIÓN:		HORA DE INICIO:	
LUGAR DE REALIZACIÓN:		HORA DE FINALIZACIÓN:	
NOMBRE DE LA ACTIVIDAD:			
DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD:			

Nº	TIPO DE DOCUMENTO	NUMERO DE DOCUMENTO	NOMBRES Y APELLIDOS	FECHA DE NACIMIENTO	TELÉFONO O CELULAR	GRUPO, DEPENDENCIA O ENTIDAD QUE RESPRESENTA / CARGO	MUNICIPIO	COBERTURA TERRITORIO: Urbano	Rural	EDAD Rango en Años: 0 a 5 (PI)	6 a 11 (IN)	12 a 17 (ADO)	18 a 28 (JU)	29 a 60 (ADU)	61 o más (ADUM)	COBERTURA GENERO: Masculino	Femenino	ORIENTACIÓN SEXUAL: Lesbiana	Gay	Bisexual	Transgenerista	Intersexual	Heterosexual	VICTIMA DEL COFLICTO ARMADO: Desplazamiento	Otro Hecho Victimizante	Cual	AUTOR DEL HECHO: Subversivo	Paramilitares	Bandas Criminales	FFPP	Otros	SITUACION POBLACIONAL: Discapacidad: Fisica	Visual	Auditiva	Cognitiva	Asociada	Mental	Gestante	Mujer/ hombre cabeza de Hogar	Adulto Mayor	Personas en Reincorporación (PER)	Inmigrante	GRUPO ETNICO: Afrodescendiente	Indigena	Rom	SEGURIDAD SOCIAL: Contributivo	subsidiado	no asegurado	otro	FIRMA
1		173456 63	Gildardo Cruz	13/09/70	3203161052	operativa	[illegible]																																											(firma)
2		[illegible]	[illegible]	19/12/85	3125[illegible]	Oveay	V/cio																																											(firma)
3	CC	9313[illegible]	Sergio [illegible]	22/11/81	314[illegible]	Operativo	V/cio	X						X		X																														X				(firma)
4	CC	[illegible]	[illegible]	06/01/67	3115218181	Subdirección Operativa	V/cio	X						X																																X				(firma)
5	CC	1121863894	Ingrid Torres	19/11/89	3103403689	SubGeneral	V/cio.	X						X			X						X																X							X				(firma)
6	CC	1075253056	Karol T. Rodriguez	20/03/91	3105561129	S. General	Villavicencio	X						X		X																														X				(firma)
7	CC	4156714	Elmer Rueda	07/12/62	3112958[illegible]	Operativa	V/cio	X						X	X																															X				(firma)
8	CC	[illegible]	[illegible]	26/12/76	3143[illegible]	Sub General	V/cio							X			X																													X				(firma)
9	CC	1732671[illegible]	[illegible] García W	16/08/62	3107635[illegible]	SUB GRAL	V/cio	X							X																																			(firma)
10	CC	19722[illegible]	Carlos Rosado	25/10/69	3124[illegible]	[illegible]	SM	X						X																																X				(firma)

Total: ____ Firma Responsable: ______________

CONVENCIONES:
Tipo de documento: **(C.C.)** Cédula de ciudadanía, **(T.I.)** Tarjeta de Identidad, **(C.E.)** Cédula de Extrangería, **(T.P)** Tarjeta Pasaporte, **(RC)** Registro civil.

COPIA CONTROLADA

Cultura Meta (Instituto Departamental de Cultura)	**FORMATO REGISTRO DE ASISTENCIA**	
CÓDIGO: DE-SIPG-F-04	FECHA: FEBRERO DE 2022	VERSIÓN: 4 — PÁGINA: 1 DE 1

RESPONSABLE DE LA ACTIVIDAD:		CARGO:	
FECHA DE REALIZACIÓN:		HORA DE INICIO:	
LUGAR DE REALIZACIÓN:		HORA DE FINALIZACIÓN:	
NOMBRE DE LA ACTIVIDAD:			
DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD:			

DATOS PERSONALES

N°	TIPO DE DOCUMENTO	NUMERO DE DOCUMENTO	NOMBRES Y APELLIDOS	FECHA DE NACIMIENTO	TELÉFONO O CELULAR	GRUPO, DEPENDENCIA O ENTIDAD QUE RESPRESENTA / CARGO	MUNICIPIO
1	CC	1121841 640	Lina Paola Gutierrez Herrero	15/06/88	312 382 1373	Subgerencia	V/cio
2	CC	40328440	[illegible]	06/10/1985	3108867734	S. General	V/cio
3	CC	112891 498	Maria Isabel Rojas Arroyo	09/08/92	312239 6954	Dirección	V/cio
4	CC	40410288	[illegible]	[illegible]	3102714912	Operativo	V/cio
5	CC	1121916310	Jorge Eduardo C.	16/10/99	3176597104	Música	V/cio
6	C.C	17.267.374	Luis Eduardo Gomez C	22/08/1975	314259 0206	Operativo	V/cio
7	CC	17342 090	Jorge Perez	04/11/69	3115927871	Subgerencia	V/cio
8	CC	40395387	Lida Buitrago	28/07/77	3202723108	Operativo	V/cio
9							
10							

N°	COBERTURA TERRITORIO: Urbano	Rural	EDAD (Rango en Años): 0 a 5 (PI)	6 a 11 (IN)	12 a 17 (ADO)	18 a 28 (JUV)	29 a 60 (ADU)	61 a más (ADU M)	COBERTURA GENERO: Masculino	Femenino	ORIENTACIÓN SEXUAL: Lesbiana	Gay	Bisexual	Transgenerista	Intersexual	Heterosexual
1	X						X			X						
2	X						X			X						
3	X						X			X						X
4							X			/						X
5	X					X			X							X
6	X						X		X							
7	X						X		X							
8	X						X		X							
9																
10																

N°	VICTIMA DEL CONFLICTO ARMADO: Desplazamiento	Otro Hecho Victimizante	Cuál	AUTOR DEL HECHO: Subversivo	Paramilitares	Bandas Criminales	FFPP	Otros	SITUACION POBLACIONAL: Discapacidad: Física	Visual	Auditiva	Cognitiva	Asociada	Mental	Gestante	Mujer nombre cabeza de Hogar	Adulto Mayor	Personas en Reincorporación (PER)	Inmigrante	GRUPO ETNICO: Afrodescendiente	Indígena	Rom	SEGURIDAD SOCIAL: Contributivo	subsidiado	no asegurado	otro	FIRMA
1																							X				[illegible]
2																							X				[illegible]
3																X							X				[illegible]
4																							X				[illegible]
5																							X				[illegible]
6																							X				[illegible]
7																							X				[illegible]
8																							X				Lida Buitrago
9																											
10																											

Total: ____ Firma Responsable: ______________________

CONVENCIONES:
Tipo de documento: (C.C.) Cédula de ciudadanía, (T.I.) Tarjeta de Identidad, (C.E.) Cédula de Extrangería, (T.P) Tarjeta Pasaporte, (RC) Registro civil.

COPIA CONTROLADA

Secretaría de Cultura Meta	FORMATO REGISTRO DE ASISTENCIA			
	CÓDIGO: DE-SPG-F-04	FECHA: FEBRERO DE 2022	VERSIÓN: 4	PÁGINA: 1 DE 1

RESPONSABLE DE LA ACTIVIDAD:		CARGO:	
FECHA DE REALIZACIÓN:		HORA DE INICIO:	
LUGAR DE REALIZACIÓN:		HORA DE FINALIZACIÓN:	
NOMBRE DE LA ACTIVIDAD:		DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD:	

N°	TIPO DE DOCUMENTO	NUMERO DE DOCUMENTO	NOMBRES Y APELLIDOS	FECHA DE NACIMIENTO	TELÉFONO O CELULAR	GRUPO, DEPENDENCIA O ENTIDAD QUE RESPRESENTA / CARGO	MUNICIPIO	DATOS PERSONALES: COBERTURA TERRITORIO (Urbano, Rural)	EDAD (Rango en Años: 0 a 5 (P), 6 a 11 (IN), 12 a 17 (ADO), 18 a 28 (JU), 29 a 60 (ADU), 61 a o más (ADU M))	COBERTURA GÉNERO (Masculino, Femenino)	ORIENTACIÓN SEXUAL (Lesbiana, Gay, Bisexual, Transgenerista, Intersexual, Heterosexual)	VICTIMA DEL CONFLICTO ARMADO (Desplazamiento, Otro Hecho Victimizante, Civil)	AUTOR DEL HECHO (Subversivo, Paramilitares, Bandas Criminales, FFPP, Otros)	SITUACION POBLACIONAL: Discapacidad (Física, Visual, Auditiva, Cognitiva, Asociada, Mental); Gestante; Mujer/hombre cabeza de Hogar; Adulto Mayor; Personas en Reincorporación (PER)	GRUPO ETNICO (Inmigrante, Afrodescendiente, Indígena, Rom)	SEGURIDAD SOCIAL (Contributivo, Subsidiado, no asegurado, otro)	FIRMA
1	CC	1015253056	Karol T. Rodriguez	30-03-91	3108561124	General	Villavicencio	X	X	X						X
2	CC	1121858[illegible]	Paula Arguello	17/12/93	3125[illegible]	Direc	Vcio	X		X						
3	CE	1732[illegible]	Hugo García Quintero	16/08/62	3107[illegible]	Subgral	Vcio	X	X							
4	CC	1121863894	Ingrid Torres	19/11/89	3103403689	Subgeneral	Vcio	X	X	X	X			X		X
5	CC	40413000	Debora Payares	6/01/67	3057[illegible]	Sub operativa	Vcio		X	X	X					
6	CC	1121861140	Irma Rueda Gutierrez Herrera	15/04/88	3123621373	subgeneral	Vcio	X	X	X						X
7	CC	1[illegible]	Jenny [illegible]	2/12/86	3143[illegible]632	Sub General	Vcio	X	X	X						X
8	CC	1[illegible]	Gildardo [illegible]	13/9/77	3203[illegible]	operativo	Vcio									
9	CC	1121[illegible]	Hangi [illegible]	09/05/97	3152[illegible]	Dirección	Vcio	X	X	X	X			X		X
10		1056796	Elmer Rueda	02 12 62	3112958867		Vcio									

Total: ____ Firma Responsable: _____

CONVENCIONES:
Tipo de documento: (C.C.) Cédula de ciudadanía, (T.I.) Tarjeta de identidad, (C.E.) Cédula de Extrangería, (T.P) Tarjeta Pasaporte, (RC) Registro civil.

COPIA CONTROLADA

FORMATO REGISTRO DE ASISTENCIA

CÓDIGO: DE-SIPG-F-04	FECHA FEBRERO DE 2022	VERSIÓN: 4	PÁGINA 1 DE 1

RESPONSABLE DE LA ACTIVIDAD:		CARGO:	
FECHA DE REALIZACIÓN:		HORA DE INICIO:	NOMBRE DE LA ACTIVIDAD:
LUGAR DE REALIZACIÓN:		HORA DE FINALIZACIÓN:	
DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD:			

DATOS PERSONALES

Nº	TIPO DE DOCUMENTO	NUMERO DE DOCUMENTO	NOMBRES Y APELLIDOS	FECHA DE NACIMIENTO	TELÉFONO O CELULAR	GRUPO, DEPENDENCIA O ENTIDAD QUE RESPRESENTA / CARGO	MUNICIPIO	FIRMA
1	CC	19422 137	Carlos Roscas	25/10/22	3 126663207	O A C I	S M	
2	CC	40328440	Cristina Arcia	06/01/88	3108162731	J. General	V/cio	
3	CC	7313782	Sergio Palma	22/11/84	31435741	Alcaldía	S M	
4	CC	1121916340	Jorge Eduardo Cely Cruz	16/10/99	3116541109	Música	V/cio	
5	CC	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	Operativo	V/cio	
6	CC	17.667 374	Luis Eduardo Gómez C.	22/08 1975	3214259 0206	Operativo	V/cio	
7	CC	77342 090	Jorge Pérez	04/11/69	311 592 7977	Subgerente	V/cio	
8	CC	40385 347	Lola Guevara	20/07/71	320272 3708	Operativo	V/cio	
9								
10								

Nº	COBERTURA TERRITORIO: Urbano	Rural	EDAD (Rango en Años): 0 a 5 (PI)	6 a 11 (IN)	12 a 17 (ADO)	18 a 28 (J.U)	29 a 60 (ADU)	61 a o más (ADU M)	COBERTURA GENERO: Masculino	Femenino
1	X						X			
2	✓						X			X
3	✓						✓			
4	X					X			X	
5	✓						✓			
6	X						X			
7	X						X			
8	X						X			
9										
10										

Nº	ORIENTACIÓN SEXUAL: Lesbiana	Gay	Bisexual	Transgenerista	Intersexual	Heterosexual	VICTIMA DEL CONFLICTO ARMADO: Desplazamiento	Otro Hecho Victimizante	Cual	AUTOR DEL HECHO: Subversivo	Paramilitares	Bandas Criminales	FFPP	Otros	SITUACION POBLACIONAL: Discapacidad: Física	Visual	Auditiva	Cognitiva	Asociada	Mental	Gestante	Mujer/hombre cabeza de Hogar	Adulto Mayor	Personas en Reincorporación (PER)	Inmigrante	GRUPO ETNICO: Afrodescendiente	Indígena	Rom	SEGURIDAD SOCIAL: Contributivo	subsidiado	no asegurado	otro
1																													X			
2						X																							✓			
3																													✓			
4						X																							X			
5						✓																							✓			
6																													X			
7																													✓			
8																													X			
9																																
10																																

Total:____ Firma Responsable: ____________________

CONVENCIONES:
Tipo de documento: (C.C.) Cédula de ciudadanía, (T.I.) Tarjeta de Identidad, (C.E.) Cédula de Extrangería, (T.P) Tarjeta Pasaporte, (RC) Registro civil.

COPIA CONTROLADA

FORMATO REGISTRO DE ASISTENCIA

	CÓDIGO: DE-SIPG-F-04	FECHA FEBRERO DE 2022	VERSIÓN: 4	PÁGINA 1 DE 1

RESPONSABLE DE LA ACTIVIDAD: CARGO:

FECHA DE REALIZACIÓN: HORA DE INICIO: NOMBRE DE LA ACTIVIDAD:

LUGAR DE REALIZACIÓN: HORA DE FINALIZACIÓN:

DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD: Taller Estructura del Estado

N°	TIPO DE DOCUMENTO	NUMERO DE DOCUMENTO	NOMBRES Y APELLIDOS	FECHA DE NACIMIENTO	TELÉFONO O CELULAR	GRUPO, DEPENDENCIA O ENTIDAD QUE RESPRESENTA / CARGO	MUNICIPIO	Urbano	Rural	0 a 5 (PI)	6 a 11 (IN)	12 a 17 (ADO)	18 a 28 (JU)	29 a 60 (ADU)	61 a más (ADU M)	Masculino	Femenino	Lesbiana	Gay	Bisexual	Transgenerista	Intersexual	Heterosexual	Desplazamiento	Otro Hecho Victimizante	Cual	Subversivo	Paramilitares	Bandas Criminales	FFPP	Otros	Física	Visual	Auditiva	Cognitiva	Asociada	Mental	Gestante	Mujer hombre cabeza de Hogar	Adulto Mayor	Personas en Reincorporación (PEER)	Inmigrante	Afrodescendiente	Indígena	Rom	Contributivo	subsidiado	no asegurado	otro	FIRMA
1	CC	131377[illegible]	Sergio Pal[illegible]	21/11/81	3[illegible]	S. [illegible]	V/[illegible]																																											[firma]
2	CC	17.346[illegible]	Eduardo Cecha[illegible]	[illegible] 70	310 346 1052	Soporte tva	V/cio																																											[firma]
3	CC	17267374	Luis Eduardo Gomez Carvajal	22/10 1975	3142590206	operativa	V/cio																																											[firma]
4	CC	[illegible]156740	Elmer Rueda	1962	[illegible]	Operativo	Villao	x						x		x																														x				[firma]
5	CC	17.32[illegible]	Hugo Garcia	1962	310763 573[illegible]	Sub Gral	V/cio																																											[firma]
6	CC	[illegible]	[illegible]	[illegible]	3115218131	Sub oper	V/cio	x																																										[firma]
7	CC	[illegible]440	Cristina Arcila	01-06-83	[illegible]	Sub Gerente	V/cio	x																																										[firma]
8	CC	[illegible]	Jorge [illegible]	[illegible] 1964	[illegible]	Sub Gerente	V/cio	x																																										[firma]
9	CC	1121891[illegible]3	[illegible]	[illegible]	313231[illegible]	Director	V/cio	x						x									x																x							x				[firma]
10		[illegible]	Arbey Castañeda	12/26/76	3143[illegible]	Sub. Gerente	V/cio	x						x		x																							x							x				[firma]

Total: ____ Firma Responsbale: ______________________

CONVENCIONES:

Tipo de documento: (C.C) Cédula de ciudadanía, (T.I.) Tarjeta de Identidad, (C.E.) Cédula de Extrangería, (T.P) Tarjeta Pasaporte, (RC) Registro civil.

COPIA CONTROLADA

FORMATO REGISTRO DE ASISTENCIA

CÓDIGO: DE-SIPG-F-04	FECHA FEBRERO DE 2022	VERSIÓN: 4	PÁGINA 1 DE 1

RESPONSABLE DE LA ACTIVIDAD:		CARGO:	
FECHA DE REALIZACIÓN:		HORA DE INICIO:	NOMBRE DE LA ACTIVIDAD:
LUGAR DE REALIZACIÓN:		HORA DE FINALIZACIÓN:	
DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD:			

DATOS PERSONALES

N°	TIPO DE DOCUMENTO	NUMERO DE DOCUMENTO	NOMBRES Y APELLIDOS	FECHA DE NACIMIENTO	TELÉFONO O CELULAR	GRUPO, DEPENDENCIA O ENTIDAD QUE RESPRESENTA / CARGO	MUNICIPIO
1	CC.	1121863894	Ingrid Torres.	19/11/1989	3103403689	SubGeneral	V/cio
2	CC	18972137	Carlos Rosado	25/12/9	3124667202	OACI	SM
3	CC	1075253056	Karol Rodriguez	20/08/91	310556119	S General	V/cio
4	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	V/c
5	CC	1121841640	Ana Ruth Gutierrez Herrera	15/06/88	3127821373	SubGeneral	V/cio
6	CC	1121816310	Jorge Eduardo Ortiz Cruz	16/10/94	3176594264	Musica	V/cio
7	CC	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	Operativa	V/cio
8	CC	40395747	Lola Guevara	20/07/71	3202723208	Operativa	V/cio
9							
10							

N°	COBERTURA TERRITORIO: Urbano	Rural	EDAD (Rango en Años): 0 a 5 (PI)	6 a 11 (IN)	12 a 17 (ADO)	18 a 28 (JUV)	29 a 60 (ADU)	61 o más (ADUM)	COBERTURA GENERO: Masculino	Femenino	ORIENTACIÓN SEXUAL: Lesbiana	Gay	Bisexual	Transgenerista	Intersexual	Heterosexual
1	X						X			X						X
2	X						X									
3	X						X			X						X
4	X									X						
5	X						X			X						
6	X					X			X							X
7	X						X			X						X
8	X						X									
9																
10																

N°	VICTIMA DEL CONFLICTO ARMADO: Desplazamiento	Otro Hecho Victimizante	Cual	AUTOR DEL HECHO: Subversivo	Paramilitares	Bandas Criminales	FFPP	Otros	SITUACION POBLACIONAL: Discapacidad: Física	Visual	Auditiva	Cognitiva	Asociada	Mental	Gestante	Mujer hombre cabeza de Hogar	Adulto Mayor	Personas en Reincorporación (PER)	Inmigrante	GRUPO ETNICO: Afrodescendiente	Indígena	Rom	SEGURIDAD SOCIAL: Contributivo	subsidiado	no asegurado	otro	FIRMA
1																X							X				
2																							X				
3																							X				
4																											
5																							X				
6																							X				
7																							X				
8																							X				Lola Guevara
9																											
10																											

Total: ____ Firma Responsable: ____________________

CONVENCIONES:
Tipo de documento: (C.C.) Cédula de ciudadanía, (T.I.) Tarjeta de Identidad, (C.E.) Cédula de Extrangería, (T.P) Tarjeta Pasaporte, (RC) Registro civil.

COPIA CONTROLADA

FORMATO REGISTRO DE ASISTENCIA

CÓDIGO: DE-SIPG-F-04	FECHA FEBRERO DE 2022	VERSIÓN: 4	PÁGINA 1 DE 1

RESPONSABLE DE LA ACTIVIDAD:		CARGO:	
FECHA DE REALIZACIÓN:		HORA DE INICIO:	
LUGAR DE REALIZACIÓN:		HORA DE FINALIZACIÓN:	
NOMBRE DE LA ACTIVIDAD:			
DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD:	TALLER GESTON ADMINISTRATIVA DENTRO DEL ESTADO		

DATOS PERSONALES

N°	TIPO DE DOCUMENTO	NUMERO DE DOCUMENTO	NOMBRES Y APELLIDOS	FECHA DE NACIMIENTO	TELÉFONO O CELULAR	GRUPO, DEPENDENCIA O ENTIDAD QUE RESPRESENTA / CARGO	MUNICIPIO	FIRMA
1	CC	93137789	[illegible]	24/11/84	31[illegible]	S. Oper	V/ci	[signature]
2	CC	1734[illegible]	[illegible]	15/09/72	310 316 4067	S operativ	V/cio	[signature]
3	CC	19267 374	Luis Zavaca[illegible] Gomez Cuervo	22/08/1975	314254 0206	operativa	V/cio	[signature]
4	CC	4156711	Elmer [illegible]	1962	[illegible]	Operativa	V/cio	[signature]
5	CC	17322213	Diego Garcia	1962	310723 5X3X	SUB GRAL	V/cio	[signature]
6	CC	[illegible]	[illegible]	[illegible]/01/67	315[illegible]	Sub oper	V/cio	[signature]
7	CC	1032[illegible]	Cristina H.	16/11/88	[illegible]	Sub Ger	V/cio	[signature]
8	CC	[illegible]	Arboy Cartagena B.	12/3/76	[illegible]	Sub Grnd	V/ci	[signature]
9	CC	[illegible]	Jorge [illegible]	[illegible]	31[illegible]	Sub Ger	V/cio	[signature]
10	CC	1015[illegible]	Isabel [illegible]	1955	3123[illegible]	Director	V/cio	[signature]

N°	Urbano	Rural	0 a 5 (PI)	6 a 11 (IN)	12 a 17 (ADO)	18 a 28 (JU)	29 a 60 (ADU)	61 a 6 más (ADUM)	Masculino	Femenino	Lesbiana	Gay	Bisexual	Transgenerista	Intersexual	Heterosexual	Desplazamiento	Otro Hecho Victimizante	Cual	Subversivo	Paramilitares	Bandas Criminales	FFPP	Otros	Física	Visual	Auditiva	Cognitiva	Asociada	Mental	Gestante	Mujer/ hombre cabeza de Hogar	Adulto Mayor	Personas en Reincorporación (PER)	Inmigrante	Afrodescendiente	Indígena	Rom	Contributivo	subsidiado	no asegurado	otro
1																																										
2																																										
3																																										
4																																										
5																																										
6	X																																									
7	X																																									
8	X						X		X																														X			
9	X																																									
10	X						X									X																X							X			

Total: ______ Firma Responsbale: ______________________

CONVENCIONES:
Tipo de documento: (C.C.) Cédula de ciudadanía, (T.I.) Tarjeta de Identidad, (C.E.) Cédula de Extrangería, (T.P) Tarjeta Pasaporte, (RC) Registro civil.

COPIA CONTROLADA

FORMATO REGISTRO DE ASISTENCIA

CÓDIGO:	FECHA	VERSIÓN:	PÁGINA
DE-SIPG-F-04	FEBRERO DE 2022	4	1 DE 1

RESPONSABLE DE LA ACTIVIDAD: CARGO:

FECHA DE REALIZACIÓN: HORA DE INICIO: NOMBRE DE LA ACTIVIDAD:

LUGAR DE REALIZACIÓN: HORA DE FINALIZACIÓN:

DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD:

DATOS PERSONALES																								VICTIMA DEL COFLICTO ARMADO			AUTOR DEL HECHO					SITUACION POBLACIONAL											GRUPO ETNICO			SEGURIDAD SOCIAL				FIRMA
N°	TIPO DE DOCUMENTO	NUMERO DE DOCUMENTO	NOMBRES Y APELLIDOS	FECHA DE NACIMIENTO	TELÉFONO O CELULAR	GRUPO, DEPENDENCIA O ENTIDAD QUE REPRESENTA / CARGO	MUNICIPIO	COBERTURA TERRITORIO		EDAD Rango en Años						COBERTURA GENERO		ORIENTACIÓN SEXUAL														Discapacidad																		
								Urbano	Rural	0 a 5 (PI)	6 a 11 (IN)	12 a 17 (ADO)	18 a 28 (JUV)	29 a 60 (ADU)	61 o más (ADU M)	Masculino	Femenino	Lesbiana	Gay	Bisexual	Transgenerista	Intersexual	Heterosexual	Desplazamiento	Otro Hecho Victimizante	Cual	Subversivo	Paramilitares	Bandas Criminales	FFPP	Otro	Física	Visual	Auditiva	Cognitiva	Asociada	Mental	Gestante	Mujer/hombre cabeza de Hogar	Adulto Mayor	Personas en Reincorporación (PER)	Inmigrante	Afrodescendiente	Indígena	Rom	Contributivo	subsidiado	no asegurado	otro	
1	CC.	1121863894	Ingrid Yiseth Torres Niño	19/11/1989	3103403689	Sub General	V/CIO	X					[illegible]	X			X						X																X							X				[illegible]
2	CC	18922137	CARLOS Rosado	23/6/64	3126667203	OACJ	SM	X						X																																X				[illegible]
3	[illegible]	[illegible]	Camila [illegible]	17/12/00	3125408871	Dirección	V[illegible]	V									X																																		[illegible]
4	CC	1015253056	Karol T. Rodriguez	20/03/91	3105561129	S General	V/cio.	X						X			X						X																							X				[illegible]
5	CC	1121841640	Lina Paola Gutierrez Herrera	15/06/88	3127871373	Sub General	V/cio	X						✓			X																													X				[illegible]
6	CC	1120012788	[illegible]	10/[illegible]	[illegible]	Operativa	V/cio	X						✓			✓						✓																✓							X				[illegible]
7	CC	1121916310	Jorge Eduardo [illegible]	16/10/94	3174059809	Música	V/cio	X					X			X							X																							X				[illegible]
8	CC	40395397	Lela Guevara	28/07/71	3202123108	OPERATIVA	V/CIO	X						X			X																													X				Lela Guevara
9																																																		
10																																																			

Total: ______ Firma Responsable: ______________________

CONVENCIONES:
Tipo de documento: (C.C.) Cédula de ciudadanía, (T.I.) Tarjeta de Identidad, (C.E.) Cédula de Extrangería, (T.P) Tarjeta Pasaporte, (RC) Registro civil.

COPIA CONTROLADA

[logo] Secretaría Departamental de Cultura Meta	FORMATO REGISTRO DE ASISTENCIA			
	CÓDIGO: DE-SIPG-F-04	FECHA FEBRERO DE 2022	VERSIÓN: 4	PÁGINA 1 DE 1

RESPONSABLE DE LA ACTIVIDAD:		CARGO:	

FECHA DE REALIZACIÓN:		HORA DE INICIO:		NOMBRE DE LA ACTIVIDAD:	
LUGAR DE REALIZACIÓN:		HORA DE FINALIZACIÓN:			

DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD: TALLER ESTRUCTURA ORGANIZACIONAL

DATOS PERSONALES

N°	TIPO DE DOCUMENTO	NUMERO DE DOCUMENTO	NOMBRES Y APELLIDOS	FECHA DE NACIMIENTO	TELÉFONO O CELULAR	GRUPO, DEPENDENCIA O ENTIDAD QUE RESPRESENTA / CARGO	MUNICIPIO	FIRMA
1	CC	[illegible]	[illegible] Palma	[illegible]	31[illegible]	J. Planea[illegible]	V/cio	[illegible]
2	CC	17240615	Eduardo Cruz	16/09/79	[illegible]	S. operativa	Granada	[illegible]
3	CC	17.267.374	Luis Eduardo Gomez Cuervo	22/08 1975	3142 590206	operativo	V/cio	[illegible]
4	CC	415676	Elmer Rueda	1962	3112958880	operativo	Vicio	[illegible]
5		17322[illegible]	Diego García	1962	310263 5x8x	SUB GRAL	V/cio	[illegible]
6	CC	40328940	Cristina Arcila	1-06-1983	3108762794	Sub. General	V/cio	[illegible]
7		[illegible]	Yobey Castañeda R.	13/06/76	[illegible]	Sub Gral	V/cio	[illegible]
8		4048000	[illegible]	06/01/67	3115321889	Sub opera	V/cio	[illegible]
9	CC	[illegible]	Jorge O. [illegible]	[illegible]	[illegible]	Sub Gral	V/cio	[illegible]
10	CC	1121914[illegible]	[illegible]	[illegible]	313[illegible]	Direccion	V/cio	[illegible]

N°	COBERTURA TERRITORIO: Urbano	Rural	EDAD (Rango en Años): 0 a 5 (PI)	6 a 11 (IN)	12 a 17 (ADO)	18 a 28 (JUJ)	29 a 60 (ADU)	61 o más (ADU M)	COBERTURA GENERO: Masculino	Femenino	ORIENTACIÓN SEXUAL: Lesbiana	Gay	Bisexual	Transgenerista	Intersexual	Heterosexual	VICTIMA DEL CONFLICTO ARMADO: Desplazamiento	Otro hecho Victimizante	Cual	AUTOR DEL HECHO: Subversivo	Paramilitares	Bandas criminales	FPPP	Otros	SITUACION POBLACIONAL - Discapacidad: Física	Visual	Auditiva	Cognitiva	Asociada	Mental	Gestante	Mujer/ hombre cabeza de Hogar	Adulto Mayor	Personas en Reincorporación (PER)	Inmigrante	GRUPO ETNICO: Afrodescendiente	Indígena	Rom	SEGURIDAD SOCIAL: Contributivo	subsidiado	no asegurado	otro
1																																											
2																																											
3																																											
4																																											
5																																											
6																																											
7	x						x		x																															x			
8	x																																										
9	x																																										
10	x						x									✓																	✓						✓				

Total: ____ Firma Responsable: ______________________

CONVENCIONES:
Tipo de documento: **(C.C.)** Cédula de ciudadanía, **(T.I.)** Tarjeta de identidad, **(C.E.)** Cédula de Extrangería, **(T.P)** Tarjeta Pasaporte, **(RC)** Registro civil.

COPIA CONTROLADA

	FORMATO REGISTRO DE ASISTENCIA			
Secretaría Departamental de Cultura Arauca	CÓDIGO: DE-SIPG-F-04	FECHA FEBRERO DE 2022	VERSIÓN: 4	PÁGINA 1 DE 1

RESPONSABLE DE LA ACTIVIDAD:		CARGO:	
FECHA DE REALIZACIÓN:		HORA DE INICIO:	
LUGAR DE REALIZACIÓN:		HORA DE FINALIZACIÓN:	
NOMBRE DE LA ACTIVIDAD:			
DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD:			

DATOS PERSONALES

N°	TIPO DE DOCUMENTO	NUMERO DE DOCUMENTO	NOMBRES Y APELLIDOS	FECHA DE NACIMIENTO	TELÉFONO O CELULAR	GRUPO, DEPENDENCIA O ENTIDAD QUE RESPRESENTA / CARGO	MUNICIPIO	FIRMA
1	CC	1121862895	Ingrid Yiseth Torres Niño	19/11/1989	3103403689	SubGeneral	V/cio	[illegible]
2	CC	1045253086	Karol T. Rodriguez	20/07/91	310556129	S. General	V/cio	[illegible]
3	CC	18922137	carlos Rosado	25/10/69	3122663202	OACI	SM	[illegible]
4	[illegible]	[illegible]	[illegible]	14/12/78	3125488915	Direccion	V/cio	[illegible]
5	CC	1121861664	Lina Rocio Gutierrez Herrera	15/06/88	3122621373	Subgeneral	V/cio	[illegible]
6	CC	1121916510	Jorge Eduardo Cote Cruz	16/10/94	3165912104	Musica	V/cio	[illegible]
7	CC	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	V/cio	[illegible]
8	CC	40395397	Lola Guevara	28/07/71	3202723208	Operativa	V/CIO	Lola Guevara
9								
10								

N°	COBERTURA TERRITORIO: Urbano	Rural	EDAD (Rango en Años): 0 a 5 (PI)	6 a 11 (IN)	12 a 17 (ADO)	18 a 28 (JUJ)	29 a 60 (ADU)	61 o más (ADUM)	COBERTURA GENERO: Masculino	Femenino	ORIENTACIÓN SEXUAL: Lesbiana	Gay	Bisexual	Transgenerista	Intersexual	Heterosexual
1	X						X			X						X
2	X						X			X						X
3	X						X									
4	X									X						
5	X						X			X						
6	X					X			X							X
7	X						X			X						X
8	X						X			X						
9																
10																

N°	VICTIMA DEL CONFLICTO ARMADO: Desplazamiento	Otro Hecho Victimizante	Cual	AUTOR DEL HECHO: Subversivo	Paramilitares	Bandas Criminales	FFPP	Otros	SITUACION POBLACIONAL: Discapacidad: Física	Visual	Auditiva	Cognitiva	Asociada	Mental	Gestante	Mujer hombre cabeza de Hogar	Adulto Mayor	Personas en Reincorporación (PER)	Inmigrante	GRUPO ETNICO: Afrodescendiente	Indígena	Rom	SEGURIDAD SOCIAL: Contributivo	subsidiado	no asegurado	otro
1																X							X			
2																							X			
3																							X			
4																										
5																							X			
6																							X			
7																							X			
8																							X			
9																										
10																										

Total: ____ Firma Responsbale: ____________________

CONVENCIONES:
Tipo de documento: (C.C.) Cédula de ciudadanía, (T.I.) Tarjeta de Identidad, (C.E.) Cédula de Extrangería, (T.P) Tarjeta Pasaporte, (RC) Registro civil.

COPIA CONTROLADA

FORMATO REGISTRO DE ASISTENCIA

	CÓDIGO:	FECHA	VERSIÓN:	PÁGINA
Secretaría Departamental de Cultura Meta	DE-SIPG-F-04	FEBRERO DE 2022	4	1 DE 1

RESPONSABLE DE LA ACTIVIDAD: CARGO:

FECHA DE REALIZACIÓN: HORA DE INICIO: NOMBRE DE LA ACTIVIDAD:

LUGAR DE REALIZACIÓN: HORA DE FINALIZACIÓN:

DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD: Taller Objetivos Institucionales

DATOS PERSONALES

N°	TIPO DE DOCUMENTO	NUMERO DE DOCUMENTO	NOMBRES Y APELLIDOS	FECHA DE NACIMIENTO	TELÉFONO O CELULAR	GRUPO, DEPENDENCIA O ENTIDAD QUE RESPRESENTA / CARGO	MUNICIPIO	FIRMA
1	CC	93139731	Juan Palma	22/11/[illegible]	31475..	S. Planeación	Vcio	[illegible]
2	CC	1734565	[illegible]	1/9/77	31053[illegible]	Sa operativa	Vcio	[illegible]
3	CC	17267374	Luis Eduardo Gomez Chavez	22/08/1975	3147259 0206	operativa	Vcio.	[illegible]
4	CC	4156798	Elmir Pineda	1962	312958[illegible]	Operativo	Vcio	[illegible]
5		1732[illegible]	Hugo García	1962	310763 5X3X	Sub Gral	Vcio	[illegible]
6		40413[illegible]	[illegible]		3152[illegible]	Sub Oper	Vcio	[illegible]
7	CC	17389[illegible]	Jeisoy Castañeda	2/12/76	314311 6631	Sub. Gral.	V/cio	[illegible]
8	CC	40378440	Cristina Arcila	01-06/[illegible]	3[illegible]	Sub Gen	V/cio	[illegible]
9	CC	1730[illegible]	Jorge [illegible]	01-4/[illegible]	311[illegible]	Sb Comu.	V/cio	[illegible]
10	CC	1128[illegible]	[illegible]	9-25-92	3132370 54	Oficina	Vcio	[illegible]

N°	Urbano	Rural	0 a 5 (PI)	6 a 11 (IN)	12 a 17 (ADO)	18 a 28 (JUV)	29 a 60 (ADU)	61 o o más (ADU M)	Masculino	Femenino	Lesbiana	Gay	Bisexual	Transgenerista	Intersexual	Heterosexual	Desplazamiento	Otro Hecho Victimizante	Cual	Subversivo	Paramilitares	Bandas Criminales	FFPP	Otros	Física	Visual	Auditiva	Cognitiva	Asociada	Mental	Gestante	Mujer/ hombre cabeza de Hogar	Adulto Mayor	Personas en Reincorporación (PER)	Inmigrante	Afrodescendiente	Indígena	Rom	Contributivo	subsidiado	no asegurado	otro
1																																										
2																																										
3																																										
4																																										
5																																										
6	X																																									
7	X						X		X																														X			
8	X																																									
9	X																																									
10	X						X									X																X							X			

Total: ______ Firma Responsable: ____________________

CONVENCIONES:
Tipo de documento: (C.C.) Cédula de ciudadanía, (T.I.) Tarjeta de Identidad, (C.E.) Cédula de Extrangería, (T.P) Tarjeta Pasaporte, (RC) Registro civil.

COPIA CONTROLADA

Secretaría Departamental de Cultura Meta	FORMATO REGISTRO DE ASISTENCIA			
	CÓDIGO: DE-SIPG-F-04	FECHA FEBRERO DE 2022	VERSIÓN: 4	PÁGINA 1 DE 1

RESPONSABLE DE LA ACTIVIDAD:		CARGO:	
FECHA DE REALIZACIÓN:		HORA DE INICIO:	
LUGAR DE REALIZACIÓN:		HORA DE FINALIZACIÓN:	
NOMBRE DE LA ACTIVIDAD:			
DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD:			

DATOS PERSONALES																								VICTIMA DEL COFLICTO ARMADO			AUTOR DEL HECHO					SITUACION POBLACIONAL											GRUPO ETNICO			SEGURIDAD SOCIAL				
								COBERTURA TERRITORIO		EDAD Rango en Años						COBERTURA GENERO		ORIENTACIÓN SEXUAL														Discapacidad																		FIRMA
Nº	TIPO DE DOCUMENTO	NUMERO DE DOCUMENTO	NOMBRES Y APELLIDOS	FECHA DE NACIMIENTO	TELÉFONO O CELULAR	GRUPO, DEPENDENCIA O ENTIDAD QUE RESPRESENTA / CARGO	MUNICIPIO	Urbano	Rural	0 a 5 (PI)	6 a 11 (IN)	12 a 17 (ADO)	18 a 28 (JU)	29 a 60 (ADU)	61 o más (ADU M)	Masculino	Femenino	Lesbiana	Gay	Bisexual	Transgenerista	Intersexual	Heterosexual	Desplazamiento	Otro Hecho Victimizante	Cual	Subversivo	Paramilitares	Bandas Criminales	FFPP	Otros	Física	Visual	Auditiva	Cognitiva	Asociada	Mental	Gestante	Mujer/hombre cabeza de Hogar	Adulto Mayor	Personas en Reincorporación (PPR)	Inmigrante	Afrodescendiente	Indígena	Rom	Contributivo	subsidiado	no asegurado	otro	
1	CC	1121863894	Ingrid Yesseth Torres Niño	19/11/1989	3103403659	SubGeneral	V/cio	X						X			X						X																X							X				
2	CC	1075253056	Karol Rodriguez	20/05/91	3105564129	S. General	V/cio	X						X			X						X																							X				
3	CC	18972131	Carlos Rosado	25/10/6	3124667202	SIACI	SM	X						X																																X				
4	CC	1121820584	Claudia [illegible]	19/12/88	3125488713	Direc	V/cio	X									X																																	
5	CC	1121841640	Lina Pleida Gutierrez Herrera	15/06/88	3123821373	SubGeneral	V/cio	X						X			X																													X				
6	CC	1121916196	Jorge Eduardo Cruz Cruz	16/10/90	3176542...	Musica	V/cio	X					X			X							X																							X				
7	CC	40395397	Lola Guevara	28/07/7	3202222108	operativo	V/cio	X						X																																X				
8	CC	[illegible]	[illegible]	—	310[illegible]	Operativo	Vcio	X						X				X						X																										
9																																																		
10																																																		

Total: ____ Firma Responsable: ____________________

CONVENCIONES:
Tipo de documento: (C.C) Cédula de ciudadanía, (T.I) Tarjeta de Identidad, (C.E.) Cédula de Extrangería, (T.P) Tarjeta Pasaporte, (RC) Registro civil.

COPIA CONTROLADA

	FORMATO REGISTRO DE ASISTENCIA			
Gobernación del Meta – Instituto Departamental de Cultura	CÓDIGO: DE-SIPG-F-04	FECHA FEBRERO DE 2022	VERSIÓN: 4	PÁGINA 1 DE 1

RESPONSABLE DE LA ACTIVIDAD:		CARGO:	

FECHA DE REALIZACIÓN:		HORA DE INICIO:		NOMBRE DE LA ACTIVIDAD:	
LUGAR DE REALIZACIÓN:		HORA DE FINALIZACIÓN:			
DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD:					

DATOS PERSONALES								COBERTURA TERRITORIO		EDAD (Rango en Años)						COBERTURA GENERO		ORIENTACIÓN SEXUAL						VICTIMA DEL CONFLICTO ARMADO			AUTOR DEL HECHO					SITUACION POBLACIONAL (Discapacidad)						SITUACION POBLACIONAL					GRUPO ETNICO			SEGURIDAD SOCIAL				FIRMA
N°	TIPO DE DOCUMENTO	NUMERO DE DOCUMENTO	NOMBRES Y APELLIDOS	FECHA DE NACIMIENTO	TELÉFONO O CELULAR	GRUPO, DEPENDENCIA O ENTIDAD QUE RESPRESENTA / CARGO	MUNICIPIO	Urbano	Rural	0 a 5 (PI)	6 a 11 (IN)	12 a 17 (ADO)	18 a 28 (JU)	29 a 60 (ADU)	61 a más (ADUM)	Masculino	Femenino	Lesbiana	Gay	Bisexual	Transgenerista	Intersexual	Heterosexual	Desplazamiento	Otro Hecho Victimizante	Cual	Subversivo	Paramilitares	Bandas Criminales	FFPP	Otros	Física	Visual	Auditiva	Cognitiva	Asociada	Mental	Gestante	Mujer/ hombre cabeza de Hogar	Adulto Mayor	Personas en Reincorporación (PER)	Inmigrante	Afrodescendiente	Indígena	Rom	Contributivo	subsidiado	no asegurado	otro	
1		4156798	Elmer Rueda	07/12/62	3112159881	Operativo	V/cio	X						X		X																														X				[firma]
2	CC	4359688	[illegible] Quintero 2.	26/12/72	3143110832	Subgeren.	V/cio							X		X																														X				[firma]
3	CC	17322214	Hugo Garcia Villeteros	16/08/62	3107635434	Sub Gral	V/cio	X							X																																			[firma]
4	CC	93137782	[illegible]	27/11/8[illegible]	313438795	Operativo	V/cio	X						X		X																														X				[firma]
5	[illegible]	1121800[illegible]	[illegible]	19/12/85	312[illegible]	Du[illegible]	V/cio	X								X																																		[firma]
6	CC	1041300[illegible]	[illegible]	26/01/67	3113218181	Sub Opera	V/cio	X						X																																X				[firma]
7	CC	1015253036	Karol T. Rodriguez	20/03/91	3103561119	S General	Villavicencio	X						X			X																													X				[firma]
8	CC	1121863804	Ingrid Torres	19/11/89	3103403689	Subgeneral.	V/cio.	X						X			X																						X							X				[firma]
9	CC	14922137	Carlos Rosado	25/10/69	3121663202	OACI	SM	X						X																																X				[firma]
10	CC	1734545[illegible]	Gilberto Cruz	[illegible]18/9[illegible]	3203161352	Operativa	V/cio																																											[firma]

Total: ____ Firma Responsable: ______________________

CONVENCIONES:
Tipo de documento: (C.C.) Cédula de ciudadanía, (T.I.) Tarjeta de Identidad, (C.E.) Cédula de Extrangería, (T.P) Tarjeta Pasaporte, (RC) Registro civil.

COPIA CONTROLADA

Instituto Departamental de Cultura Meta	**FORMATO REGISTRO DE ASISTENCIA**		
CÓDIGO: DE-SIPG-F-04	FECHA FEBRERO DE 2022	VERSIÓN: 4	PÁGINA 1 DE 1

RESPONSABLE DE LA ACTIVIDAD:		CARGO:	
FECHA DE REALIZACIÓN:		HORA DE INICIO:	
LUGAR DE REALIZACIÓN:		HORA DE FINALIZACIÓN:	
NOMBRE DE LA ACTIVIDAD:			
DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD:			

DATOS PERSONALES

N°	TIPO DE DOCUMENTO	NUMERO DE DOCUMENTO	NOMBRES Y APELLIDOS	FECHA DE NACIMIENTO	TELÉFONO O CELULAR	GRUPO, DEPENDENCIA O ENTIDAD QUE RESPRESENTA / CARGO	MUNICIPIO
1	CC	40328446	Cristina Arcila	06-11/1983	[illegible]	S. General	V/cio
2	CC	1121891498	Maria Isabel Pabón	09/05/92	315239[illegible]	Directora	V/cio
3	CC	1121844640	Lina Paola Gutierrez Herrera	15/06/00	3123821373	Subgerencia	V/cio
4	CC	1121916310	Jorge Eduardo Lara Cao	16/10/94	3136592409	Musica	V/cio
5	CC	40401280	[illegible]	[illegible]	3107114945	Operativa	V/cio
6	CC	17267374	Luis Eduardo Gomez C	22/08/1975	3114250206	Operativo	V/cio
7	CC	77342096	Jose Perez	04/11/69	3275927877	Subgerencia	V/cio
8	CC	40395397	Lola Guevara	28/07/71	3207723108	Operativa	V/cio
9							
10							

N°	Cobertura territorio: Urbano	Rural	Edad (rango en años): 0 a 5 (PI)	6 a 11 (IN)	12 a 17 (ADO)	18 a 28 (JU)	29 a 60 (ADU)	61 o más (ADU M)	Cobertura género: Masculino	Femenino	Orientación sexual: Lesbiana	Gay	Bisexual	Transgenerista	Intersexual	Heterosexual
1	X									X						X
2	X						X			X						X
3	X						X			X						
4	X					X			X							X
5	X						X			X						X
6	X						X		X							
7	X						X		X							
8	X						X			X						
9																
10																

N°	Víctima del conflicto armado: Desplazamiento	Otro Hecho Victimizante	Cual	Autor del hecho: Subversivo	Paramilitares	Bandas Criminales	FFPP	Otros	Situación poblacional – Discapacidad: Física	Visual	Auditiva	Cognitiva	Asociada	Mental	Gestante	Mujer/hombre cabeza de Hogar	Adulto Mayor	Personas en Reincorporación (PER)	Inmigrante	Grupo étnico: Afrodescendiente	Indígena	Rom	Seguridad social: Contributivo	subsidiado	no asegurado	otro	FIRMA
1																							X				[signature]
2																X							X				[signature]
3																							X				[signature]
4																							X				[signature]
5																							X				[signature]
6																							X				[signature]
7																							X				[signature]
8																							X				Lola Guevara
9																											
10																											

Total: ____ Firma Responsable: ______________________

CONVENCIONES:
Tipo de documento: **(C.C.)** Cédula de ciudadanía, **(T.I.)** Tarjeta de Identidad, **(C.E.)** Cédula de Extrangería, **(T.P)** Tarjeta Pasaporte, **(RC)** Registro civil.

COPIA CONTROLADA

ITEM N°3

FORMACIÓN PARA EL FORTALECIMIENTO DE LAS COMPETENCIAS EN LOS FUNCIONARIOS DEL INSTITUTO DEPARTAMENTAL DE CULTURA DEL META DEL LENGUAJE CLARO, COMUNICACIÓN ASERTIVA Y CONOCIMIENTOS DEL SECTOR MISIONAL DE LA ENTIDAD A PARTIR DE UN ESPACIO DE FORMACIÓN EXPERIMENTAL PARA EL CONOCIMIENTO DE LAS MANIFESTACIONES CULTURALES DE LA COCINA TRADICIONAL DEL DEPARTAMENTO DEL META.

FORMATO REGISTRO DE ASISTENCIA

	CÓDIGO: DE-SIPG-F-04	FECHA FEBRERO DE 2022	VERSIÓN: 4	PÁGINA 1 DE 1

RESPONSABLE DE LA ACTIVIDAD:	Subdirección General	CARGO:	Subdirección General
FECHA DE REALIZACIÓN:	26/10/2023	HORA DE INICIO:	2:00 PM
LUGAR DE REALIZACIÓN:	Instalaciones del instituto	HORA DE FINALIZACIÓN:	6:00 PM
NOMBRE DE LA ACTIVIDAD:	Manifestaciones culturales de la cocina tradicional del Meta - Práctica		
DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD:			

DATOS PERSONALES

N°	TIPO DE DOCUMENTO	NUMERO DE DOCUMENTO	NOMBRES Y APELLIDOS	FECHA DE NACIMIENTO	TELÉFONO O CELULAR	GRUPO, DEPENDENCIA O ENTIDAD QUE RESPRESENTA / CARGO	MUNICIPIO	FIRMA
1	CC.	1121863894	Ingrid Torres	19/11/89	3103403689	SubGeneral	V/cio.	
2	CC	93137787	Sergio Palma	27/11/84	31[illegible]	Operati...	V/cio	
3	C.C	CC[illegible]	[illegible]	06/01/69	3115248[illegible]	Sub operati.	V/cio	
4		1892217[illegible]	Carlos Rosas	25106[illegible]	3129647202	OACF	SM	
5	CC	1035253534	Karol Rodriguez	20/03/91	3195[illegible]	S General	V/cio.	
6	CC	17332217	Hugo Garcia	16/08/62	3107635834	SUB. GRAL	V/cio	
7		4156796	Elmer Rueda	07/12/62	311295889	Operativo	V/cio	
8	[illegible]	1121808[illegible]	[illegible]	17/12/85	305[illegible]	Direcci...	V/cio	
9	CC	17245663	Gildardo Cruz	13/9/72	320216[illegible]	operativa	V/cio	
10	CC	[illegible]	[illegible] Castañeda	26/12/76	3143106[illegible]	Sub Gral.	V/cio	

N°	COBERTURA TERRITORIO: Urbano	Rural	EDAD (Rango en Años): 0 a 5 (PI)	6 a 11 (IN)	12 a 17 (ADO)	18 a 28 (JU)	29 a 60 (ADU)	61 a más (ADU M)	COBERTURA GENERO: Masculino	Femenino	ORIENTACIÓN SEXUAL: Lesbiana	Gay	Bisexual	Transgenerista	Intersexual	Heterosexual
1	X						X			X						X
2	X						X		X							
3																
4	X						X									
5	X						X			X						
6	X															
7																
8	X									X						
9																
10	X						X		X							

N°	VICTIMA DEL COFLICTO ARMADO: Desplazamiento	Otro Hecho Victimizante	Cual	AUTOR DEL HECHO: Subversivo	Paramilitares	Bandas Criminales	FFPP	Otros	SITUACION POBLACIONAL: Discapacidad: Física	Visual	Auditiva	Cognitiva	Asociada	Mental	Gestante	Mujer/ hombre cabeza de Hogar	Adulto Mayor	Personas en Reincorporación (PER)	Inmigrante	GRUPO ETNICO: Afrodescendiente	Indígena	Rom	SEGURIDAD SOCIAL: Contributivo	Subsidiado	no asegurado	otro
1																X							X			
2																							X			
3																										
4																							X			
5																							X			
6																										
7																										
8																										
9																										
10																							X			

Total: ____ Firma Responsable: ____________

CONVENCIONES:
Tipo de documento: (C.C.) Cédula de ciudadanía, (T.I.) Tarjeta de Identidad, (C.E.) Cédula de Extranjería, (T.P) Tarjeta Pasaporte, (RC) Registro civil.

COPIA CONTROLADA

Gobernación del Meta – Instituto Departamental de Cultura	**FORMATO REGISTRO DE ASISTENCIA**			
	CÓDIGO: DE-SIPG-F-04	FECHA: FEBRERO DE 2022	VERSIÓN: 4	PÁGINA: 1 DE 1

RESPONSABLE DE LA ACTIVIDAD:		CARGO:	

FECHA DE REALIZACIÓN:		HORA DE INICIO:		NOMBRE DE LA ACTIVIDAD:	
LUGAR DE REALIZACIÓN:		HORA DE FINALIZACIÓN:			
DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD:					

DATOS PERSONALES

N°	TIPO DE DOCUMENTO	NUMERO DE DOCUMENTO	NOMBRES Y APELLIDOS	FECHA DE NACIMIENTO	TELÉFONO O CELULAR	GRUPO, DEPENDENCIA O ENTIDAD QUE RESPRESENTA / CARGO	MUNICIPIO
1	CC	40328446	Cristina Arcia	06-01/1983	3148768311	S. General	Vcio
2	CC	17181841 640	Luis Rueda Gutierrez Herrera	11/04/68	312 382 1373	Subgeneral	Vcio
3	CC	1121891 475	Maria Isabel Peral Ariza	09/05/92	313237 6454	Dirección	Vcio
4	CC	1121916710	Jorge Eduardo Cruz	10/16/94	3176592104	Musico	Vcio
5	CC	40401288	Nina Marina	3/09	310121 4913	Operativo	Vcio
6	CC	17267 374	Luis Eduardo Gomez G	22/08 1975	3142594 0266	operativo	Vcio
7	CC	1932976	Jorge Daza	21-nov 1969	314 2929	S General	Vcio
8	CC	40395 397	Lola Guevara	28/07/71	3202712 3706	Operativo	Vcio
9							
10							

N°	COBERTURA TERRITORIO: Urbano	Rural	EDAD Rango en Años: 0 a 5 (PI)	6 a 11 (IN)	12 a 17 (ADO)	18 a 28 (JUV)	29 a 60 (ADU)	61 o más (ADU M)	COBERTURA GENERO: Masculino	Femenino	ORIENTACIÓN SEXUAL: Lesbiana	Gay	Bisexual	Transgenerista	Intersexual	Heterosexual
1	X									X						X
2	X						X			X						
3	X						X			X						X
4	X					X			X							X
5	X						X			X						X
6	X						X		X							
7	X						X		X							X
8	X						X			X						
9																
10																

N°	VICTIMA DEL CONFLICTO ARMADO: Desplazamiento	Otro Hecho Victimizante	Cual	AUTOR DEL HECHO: Subversivo	Paramilitares	Bandas Criminales	FFPP	Otros
1								
2								
3								
4								
5								
6								
7								
8								
9								
10								

N°	SITUACION POBLACIONAL: Discapacidad: Física	Visual	Auditiva	Cognitiva	Asociada	Mental	Gestante	Mujer/ hombre cabeza de Hogar	Adulto Mayor	Personas en Reincorporación (PER)	Inmigrante	GRUPO ETNICO: Afrodescendiente	Indígena	Rom	SEGURIDAD SOCIAL: Contributivo	subsidiado	no asegurado	otro	FIRMA
1															X				[firma]
2															X				[firma]
3								X							X				[firma]
4															X				[firma]
5															X				[firma]
6															X				[firma]
7															X				[firma]
8															X				Lola Guevara
9																			
10																			

Total: ____ Firma Responsable: ____________________

CONVENCIONES:
Tipo de documento: **(C.C.)** Cédula de ciudadanía, **(T.I.)** Tarjeta de Identidad, **(C.E.)** Cédula de Extrangeria, **(T.P)** Tarjeta Pasaporte, **(RC)** Registro civil.

COPIA CONTROLADA

FORMATO REGISTRO DE ASISTENCIA

Cultura Meta	CÓDIGO: DE-SIPG-F-04	FECHA FEBRERO DE 2022	VERSIÓN: 4	PÁGINA 1 DE 1

RESPONSABLE DE LA ACTIVIDAD:	Subdirección General	CARGO:	Subdirección General
FECHA DE REALIZACIÓN:	28/10/2023	HORA DE INICIO:	8:00 AM
LUGAR DE REALIZACIÓN:	Teatro La Vorágine	HORA DE FINALIZACIÓN:	12:00 PM
NOMBRE DE LA ACTIVIDAD:	Manifestaciones culturales de la cocina tradicional del Meta - [illegible]		
DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD:			

DATOS PERSONALES

N°	TIPO DE DOCUMENTO	NUMERO DE DOCUMENTO	NOMBRES Y APELLIDOS	FECHA DE NACIMIENTO	TELÉFONO O CELULAR	GRUPO, DEPENDENCIA O ENTIDAD QUE RESPRESENTA / CARGO	MUNICIPIO	FIRMA
1	CC	1121863894	Ingrid Torres	19/11/89	3103403689	Subgeneral	V/cio.	
2	CC	[illegible]	Karol Rodríguez	20/03/91	3105561129	S General	V/cio	
3	CC	[illegible]	Gilberto Vásquez Ariza	16/9/70	[illegible]	operativo	V/cio	
4	CC	[illegible]	Elmer Rueda	07/12/62	[illegible]	Operativo	V/cio	
5	CE	[illegible]	Hugo García [illegible]	16/07/62	[illegible]	Subgeneral	V/cio	
6	CC	[illegible]	Sergio [illegible]	22/11/84	[illegible]	Operativo	V/cio	
7	CC	[illegible]	Judith Rojas	6/08/67	[illegible]	Operativo	V/cio	
8	CC	[illegible]	[illegible]	26/12/[illegible]	[illegible]	Sub. General	V/cio	
9	[illegible]	[illegible]	[illegible]	17/12/80	[illegible]	Dirección	V/cio	
10	CC	1121841646	Linda Patricia Gutiérrez Herrera	15/06/88	3123872 1343	Subgeneral	V/cio	

N°	COBERTURA TERRITORIO: Urbano	Rural	EDAD Rango en Años: 0 a 5 (PI)	6 a 11 (IN)	12 a 17 (ADO)	18 a 28 (JU)	29 a 60 (ADU)	61 a o más (ADU M)	COBERTURA GENERO: Masculino	Femenino	ORIENTACIÓN SEXUAL: Lesbiana	Gay	Bisexual	Transgenerista	Intersexual	Heterosexual	VICTIMA DEL COFLICTO ARMADO: Desplazamiento	Otro Hecho Victimizante	Cual	AUTOR DEL HECHO: Subversivo	Paramilitares	Bandas Criminales	FFPP	Otros	SITUACION POBLACIONAL: Discapacidad: Física	Visual	Auditiva	Cognitiva	Asociada	Mental	Gestante	Mujer/ hombre cabeza de Hogar	Adulto Mayor	Personas en Reincorporación (PER)	Inmigrante	GRUPO ETNICO: Afrodescendiente	Indígena	Rom	SEGURIDAD SOCIAL: Contributivo	subsidiado	no asegurado	otro
1	X						X			X						X																	X							X			
2	X						X			X						X																								X			
3																																											
4																																											
5	X						X	X	X																																		
6	/																																							X			
7																																											
8	X						X		X																															X			
9	X									X																																	
10	X						X			X																														X			

Total: ____

Firma Responsbale: ____________________

CONVENCIONES:
Tipo de documento: (C.C.) Cédula de ciudadanía, (T.I.) Tarjeta de Identidad, (C.E.) Cédula de Extrangería, (T.P) Tarjeta Pasaporte, (RC) Registro civil.

COPIA CONTROLADA

Instituto Departamental de Cultura Meta	**FORMATO REGISTRO DE ASISTENCIA**

CÓDIGO:	FECHA	VERSIÓN:	PÁGINA
DE-SIPG-F-04	FEBRERO DE 2022	4	1 DE 1

RESPONSABLE DE LA ACTIVIDAD:		CARGO:	
FECHA DE REALIZACIÓN:		HORA DE INICIO:	
LUGAR DE REALIZACIÓN:		HORA DE FINALIZACIÓN:	
NOMBRE DE LA ACTIVIDAD:			
DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD:			

N°	DATOS PERSONALES: TIPO DE DOCUMENTO	NUMERO DE DOCUMENTO	NOMBRES Y APELLIDOS	FECHA DE NACIMIENTO	TELÉFONO O CELULAR	GRUPO, DEPENDENCIA O ENTIDAD QUE RESPRESENTA / CARGO	MUNICIPIO	COBERTURA TERRITORIO: Urbano	Rural	EDAD (Rango en Años): 0 a 5 (PI)	6 a 11 (IN)	12 a 17 (ADO)	18 a 28 (JU)	29 a 60 (ADU)	61 a o más (ADU M)	COBERTURA GENERO: Masculino	Femenino	ORIENTACIÓN SEXUAL: Lesbiana	Gay	Bisexual	Transgenerista	Intersexual	Heterosexual	VICTIMA DEL COFLICTO ARMADO: Desplazamiento	Otro Hecho Victimizante	Cual	AUTOR DEL HECHO: Subversivo	Paramilitares	Bandas Criminales	FFPP	Otros	SITUACION POBLACIONAL: Discapacidad: Física	Visual	Auditiva	Cognitiva	Asociada	Mental	Gestante	Mujer hombre cabeza de Hogar	Adulto Mayor	Personas en Reincorporación (PER)	Inmigrante	GRUPO ETNICO: Afrodescendiente	Indígena	Rom	SEGURIDAD SOCIAL: Contributivo	subsidiado	no asegurado	otro	FIRMA
1	CC	17922137	CARLOS ROSADO	29/00/64	3124667207	OACF	SN	X						X		X																														X				[firma]
2	CC	40320[illegible]	Cristina Arcia	06-01/1983	3188962792	S. General	V/cio	X						X			X						X																							X				[firma]
3	CC	1121891493	María Isabel Pol	04/08/92	3132296464	Directo	V/cio	X						X			X						X																	X								X				[firma]
4	CC	[illegible]	[illegible]	10-9	3102[illegible]	Operativa	V/cio	X						X			X						X																							X				[firma]
5	CC	1121196710	Jorge Eduardo Cote	16/16/94	3176592109	Música	V/cio	X					X										X																							X				[firma]
6	CC	17267374	Luis Eduardo Gómez C.	22/08/1975	3142590206	operativo	V/cio	X						X		X																														X				[firma]
7	CC	17343096	Jorge Rosa	4-nov-1964	3142128[illegible]	S. General	V/cio	X						X		X							X																							X				[firma]
8	CC	40395397	Lola Guevara	28/07/77	3203723208	operativa	V/cio	X						X				X																												X				Lola Guevara
9																																																		
10																																																		

Total: ____ Firma Responsable: ______________________

CONVENCIONES:
Tipo de documento: **(C.C.)** Cédula de ciudadanía, **(T.I.)** Tarjeta de Identidad, **(C.E.)** Cédula de Extrangería, **(T.P)** Tarjeta Pasaporte, **(RC)** Registro civil.

COPIA CONTROLADA

Gobernación del Meta – Instituto Departamental de Cultura Meta	FORMATO REGISTRO DE ASISTENCIA			
	CÓDIGO: DE-SIPG-F-04	FECHA FEBRERO DE 2022	VERSIÓN: 4	PÁGINA 1 DE 1

RESPONSABLE DE LA ACTIVIDAD: Corporación Red Social **CARGO:** Contratista

FECHA DE REALIZACIÓN: 22/10/2023 **HORA DE INICIO:** 2:00 PM **NOMBRE DE LA ACTIVIDAD:** Manifestaciones culturales de la cocina tradicional del Meta - Práctica

LUGAR DE REALIZACIÓN: Hotel EQ **HORA DE FINALIZACIÓN:** 6:00 PM

DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD: Taller manifestaciones culturales y desarrollo de competencias misionales cocinas tradicionales

DATOS PERSONALES

N°	TIPO DE DOCUMENTO	NUMERO DE DOCUMENTO	NOMBRES Y APELLIDOS	FECHA DE NACIMIENTO	TELÉFONO O CELULAR	GRUPO, DEPENDENCIA O ENTIDAD QUE RESPRESENTA / CARGO	MUNICIPIO	FIRMA
1	CC	[illegible]	[illegible]	26/12/76	[illegible]	Sub. Gen.	V/cio	[firma]
2	CC	41156796	Elmer Rueda	071262	311295 496	Operativa	V/cio	[firma]
3	CC	18422 132	Carlos Rosado	251069	3121166 7207	OACJ	SM	[firma]
4	CC	40413000	[illegible] Rojas	06/01/67	311521 8101	Subdirección Operativa	V/cio	[firma]
5	CC	1075253054	Karol T. Rodríguez	20/03/91	3105561129	S. General	V/cio	[firma]
6	CC	17346 613	Gildardo [illegible] Arias	13/9/75	320316 1052	Operativa	V/cio	[firma]
7	CC	17322 217	Hugo Garcia Walteros	16/08/62	310763 5828	Sub Gen	V/cio	[firma]
8	CC	1121863 894	Ingrid Torres	19/11/89	30240 3689	Subgeneral	V/cio	[firma]
9	CC	86057392	Sergio [illegible]	22/1/84	[illegible]	Operativa	V/cio	[firma]
10	CC	1121803584	Clara [illegible]	19/12/85	312 5048015	Direc.	V/cio	[firma]

N°	COBERTURA TERRITORIO: Urbano	Rural	EDAD (Rango en Años): 0 a 5 (PI)	6 a 11 (IN)	12 a 17 (ADO)	18 a 28 (JUV)	29 a 60 (ADU)	61 o más (ADU M)	COBERTURA GÉNERO: Masculino	Femenino	ORIENTACIÓN SEXUAL: Lesbiana	Gay	Bisexual	Transgenerista	Intersexual	Heterosexual	VICTIMA DEL CONFLICTO ARMADO: Desplazamiento	Otro Hecho Victimizante	Cual	AUTOR DEL HECHO: Subversivo	Paramilitares	Bandas Criminales	FFPP	Otros	SITUACION POBLACIONAL – Discapacidad: Fisica	Visual	Auditiva	Cognitiva	Asociada	Mental	Gestante	Mujer/ hombre cabeza de Hogar	Adulto Mayor	Personas en Reincorporación (PEP)	Inmigrante	GRUPO ETNICO: Afrodescendiente	Indigena	Rom	SEGURIDAD SOCIAL: Contributivo	subsidiado	no asegurado	otro
1	X						X		X																															X			
2																																											
3		X					X																																	X			
4	X																																										
5	X						X			X																														X			
6																																											
7	X							X																																			
8	X						X			X																								X						X			
9	X						X			X																														X			
10	X									X																																	

Total: ____ Firma Responsbale: ____________________

CONVENCIONES:

Tipo de documento: (C.C.) Cédula de ciudadanía, (T.I.) Tarjeta de Identidad, (C.E.) Cédula de Extrangería, (T.P) Tarjeta Pasaporte, (RC) Registro civil.

COPIA CONTROLADA

Instituto Departamental de Cultura Meta	FORMATO REGISTRO DE ASISTENCIA			
	CÓDIGO: DE-SIPG-F-04	FECHA FEBRERO DE 2022	VERSIÓN: 4	PÁGINA 1 DE 1

RESPONSABLE DE LA ACTIVIDAD:		CARGO:	
FECHA DE REALIZACIÓN:		HORA DE INICIO:	
LUGAR DE REALIZACIÓN:		HORA DE FINALIZACIÓN:	
NOMBRE DE LA ACTIVIDAD:			
DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD:			

DATOS PERSONALES

Nº	TIPO DE DOCUMENTO	NUMERO DE DOCUMENTO	NOMBRES Y APELLIDOS	FECHA DE NACIMENTO	TELÉFONO O CELULAR	GRUPO, DEPENDENCIA O ENTIDAD QUE RESPRESENTA / CARGO	MUNICIPIO	COBERTURA TERRITORIO: Urbano	Rural	EDAD Rango en Años: 0 a 5 (PI)	6 a 11 (IN)	12 a 17 (ADO)	18 a 28 (JU)	29 a 60 (ADU)	61 o más (ADU M)	COBERTURA GENERO: Masculino	Femenino	ORIENTACIÓN SEXUAL: Lesbiana	Gay	Bisexual	Transgenerista	Intersexual	Heterosexual	VICTIMA DEL COFLICTO ARMADO: Desplazamiento	Otro Hecho Victimizante	Cual	AUTOR DEL HECHO: Subversivo	Paramilitares	Bandas Criminales	FFPP	Otros	SITUACION POBLACIONAL: Discapacidad: Fisica	Visual	Auditiva	Cognitiva	Asociado	Mental	Gestante	Mujer/ hombre cabeza de Hogar	Adulto Mayor	Personas en Reincorporación (PER)	Inmigrante	GRUPO ETNICO: Afrodescendiente	Indígena	Rom	SEGURIDAD SOCIAL: Contributivo	subsidiado	no asegurado	otro	FIRMA
1	CC	1121841 010	Lina Rocio Gutierrez Herrera	13/06/1988	312382 1373	Subgeneral	V/cio	X						X			X																													X				[signature]
2	CC	40378490	Cristina Arce	01/06/1983	3108762373	S. General	V/cio	X						X			X																													X				[signature]
3	CC	1121871478	Maria Isabel Rubiano Ariza	07/05/92	3183237 6434	Dirección	V/cio	X						X			X						X																X							X				[signature]
4	CC	1121916310	Jorge Eduardo Cruz Cruz	10/06/94	3196597104	Música	V/cio	X					X			X							X																							X				[signature]
5	CC	40401188	[illegible]	[illegible] 1004	3102114985	Operativo	V/cio	X						X			X						X																							X				[signature]
6	CC	17267 374	Luis Eduardo Gómez C.	22/08 1975	314259 0206	Operativa	V/cio	X						X		X																														X				[signature]
7	CC	9347946	Jorge Pérez	4-Nov 1969	3114421807	S. General	V/cio	X						X		X																														X				[signature]
8	CC	40395 347	Lola Guevara	28/07/7[illegible]	320272 3108	Operativa	V/cio	X						X				X																												X				Lola Guevara
9																																																		
10																																																		

Total: ____

Firma Responsbale: ______________________

CONVENCIONES:
Tipo de documento: (C.C.) Cédula de ciudadanía, (T.I.) Tarjeta de Identidad, (C.E.) Cédula de Extrangeria, (T.P) Tarjeta Pasaporte, (RC) Registro civil.

COPIA CONTROLADA

	FORMATO REGISTRO DE ASISTENCIA

CÓDIGO:	FECHA	VERSIÓN:	PÁGINA
DE-SIPG-F-04	FEBRERO DE 2022	4	1 DE 1

RESPONSABLE DE LA ACTIVIDAD: Corporacion Red Social **CARGO:** Contratista

FECHA DE REALIZACIÓN: 27/10/2023 **HORA DE INICIO:** 8:00 AM **NOMBRE DE LA ACTIVIDAD:** Manifestaciones culturales de la cocina tradicional del Meta - Teorica

LUGAR DE REALIZACIÓN: Teatro La Vorágine **HORA DE FINALIZACIÓN:** 12:00 PM

DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD: Taller Manifestaciones culturales y desarrollo de competencias misionales - Cocinero Tradicional

DATOS PERSONALES

Nº	TIPO DE DOCUMENTO	NUMERO DE DOCUMENTO	NOMBRES Y APELLIDOS	FECHA DE NACIMIENTO	TELÉFONO O CELULAR	GRUPO, DEPENDENCIA O ENTIDAD QUE RESPRESENTA / CARGO	MUNICIPIO	COBERTURA TERRITORIO: Urbano	Rural	EDAD (Rango en Años): 0 a 5 (P)	6 a 11 (IN)	12 a 17 (ADO)	18 a 28 (JU)	29 a 60 (ADU)	61 o más (ADU M)	COBERTURA GÉNERO: Masculino	Femenino	ORIENTACIÓN SEXUAL: Lesbiana	Gay	Bisexual	Transgenerista	Intersexual	Heterosexual	VICTIMA DEL COFLICTO ARMADO: Desplazamiento	Otro Hecho Victimizante	Cual	AUTOR DEL HECHO: Subversivo	Paramilitares	Bandas Criminales	FFPP	Otros	SITUACION POBLACIONAL: Discapacidad: Física	Visual	Auditiva	Cognitiva	Asociada	Mental	Gestante	Mujer hombre cabeza de Hogar	Adulto Mayor	Personas en Reincorporación (PER)	Inmigrante	GRUPO ETNICO: Afrodescendiente	Indígena	Rom	SEGURIDAD SOCIAL: Contributivo	subsidiado	no asegurado	otro	FIRMA
1	CC	18137781	Jeniffer	24/11/81	314	S Operad	V/cio	X						X		X																																		[firma]
2	CC	17.316.123	Oldemar Celin Arias	15/09/77	310 361 1052	S opera	V/cio	X						X		X																																		[firma]
3	CC	17.267.374	Luis Eduardo Gomez Carvajal	22/08/1975	3142894 0206	operativa	V/cio	X						X		X																																		[firma]
4		4156746	Elmer Rueda	1962	3112978461	operativa	V/cio	X						X		X																																		[firma]
5		17.32626	Hugo Garcia	1962	310763 5X3X	Sub Gral	V/cio	X						X		X																														X				[firma]
6		1138956	Arley Cardozo R.	12/11/96	3143110632	Sub Gral	V/cio	X						X		X																																		[firma]
7	CC	40328440	Galina Hare	01/06/63	3008787791	Sub General	V/cio	X						X			X																																	[firma]
8		40404000	Luisbra Ryo	06/11/67	3115027891	Sub operatal	V/cio	X						X			X																																	[firma]
9	CC	17302076	Jorge Roa	24-11-69	314382 7897	Sub general	V/cio	X						X		X																																		[firma]
10	CC	1121571193	[illegible]	15-02-92	3223866	Director	V/cio	X						X			X						X																	X							X				[firma]

Total: ____ Firma Responsable: ____________________

CONVENCIONES:
Tipo de documento: (C.C.) Cédula de ciudadania, (T.I.) Tarjeta de Identidad, (C.E.) Cédula de Extrangeria, (T.P) Tarjeta Pasaporte, (RC) Registro civil.

FORMATO REGISTRO DE ASISTENCIA			
CÓDIGO: DE-SIPG-F-04	FECHA FEBRERO DE 2022	VERSIÓN: 4	PÁGINA 1 DE 1

RESPONSABLE DE LA ACTIVIDAD:		CARGO:	
FECHA DE REALIZACIÓN:		HORA DE INICIO:	
LUGAR DE REALIZACIÓN:		HORA DE FINALIZACIÓN:	
NOMBRE DE LA ACTIVIDAD:			
DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD:			

N°	TIPO DE DOCUMENTO	NUMERO DE DOCUMENTO	NOMBRES Y APELLIDOS	FECHA DE NACIMIENTO	TELÉFONO O CELULAR	GRUPO, DEPENDENCIA O ENTIDAD QUE RESPRESENTA / CARGO	MUNICIPIO	COBERTURA TERRITORIO: Urbano	Rural	EDAD Rango en Años: 0 a 5 (PI)	6 a 11 (IN)	12 a 17 (ADO)	18 a 28 (JU)	29 a 60 (ADU)	61 a o mas (ADUM)	COBERTURA GENERO: Masculino	Femenino	ORIENTACIÓN SEXUAL: Lesbiana	Gay	Bisexual	Transgenerista	Intersexual	Heterosexual	VICTIMA DEL CONFLICTO ARMADO: Desplazamiento	Otro Hecho Victimizante	Cual	AUTOR DEL HECHO: Subversivo	Paramilitares	Bandas Criminales	FFPP	Otros	SITUACION POBLACIONAL: Discapacidad: Física	Visual	Auditiva	Cognitiva	Asociada	Mental	Gestante	Mujer/hombre cabeza de Hogar	Adulto Mayor	Personas en Reincorporación (PER)	Inmigrante	GRUPO ETNICO: Afrodescendiente	Indigena	Rom	SEGURIDAD SOCIAL: Contributivo	subsidiado	no asegurado	otro	FIRMA
1	CC	1120863894	Ingrid Yissett Torres Niño	19/11/1989	3102403689	Subgerencia	Vcio	X						X			X						X																X							X				[signature]
2	[illegible]	1121810353	Camila [illegible]	11/2/2015	312548 8919	Direccion	Vcio	X									X																																	[signature]
3	CC	17922137	CARLOS Rosado	25/10/69	312 466 7207	OACI	SM	X						X																																X					[signature]
4	CC	1095530056	Karol T. Rohgua	20/05/91	3105540829	S General	V/cio	X						X			X						X																							X				[signature]
5	CC	1121811610	Lina Paola Gutierrez Herrera	15/04/88	3123852 1373	Subgerencia	V/cio	X						X			X																													X				[signature]
6	CC	4219163/0	Jorge Eduardo Cruz Cruz	10/6/94	3176592109	Musica	V/cio	X								X							X																							X				[signature]
7	CC	1006192288	Nurel Dorado	1006/2003	3102011193	Operativo	V/cio	X						X			X						X																							X				[signature]
8	CC	40399785	Lain Guevara	28/07/71	3202123208	operativo	V/cio	X						X			X																													X				Lola Guevara
9																																																		
10																																																		

Total: ____ Firma Responsbale: ____________________

CONVENCIONES:
Tipo de documento: (C.C.) Cédula de ciudadanía, (T.I.) Tarjeta de Identidad, (C.E.) Cédula de Extrangería, (T.P) Tarjeta Pasaporte, (RC) Registro civil.

COPIA CONTROLADA

ITEM N°4

DESARROLLO DE ESPACIOS DE BIENESTAR PARA LOS FUNCIONARIOS DEL INSTITUTO DEPARTAMENTAL DE CULTURA DEL META DONDE SE FORTALEZCA EL DESARROLLO DE HABITOS DE VIDA SALUDABLES, SE REFUERCEN HABITOS DE SALUD MENTAL Y EQUILIBRIO PSICOSOCIAL.

Bienestar

FORMATO REGISTRO DE ASISTENCIA

CÓDIGO: DE-SIPG-F-04	FECHA FEBRERO DE 2022	VERSIÓN: 4	PÁGINA 1 DE 1

RESPONSABLE DE LA ACTIVIDAD:	Subdireccion General	CARGO:	Subdireccion General
FECHA DE REALIZACIÓN:	31 Octubre	HORA DE INICIO:	8:00AM
LUGAR DE REALIZACIÓN:	Teatro La Voragine-Finca E.	HORA DE FINALIZACIÓN:	6:00PM
NOMBRE DE LA ACTIVIDAD:	Jornada de Bienestar		
DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD:	Jornada de bienestar actividad fisica, recreativa y psicosocial - Presentacion musical		

N°	TIPO DE DOCUMENTO	NUMERO DE DOCUMENTO	NOMBRES Y APELLIDOS	FECHA DE NACIMIENTO	TELÉFONO O CELULAR	GRUPO, DEPENDENCIA O ENTIDAD QUE RESPRESENTA / CARGO	MUNICIPIO	Urbano	Rural	0 a 5 (PI)	6 a 11 (IN)	12 a 17 (ADO)	18 a 28 (JUV)	29 a 60 (ADU)	61 a a más (ADU M)	Masculino	Femenino	Lesbiana	Gay	Bisexual	Transgenerista	Intersexual	Heterosexual	Desplazamiento	Otro Hecho Victimizante	Cual	Subversivo	Paramilitares	Bandas Criminales	FFPP	Otros	Física	Visual	Auditiva	Cognitiva	Asociada	Mental	Gestante	Mujer/ hombre cabeza de Hogar	Adulto Mayor	Personas en Reincorporación (PER)	Inmigrante	Afrodescendiente	Indígena	Rom	Contributivo	subsidiado	no asegurado	otro	FIRMA
1	cc	19.326 217	Hugo Garcia Walteros	16/08/62	3107635xxx	Sub Gral	V/cio	X							X																																			[firma]
2	CC	17.34[illegible]	Gildardo Cruz Arias	15/9 73	320316 1052	operativa	V/cio																																													[firma]
3	cc	[illegible]	Greey Castañeda	26/11/xx	3190110052	Sub General	V/cio	X						X		X																															X				[firma]
4	CC	179.72[illegible]	Carlos Rosero	29/10/69	312 466 7207	OACI	SM	X						X																																	X				[firma]
5		415679	Elver Rodriguez	07 12 62	311293 966	Operativo	V/cio																																													[firma]
6	cc	40.113000	Judibia Rojas	06/01/61	311521 8781	Sub Operativa	V/cio	X						X			X																														X				[firma]
7	CC	1121[illegible]	Lina Ruda Gutierrez Herrera	15/06/88	32282 1373	Sub General	V/cio	X						X			X																														X				[firma]
8	CC	1121811448	Maria Isabel Pabon Ariza	07/05/92	3152361[illegible]	Direccion	V/cio	X						X				X					X																		X								X				[firma]
9	CC	40.401287	Nina Ruano B	09-10	3102749[illegible]	Operativo	V/cio	X						X				X					X																										X				[firma]
10	CC	1121916310	Jorge Eduardo Cruz Cruz	16/10/[illegible]	3[illegible]	Musica	V/cio	X					X				X						X																										X				[firma]

Total: ____ Firma Responsable: ____________________

CONVENCIONES:
Tipo de documento: (C.C.) Cédula de ciudadanía, (T.I.) Tarjeta de identidad, (C.E.) Cédula de Extrangería, (T.P) Tarjeta Pasaporte, (RC) Registro civil.

COPIA CONTROLADA

	FORMATO REGISTRO DE ASISTENCIA			
Instituto Departamental de Cultura Meta	CÓDIGO: DE-SIPG-F-04	FECHA FEBRERO DE 2022	VERSIÓN: 4	PÁGINA 1 DE 1

RESPONSABLE DE LA ACTIVIDAD:		CARGO:	

FECHA DE REALIZACIÓN:		HORA DE INICIO:		NOMBRE DE LA ACTIVIDAD:	
LUGAR DE REALIZACIÓN:		HORA DE FINALIZACIÓN:			

DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD:	

DATOS PERSONALES

N°	TIPO DE DOCUMENTO	NUMERO DE DOCUMENTO	NOMBRES Y APELLIDOS	FECHA DE NACIMIENTO	TELÉFONO O CELULAR	GRUPO, DEPENDENCIA O ENTIDAD QUE RESPRESENTA / CARGO	MUNICIPIO	FIRMA
1	CC.	1121863 894.	Ingrid Torres.	19/11/89	310340 3689.	Subgeneral	Vcio.	[firma]
2	CC	93137781	Sergio Parga	22/11/81	3117381 7436	Operativo	S M	[firma]
3	CC	1121805584	[illegible]	19/12/85	3125488814	Decan	Vcio	[firma]
4	CC.	40328440	Cristina Hirc	06-01-1983	3108262734	S General	Vcio	[firma]
5	CC	17267 374	Luis Eduardo Gomez C.	22/08 1975	314259 0206	operativa	V/cio	[firma]
6	CC	1015253056	Karol T. Rodriguez	1015253056	3105561129	S. General	Villavicencio	[firma]
7	CC	17342046	Jorge O Pérez	4-Jun 1969	314492 7577	S. General	V/cio	[firma]
8	CC	40393 597	Lola Guevara	28/07/71	320272 3708	operativo	V/cio	Lola Guevara
9								
10								

N°	COBERTURA TERRITORIO: Urbano	Rural	EDAD (Rango en Años): 0 a 5 (PI)	6 a 11 (N)	12 a 17 (ADO)	18 a 28 (JU)	29 a 60 (ADU)	61 a a más (ADUM)	COBERTURA GENERO: Masculino	Femenino	ORIENTACIÓN SEXUAL: Lesbiana	Gay	Bisexual	Transgenerista	Intersexual	Heterosexual	VICTIMA DEL COFLICTO ARMADO: Desplazamiento	Otro Hecho Victimizante	Cual	AUTOR DEL HECHO: Subversivo	Paramilitares	Bandas Criminales	FFPP	Otros	SITUACION POBLACIONAL: Discapacidad: Física	Visual	Auditiva	Cognitiva	Asociada	Mental	Gestante	Mujer/ hombre cabeza de Hogar	Adulto Mayor	Personas en Reincorporación (PER)	Inmigrante	GRUPO ETNICO: Afrodescendiente	Indígena	Rom	SEGURIDAD SOCIAL: Contributivo	subsidiado	no asegurado	otro
1	X						X			X						X																X							X			
2	X						X		X																														X			
3	X									X																																
4	X						X				X					X																							X			
5	X						X		X																														X			
6	X						X			X																													X			
7	X						X		X							X																							X			
8	X						X		X																														X			
9																																										
10																																										

Total: ____ Firma Responsable: ____________________

CONVENCIONES:
Tipo de documento: (C.C.) Cédula de ciudadanía, (T.I.) Tarjeta de Identidad, (C.E.) Cédula de Extrangería, (T.P) Tarjeta Pasaporte, (RC) Registro civil.

COPIA CONTROLADA

TRABAJO EN EQUIPO

Instituto Departamental de Cultura Meta

CORPORED
CORPORACIÓN RED SOCIAL PARA EL DESARROLLO HUMANO

TRABAJO EN EQUIPO



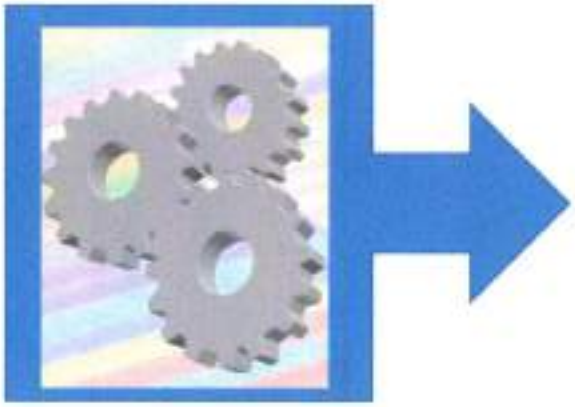
Un **EQUIPO** es un conjunto de personas que realiza una tarea para alcanzar resultados propuestos

TRABAJO EN EQUIPO implica un grupo de personas trabajando de manera coordinada en la ejecución de un proyecto con el fin de conseguir el mejor resultado.

EL TRABAJO EN EQUIPO. . .

NO ES SIMPLEMENTE LA SUMA DE APORTES INDIVIDUALES





FUNCIONA COMO UNA MÁQUINA CON DIVERSOS ENGRANAJES , TODOS DEBEN FUNCIONAR A LA PERFECCIÓN, SI UNO FALLA EL EQUIPO PUEDE FRACASAR.

LA FUERZA RESIDE EN LAS DIFERENCIAS NO EN LAS SIMILITUDES



CORPORED

GRUPO DE TRABAJO

- Cada persona responde individualmente
- Sus miembros tienen una formación similar y realizan el mismo tipo de trabajo (no son complementarios)
- Cada persona tiene una manera particular de funcionar

EQUIPO DE TRABAJO

- El equipo responde en conjunto del trabajo realizado
- Cada miembro realiza una parte concreta del proyecto
- Es necesaria la coordinación, lo que va a exigir tener unos estándares mínimos de actuación.

Cultura Meta

CORPORED

ROLES DENTRO DE UN EQUIPO DE TRABAJO

Dentro de un equipo de trabajo es muy común encontrar roles muy caraterísticos, algunos positivos para el desempeño del equipo, mientras otros pueden resultar muy negativos

Departamental de Cultura Meta

CORPORED

Departamental de Cultura Meta

ROLES

- El positivo
- El crítico
- El discutidor
- El grosero
- El listo
- El pícaro
- El cuadriculado
- El reservado
- El gracioso
- El organizador
- El regalado
- El incompetente

CORPORED





Gobernación Departamental de Cultura Meta

CORPORED
CORPORACIÓN RED SOCIAL PARA EL DESARROLLO HUMANO

Mientras las cosas van bien es fácil que el equipo se muestre unido, cohesionado y que haya un muy buen ambiente de trabajo



Pero cuando existen obstáculos y/o dificultades se pone en peligro todo lo anterior

Departamental de Cultura Meta

CORPORED
CORPORACIÓN RED SOCIAL PARA EL DESARROLLO HUMANO

RESOLUCIÓN DE CONFLICTOS





Admitir los errores



Capacidad de escucha



Respetar opiniones



Asertividad



Analizar el conflicto a fondo

Instituto Departamental de Cultura Meta

CORPORED
CORPORACIÓN RED SOCIAL PARA EL DESARROLLO HUMANO



Instituto Departamental de Cultura Meta

CORPORED
CORPORACIÓN RED SOCIAL PARA EL DESARROLLO HUMANO

Comunicación asertiva

CLAUDIA YASMIN BUITRAGO BOLÍVAR
Psicóloga

CORPORED

EL CHISME

"El joven discípulo de un sabio filósofo llega a casa de éste y le dice:
-Oye, maestro, un amigo tuyo estuvo hablando de ti con malevolencia...
-¡Espera! Le interrumpe el filósofo-. ¿Ya has hecho pasar por los tres filtros lo que vas a contarme?
- ¿Los tres filtros?
- Sí, el primero es la verdad. ¿Estás seguro que lo que quieres decirme es absolutamente cierto?
- No, lo oí comentar a unos vecinos.
- Al menos lo habrás hecho pasar al segundo filtro que es la bondad.
Eso que deseas decirme, ¿es bueno para mí o para alguien más?
- No, en realidad no, al contrario...
- ¡Ah! ¡Vaya!... El último filtro es la necesidad. ¿Es necesario hacerme saber eso que tanto te inquieta?

- A decir verdad, no.

- Entonces –dijo el sabio sonriendo,- si no es verdadero, ni bueno ni necesario, enterrémoslo en el olvido".
Anónimo

Lectura Departamental de Cultura Meta



CORPORED

EL CHISME

- ¿De qué manera afecta "el chisme", la "murmuración" o las "habladurías" la eficacia de un equipo de trabajo?
- ¿Qué consecuencias trae este tipo de conductas para las personas afectadas?
- Aún si fuera cierta una determinada situación que desprestigia la reputación de otra persona, ¿qué es lo que se debería hacer? ¿Qué cuidados se deben tener?
- ¿Qué es lo que pudieran hacer como equipo y en lo individual para erradicar este tipo de comportamientos en su totalidad?
- ¿Qué debiéramos hacer con el compañero o compañera que siga practicando este tipo de conductas?

Instituto Departamental de Cultura Meta



CORPORED
CORPORACIÓN RED SOCIAL PARA EL DESARROLLO HUMANO

¿ Que es la comunicación?

Instituto Departamental de Cultura Meta

- Es un medio para transmitir y recibir información a cerca de nuestros pensamientos y sentimientos de los demás
- Es poder compartir y disentir.
- Es permitir que la otra persona tenga una perspectiva diferente de la nuestra, sin sentir por ello que el otro está en contra.
- Se puede explicar el proceso de la comunicación humana como la transmisión de señales y la creación de significados.
- Es tolerar la diferencia



Clases de comunicación

Comunicación Verbal

Comunicación Intrapersonal: contacto consigo mismo con sus sentimientos emociones, pensamientos y preferencias, incluso que reconozca su propio cuerpo,

Comunicación No Verbal:
Signos : Imágenes sensoriales (visuales, auditivas, olfativas...), sonidos, gestos, movimientos corporales, etc.

Comunicación Interpersonal:



CORPORED
CORPORACIÓN RED SOCIAL PARA EL DESARROLLO HUMANO

Facilitadores de la comunicación

1. Físicos
- La distancia entre el emisor y el receptor
- La luz
- La comodidad del mobiliario
- La decoración
- La ausencia de ruido

2. Fisiológicos
- Tono de voz
- Modulación
- Velocidad

3. Psicológicos
- Actitud empática
- Interés y entusiasmo por el tema
- Claridad de ideas

4. Semánticos

Dominio del lenguaje

5. Sociales
- Definir roles
- Definir compromisos
- Garantizar el mensaje
- Definir la situación



CORPORED

Comunicación asertiva

Instituto Departamental de Cultura Meta

A S E R T I V I D A D

"La habilidad de expresar nuestro deseos de una manera amable, franca, abierta, directa y adecuada, logrando decir lo que queremos sin atentar contra los demás.

"Es saber pedir, saber negarse, negociar y ser flexible para poder conseguir lo que se quiere, respetando los derechos del otro y expresando nuestros sentimientos de forma clara."

"Consiste también en hacer y recibir reconocimientos, y en hacer y aceptar quejas".

CORPORED

ESTILOS

Estilo Pasivo o no Asertivo	Es aquel estilo de comunicación propio de personas que evitan mostrar sus sentimientos o pensamientos por temor a ser rechazados o incomprendidos o a ofender a otras personas.
Estilo Agresivo	Este estilo de comunicación se caracteriza por la sobrevaloración de las opiniones y sentimientos personales, obviando o incluso despreciando los de los demás.
Estilo Asertivo	Es aquel estilo de comunicación abierto a las opiniones ajenas, dándoles la misma importancia que a las propias.

Instituto Departamental de Cultura Meta

CORPORED
CORPORACIÓN RED SOCIAL PARA EL DESARROLLO HUMANO

Derechos.

- Derecho a ser tratado con respeto y dignidad.
- Derecho a equivocarse y a hacerse responsable de sus propios errores.
- Derecho a tener sus propios valores, opiniones y creencias.
- Derecho a cambiar de opinión, idea o línea de acción.





Instituto Departamental de Cultura Meta

CORPORED



"PERMISO"
Déjame
interrumpir lo
que estás haciendo...
Para darte un
¡ABRAZO!
Asi de
¡GRAAANDOTE!

Instituto Departamental de Cultura Meta

CORPORED
CORPORACION INTO SOCIAL PARA EL DESARROLLO HUMANO

CORPORED
CORPORACIÓN RED SOCIAL PARA EL DESARROLLO HUMANO

COMPONENTES DE LA ASERTIVIDAD

Instituto Departamental de Cultura Meta

1. Respetarse a sí mismo
2. Respetar a los demás
3. Ser honesto, oportuno y directo
4. Tener control emocional
5. Saber expresar y escuchar
6. Ser positivo y manejar adecuadamente la expresión no verbal de los mensajes

CORPORED
CORPORACIÓN RED SOCIAL PARA EL DESARROLLO HUMANO

SER ASERTIVO ES:

Instituto Departamental de Cultura Meta

1. Lograr una comunicación satisfactoria hasta donde se haga necesario

2. No es ganarle al otro: es triunfar en el respeto mutuo, en la continuidad de los acercamientos satisfactorios y en la dignidad humana.

3. Defender los legítimos derechos de cada uno sin agredir ni ser agredido.

CORPORED
CORPORACIÓN RED SOCIAL PARA EL DESARROLLO HUMANO

Estrategias para ser Asertivo

- Respetar las capacidades de los demás
- Inyectar diversión a lo que se hace
- No dejar de preocuparse por los demás
- Involucrar en las decisiones a la gente
- Participar en la solución de problemas

Instituto Departamental de Cultura Meta

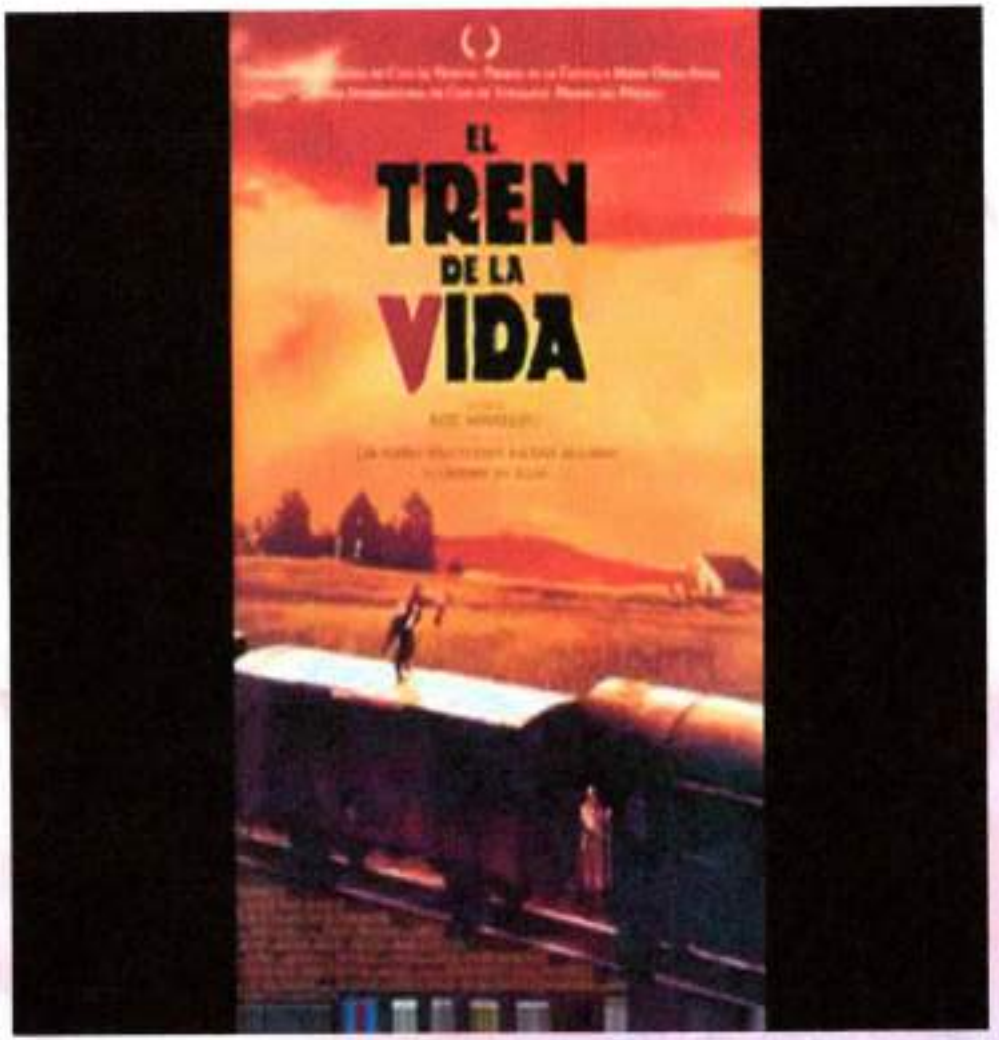
Estrategias para ser Asertivo

- Intentar escuchar y crear empatía
- Organizar todas las ideas y aprender siempre
- Recordarse a si mismo que se es tan importante como los demás
- Conseguir que todos los hechos y puntos estén aclarados con antelación
- Es saber guardar la calma, pero firmemente exponer la opinión propia

Estrategias para ser Asertivo

- Es saber guardar la calma, pero firmemente exponer la opinión propia
- Se reservan las disculpas para cuando sean apropiadas, no se disminuye su valor y los demás tomarán al individuo en serio.
- No arrinconar a los demás ni recurrir a las amenazas
- Aceptar la derrota cuando sea necesario
- Siempre decir "Gracias" y !Buen trabajo!

CORPORED



Instituto Departamental de Cultura Meta

https://youtu.be/dshb3bkMPQU

CORPORED
CORPORACIÓN RED SOCIAL PARA EL DESARROLLO HUMANO



Instituto Departamental de Cultura Meta

CORPORED
CORPORACIÓN RED SOCIAL PARA EL DESARROLLO HUMANO

HACEMOS GRANDE AL META

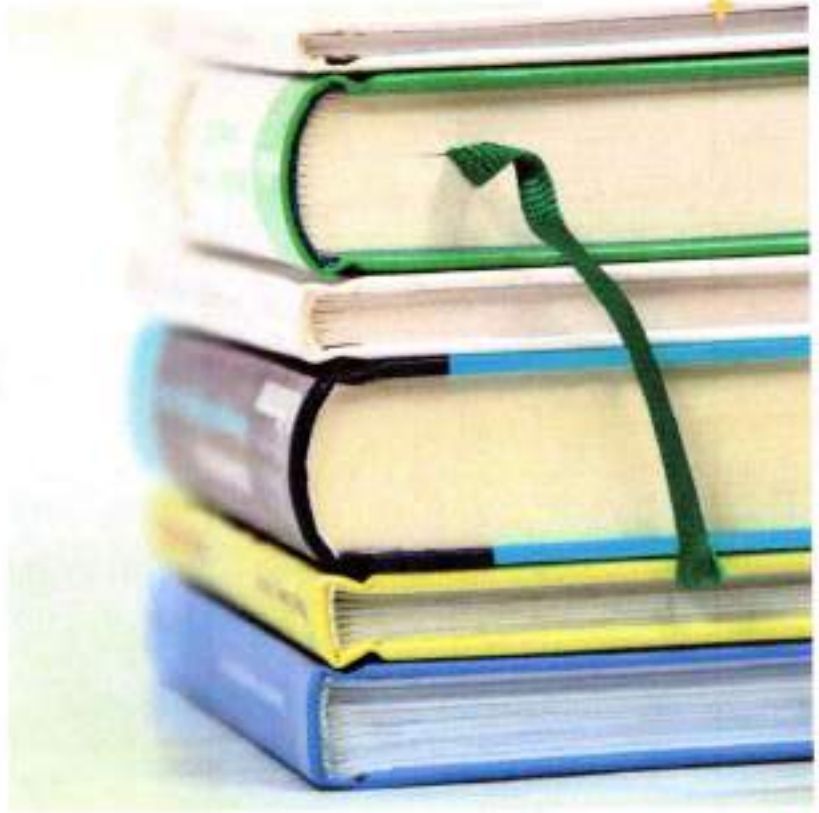
GOBERNACIÓN DEL META

Qué es para qué
Educar



La ***educación*** es uno de los factores que más influye en el ***avance y progreso*** de personas y sociedades. Además de proveer conocimientos, la educación enriquece la cultura, el espíritu, los valores y todo aquello que nos caracteriza como seres humanos.

Tomado de:
http://www.planeducativonacional.unam.mx/CAP_00/Text/00_05a.html




"El único instrumento que los hombres tenemos tanto para perfeccionarnos como para vivir dignamente, es la educación"
Santo Tomás de Aquino.

Busquemos algunas frases célebres relacionadas con la educación

Educar:
Sacar y desarrollar las potencialidades que hay dentro de cada ser humano.

Educación

Alimentar y nutrir

Nutrir

Cuerpo



Espíritu



"Si no educamos, el ser humano queda en la indigencia"

Ser humano



Potencia



Inteligencia



Voluntad

Dormidas
Despertarlas
Desarrollarlas



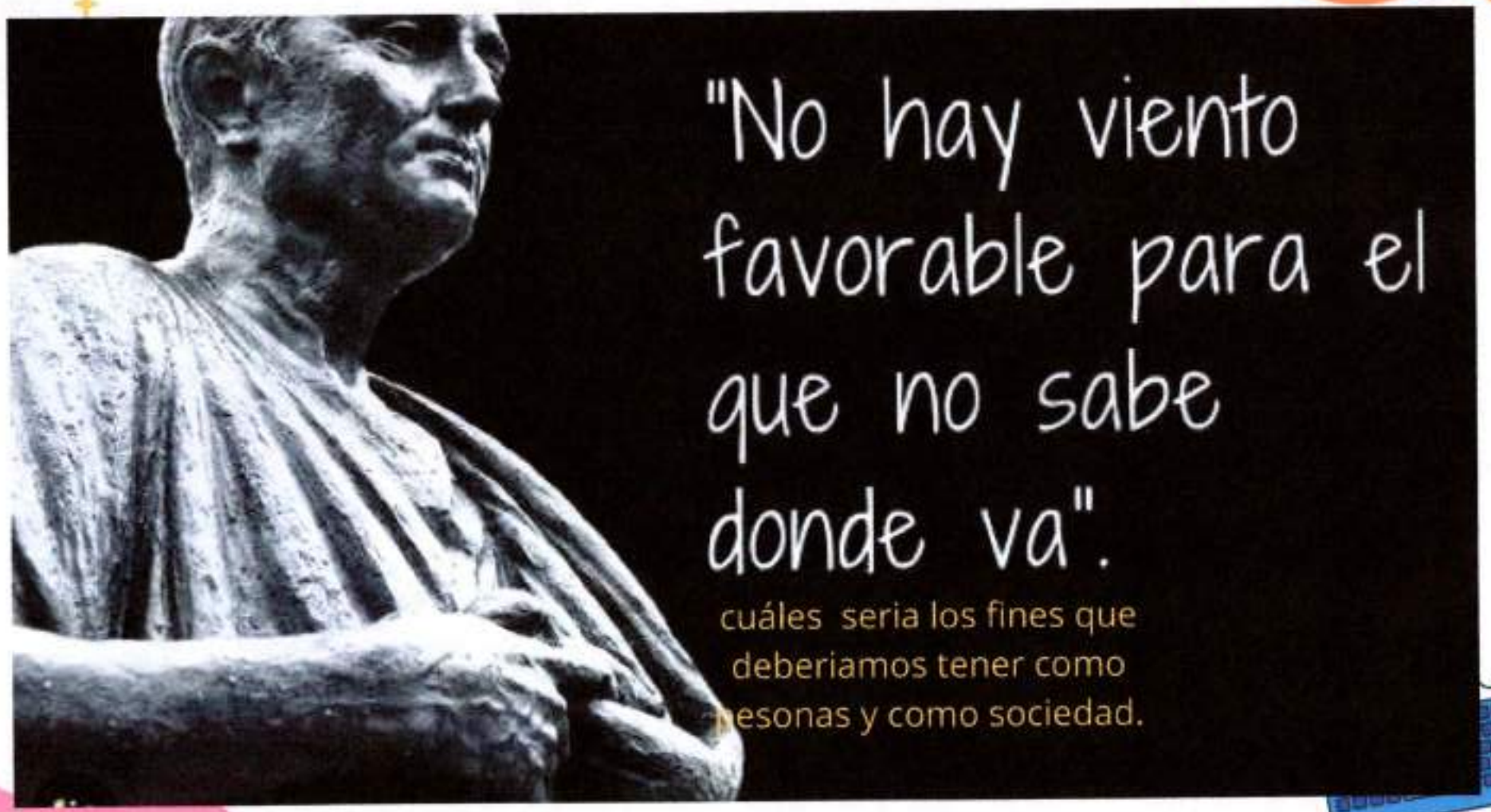
Virtud



Fin último del hombre



La felicidad


"No hay viento favorable para el que no sabe donde va".
cuáles seria los fines que deberiamos tener como
esonas y como sociedad.

Itaca. Konstantino Kavafis

La experiencia de la enseñanza no es la que la sociedad quiero hacernos parecer.

En la vida lo que cuenta no es llegar a Ítaca, lo que cuenta es la experiencia durante el viaje, esta experiencia nos hace mejores, nos enriquece.

Rescatar el valor del esfuerzo.
Apología de la lentitud.



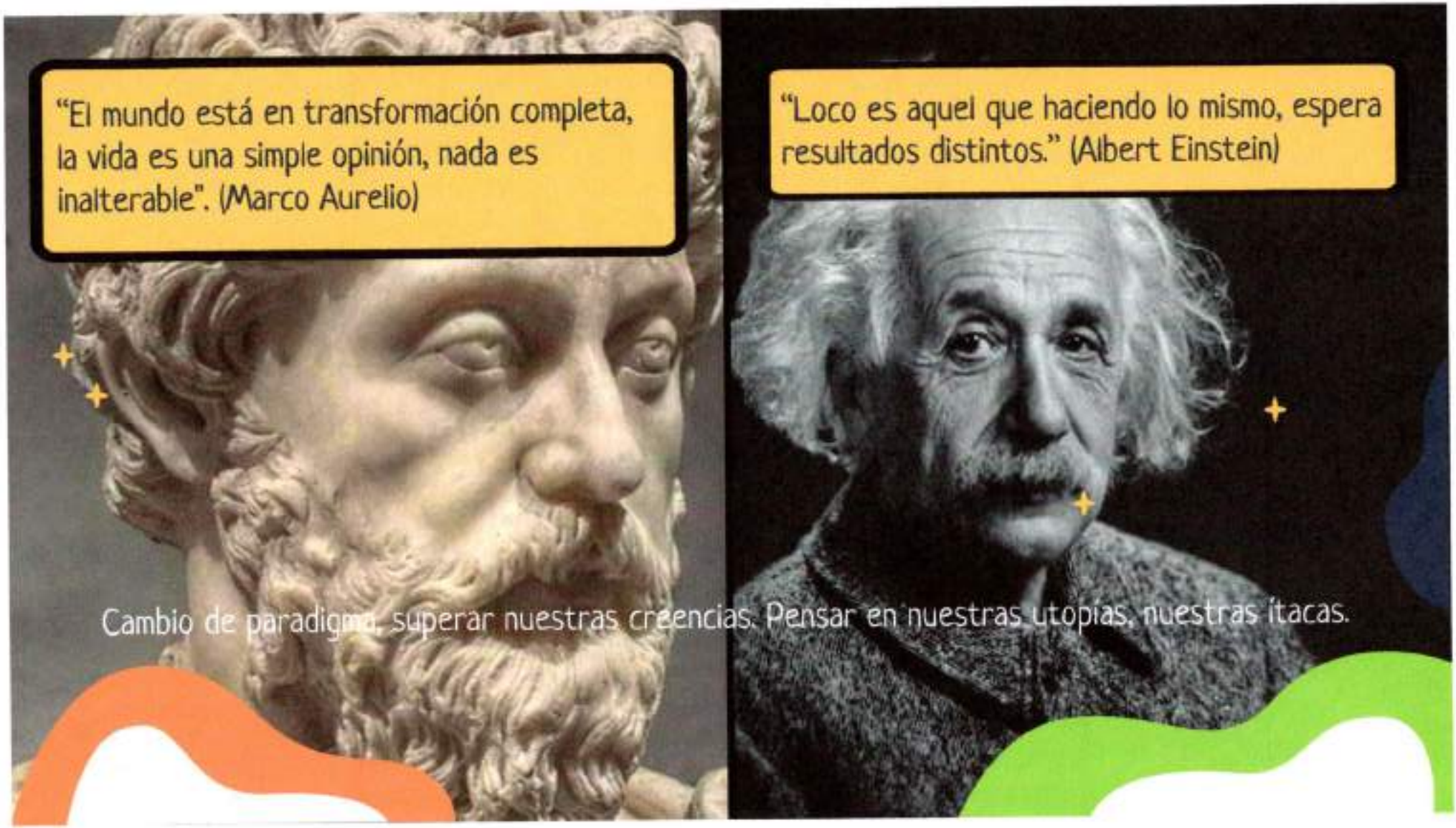
Ítaca

Ten siempre a Itaca en tu mente.
Llegar allí es tu destino.
Mas no apresures nunca el viaje.
Mejor que dure muchos años
y atracar, viejo ya, en la isla,
enriquecido de cuanto ganaste en el camino
sin aguantar a que Itaca te enriquezca.

Itaca te brindó tan hermoso viaje.
Sin ella no habrías emprendido el camino.
Pero no tiene ya nada que darte.

Aunque la halles pobre, Itaca no te ha engañado.
Así, sabio como te has vuelto, con tanta experiencia,
entenderás ya qué significan las Itacas.




"El mundo está en transformación completa, la vida es una simple opinión, nada es inalterable". (Marco Aurelio)
"Loco es aquel que haciendo lo mismo, espera resultados distintos." (Albert Einstein)
Cambio de paradigma, superar nuestras creencias. Pensar en nuestras utopías, nuestras ítacas.

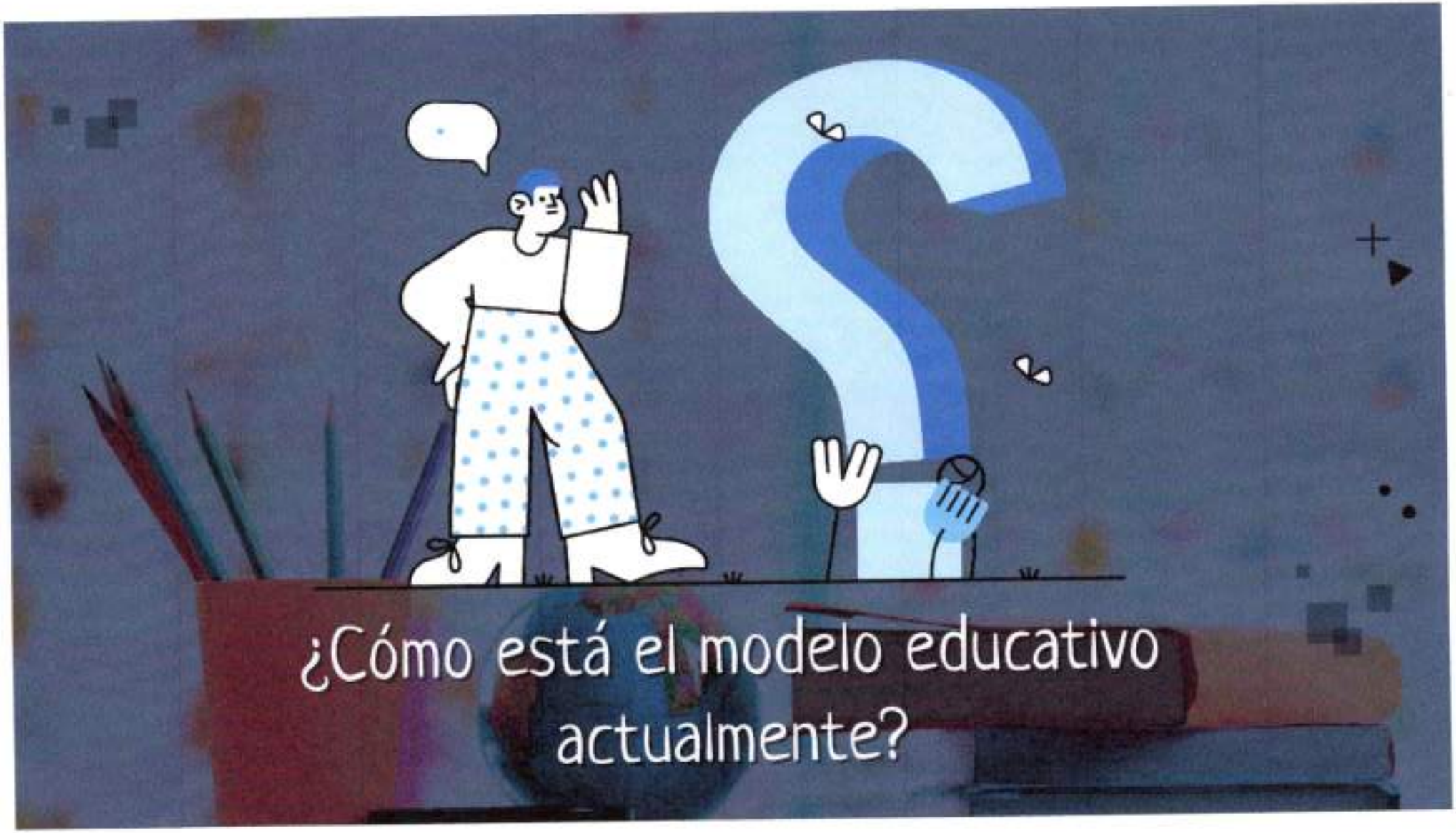


"El único auténtico viaje de descubrimiento, el único baúl de tesoros, no consiste en buscar nuevos paisajes, sino en tener nuevos ojos."

Marcel Proust (1871-1922) fue un novelista y crítico francés, cuya obra maestra, la novela En busca del tiempo perdido.



La educación debe capacitar al ser humano para llevar una vida verdaderamente humana, para que tenga hondura y profundidad en los conocimientos y brindan las herramientas necesarias para juzgar críticamente su ser personal y el mundo en el que habita.


¿Cómo está el modelo educativo
actualmente?

Las políticas educativas actuales pretenden modelar ciudadanos y trabajadores ***incapaces de pensar*** *de forma crítica y, así mismo, expertos en* ***trabajos tecnificados*** *adaptados al consumismo deshumanizado y utilitarista donde la* ***dignidad y el valor de la persona humana han sido reducidos a la mera utilidad.***



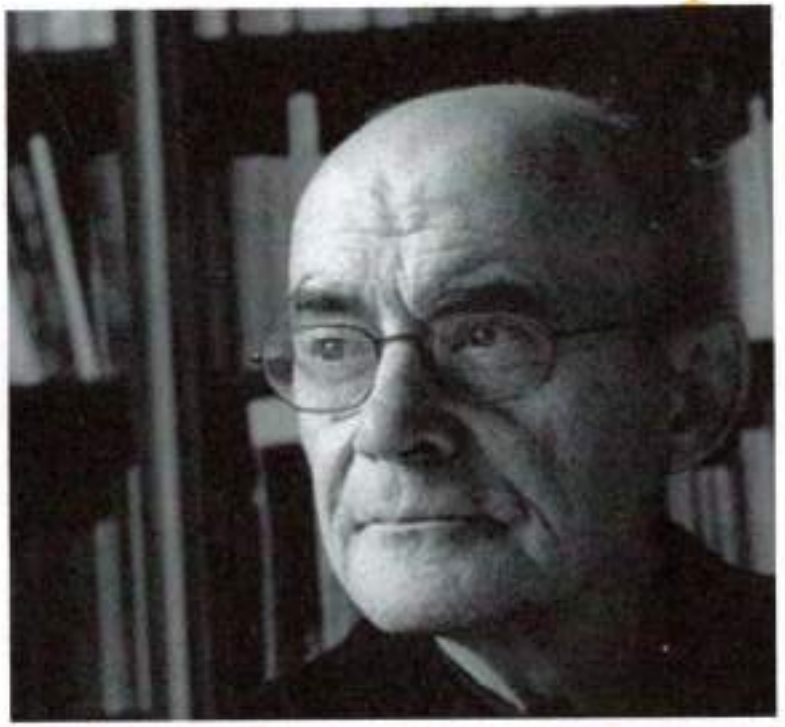
Jean-Luc Nancy

Las sociedades contemporáneas adolecen de un desacople social .

Debemos buscar una vacuna contra el afán de éxito y la dominación de la autodestrucción.

Necesitamos una educación sanadora, para una sociedad enferma.

¿Dónde está la educación para la vida?



Interocepción

Capacidad para entender y sentir lo que sucede dentro del cuerpo, a los que les falta esta capacidad no saben cuando tienen hambre ni sed o calor.





¿Cómo están evaluando la eficacia de la educación en Colombia y en el mundo?

1. ICFES
2. PISA
3. SERCE
4. TIMSS
5. TALIS

Adela Cortina

"Hay que educar en sabiduría moral, en tener sentido de la justicia y de la compasión. Esa debería ser una educación en el siglo XXI"...

Tomado de: https://ethic.es/entrevistas/adela-cortina-jose-antonio-marina/



El Principito. Antoine de Saint-Exupéry (1900-1944).



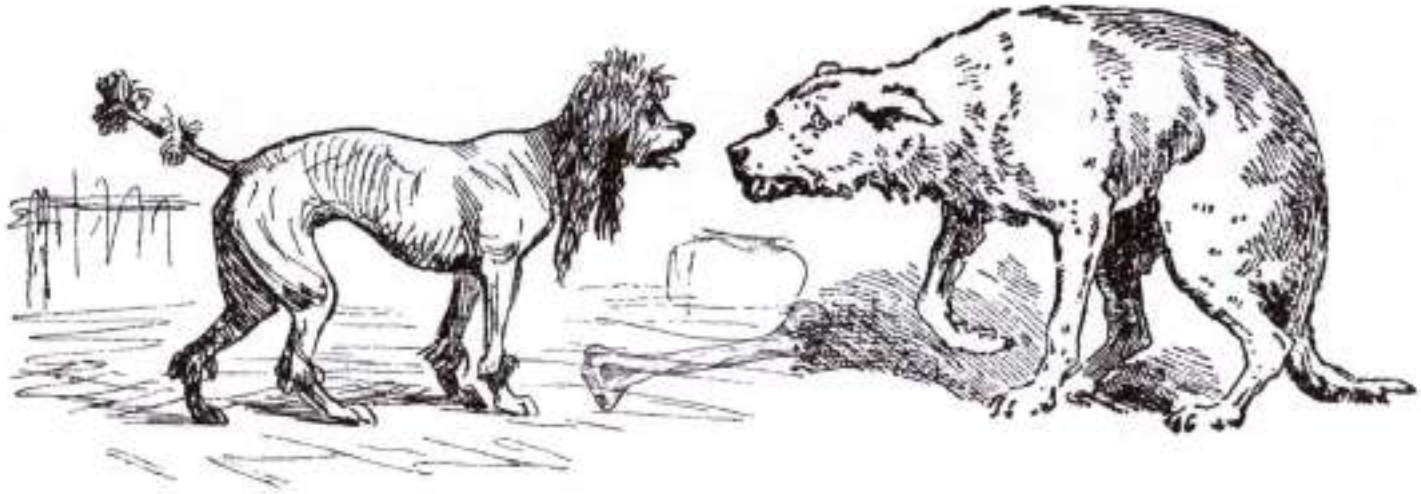
Ven a jugar conmigo -le propuso el principito-. ¡Estoy tan triste!
-No puedo jugar contigo -dijo el zorro-. No estoy domesticado.
-¡Ah! Perdón -dijo el principito. Pero después de reflexionar agregó:
-¿Qué significa domesticar?
-No eres de aquí -dijo el zorro al principito-. ¿Qué buscas?
-Busco amigos -dijo el principito-. ¿Qué significa "domesticar"?
-Es una cosa demasiada olvidada -dijo el zorro-. Significa "crear lazos".
-¿Crear lazos?
-Sí -dijo el zorro-. Para mí no eres todavía más que un muchachito semejante a cien mil muchachitos. Y no te necesito. Y tú tampoco me necesitas. No soy para ti más que un zorro semejante a cien mil zorros. Pero, si me domésticas, tendremos necesidad el uno del otro. Serás para mí único en el mundo. Seré para ti único en el mundo.

Qué es un rito ? - dijo el principito.
- Es algo también demasiado olvidado - dijo el zorro. - Es lo que hace que un día sea diferente de los otros días, una hora de las otras horas. Mis cazadores, por ejemplo, tienen un rito. El jueves bailan con las jóvenes del pueblo. Entonces el jueves es un día maravilloso ! Me voy a pasear hasta la viña. Si los cazadores bailaran en cualquier momento, todos los días se parecerían y yo no tendría vacaciones.

¿Según Nussbaum qué clase de personas, estudiantes y ciudadanos vamos a tener, si sigue primando el carácter mercantilista de la educación?

Personas con formación técnica que no saben cómo criticar la autoridad, útiles creadores de lucro con imaginaciones torpes. Personas con una torpeza codiciosa y una docilidad técnicamente capacitada que amenazan la vida misma de la democracia y que sin duda impiden la creación de una cultura mundial decente.
(Marta Nussbaum)

Choque de Civilizaciones





EUDAIMONIA

Es el florecimiento del ser humano. Conseguir ser más feliz, más humano y virtuoso.







¡Gracias!









EJERCICIO FISICO Y SALUD



CONSEJO DE ENTRENADOR

NO QUIERAS CAMBIAR TODO DE HOY PARA MAÑANA

PIENSA EN PROGRESAR UN POCO CADA DIA

Que es el ejercicio Físico







TEST 1

- ¿Cuántos días a la semana debemos hacer ejercicio?

TEST 1

- ¿Cuánto tiempo debemos destinar a esta tarea?

EJERCICIO FISICO Y SALUD

- Según la OMS (organización Mundial de la Salud) Está es la cantidad de actividad física Mínima por semana que debes hacer:

- 300m Actividad moderda (60 al 75% fc)



- 75m Actividad por encima del 75% fc máx.

De todo esto ¿Qué estas haciendo?

- 2 – 3 sesiones de Fuerza de 40 a 60'



- TOTAL: 8H Y 15M

NO QUIERAS CAMBIAR TODO DE HOY PARA MAÑANA

PIENSA EN PROGRESAR UN POCO CADA DIA

EJERCICIO FISICO Y SALUD

"Tu vida cambia en el momento en que tomas una decisión nueva, congruente y comprometida"

Tonny Robbins

EJERCICIO FISICO Y SALUD

COMPROMISO Y CONSTANCIA



CORPORED
CORPORACIÓN RED SOCIAL PARA EL DESARROLLO HUMANO
NIT. 900498618-3

PAZ Y SALVO

Yo **Rodrigo García Jara** identificado con cedula de ciudadanía N° 12.262.466 de Pitalito, Huila actuando como Profesional en Ciencias Sociales y/o Humanidades; CERTIFICO que la Corporación Red Social para el Desarrollo Humano con Nit 900.498.618-3, representada legalmente por la señora Claudia Yasmín Buitrago Bolívar con cedula de ciudadanía N° 40.388.214 de Villavicencio, Meta; se encuentra a PAZ Y SALVO por "PRESTACIÓN DE SERVICIOS LOGISTICOS PARA LA REALIZACIÓN DE LAS ACCIONES DE BIENESTAR, FORTALECIMIENTO, CAPACITACIONES Y MUESTRAS CULTURALES, DIRIGIDAS A LOS SERVIDORES PÚBLICOS DEL INSTITUTO DEPARTAMENTAL DE CULTURA DEL META, en desarrollo del contrato 374 del 20 de octubre de 2023.

Cordialmente,

Firma:

Nombre: RODRIGO GARCÍA JARA

C.C. 12.262.466 de Pitalito, Huila

Dirección: Torres de Salerno 2 Torre 5-104
Villavicencio-Meta
Cel 3114704816
Mail: corporacion.corpored@gmail.com

CORPORED
CORPORACIÓN RED SOCIAL PARA EL DESARROLLO HUMANO
NIT. 900498618-3

PAZ Y SALVO

Yo **Breiner Sebastián Sánchez** Molina identificado con cedula de ciudadanía N° 1120373270 de la Granada, Meta actuando como Cocinero Tradicional; CERTIFICO que la Corporación Red Social para el Desarrollo Humano con Nit 900.498.618-3, representada legalmente por la señora Claudia Yasmin Buitrago Bolívar con cedula de ciudadanía N° 40.388.214 de Villavicencio, Meta; se encuentra a PAZ Y SALVO por "PRESTACIÓN DE SERVICIOS LOGISTICOS PARA LA REALIZACIÓN DE LAS ACCIONES DE BIENESTAR, FORTALECIMIENTO, CAPACITACIONES Y MUESTRAS CULTURALES, DIRIGIDAS A LOS SERVIDORES PÚBLICOS DEL INSTITUTO DEPARTAMENTAL DE CULTURA DEL META, en desarrollo del contrato 374 del 20 de octubre de 2023.

Cordialmente

Firma: _____

Nombre: BREINER SEBASTIÁN SÁNCHEZ

C.C. 1120373270 de la Granada, Meta

Dirección: Torres de Salerno 2 Torre 5-104
Villavicencio-Meta
Cel 3114704816
Mail: corporacion.corpored@gmail.com

CORPORED
CORPORACIÓN RED SOCIAL PARA EL DESARROLLO HUMANO
NIT. 900498618-3

PAZ Y SALVO

Yo **Yeison Fernando Rivera Hernández** identificado con cedula de ciudadanía N° 1121914717 de Villavicencio, Meta actuando como Profesional para la Actividad de Intervención Física ; CERTIFICO que la Corporación Red Social para el Desarrollo Humano con Nit 900.498.618-3, representada legalmente por la señora Claudia Yasmín Buitrago Bolívar con cedula de ciudadanía N° 40.388.214 de Villavicencio, Meta; se encuentra a PAZ Y SALVO por "PRESTACIÓN DE SERVICIOS LOGISTICOS PARA LA REALIZACIÓN DE LAS ACCIONES DE BIENESTAR, FORTALECIMIENTO, CAPACITACIONES Y MUESTRAS CULTURALES, DIRIGIDAS A LOS SERVIDORES PÚBLICOS DEL INSTITUTO DEPARTAMENTAL DE CULTURA DEL META, en desarrollo del contrato 374 del 20 de octubre de 2023.

Cordialmente,

Firma: _____

Nombre: YEISON FERNANDO RIVERA HERNÁNDEZ

C.C. 1121914717 de Villavicencio, Meta

Dirección: Torres de Salerno 2 Torre 5-104
Villavicencio-Meta
Cel 3114704816
Mail: corporacion.corpored@gmail.com

CORPORED
CORPORACIÓN RED SOCIAL PARA EL DESARROLLO HUMANO
NIT. 900498618-3

PAZ Y SALVO

Yo **Gustavo Eriedy Vásquez Maldonado** identificado con cedula de ciudadanía N° 1759454 de Arauca, Arauca actuando como representante legal de la Corporación Cultural Cabrestero y del Show Musical Cabrestero; CERTIFICO que la Corporación Red Social para el Desarrollo Humano con Nit 900.498.618-3, representada legalmente por la señora Claudia Yasmín Buitrago Bolivar con cedula de ciudadanía N° 40.388.214 de Villavicencio – Meta; se encuentra a PAZ Y SALVO por "PRESTACIÓN DE SERVICIOS LOGISTICOS PARA LA REALIZACIÓN DE LAS ACCIONES DE BIENESTAR, FORTALECIMIENTO, CAPACITACIONES Y MUESTRAS CULTURALES, DIRIGIDAS A LOS SERVIDORES PÚBLICOS DEL INSTITUTO DEPARTAMENTAL DE CULTURA DEL META, en desarrollo del contrato 374 del 20 de octubre de 2023.

Cordialmente,

Firma: _____

Nombre: GUSTAVO ERIEDY VÁSQUEZ MALDONADO

C.C. 1759454 de Arauca, Arauca

Dirección: Torres de Salerno 2 Torre 5-104
Villavicencio-Meta
Cel 3114704816
Mail: corporacion.corpored@gmail.com

ACADEMIA CABRESTERO

LA ACADEMIA DE FORMACIÓN ARTÍSTICA Y CULTURAL "CABRESTERO", es una institución de carácter cultural, creada desde el doce (12) de noviembre de dos mil cuatro (2004). Desde entonces, hemos trabajado principalmente en la enseñanza de la danza llanera y creación de shows y espectáculos a gran formato. Contamos con un elenco de integrantes entre músicos, bailarines, cantantes, diseñadoras y confeccionistas de trajes típicos, coordinador y director general. Con una Trayectoria de 16 Años en la formación Artística y Cultural Llanera, hemos sido Campeones de los Principales eventos nacionalese Internacionales de Danza Llanera y principales formadores de la danza en el Departamento del Meta.

Por tal razón, certificamos que los alumnos que mencionaremos a continuación, hacen parte de nuestro elenco de bailadores elite profesional de joropo tradicional y espectáculo, los cuales cuentan con una trayectoria artistica de 9 años, adquirida en nuestra institución.

PAREJAS DE BAILE	
LIZETH CELESTE PEREZ CC. 1006825490	BRAYAN FERNANDEZ CC. 1006823511
NIKOLL MARIAN SUAREZ CC. 1007702890	BRAYAN BAQUERO CC. 1121960048
PAULA PRIETO CC. 1122506889	LEONEL MENDOZA CC. 7063280
GLADYS RUBIO CC. 1193092766	JAIDER CUBIDES CC. 1006773630
ANGIE VANEGAS CC. 1007702791	WILLIAM PEREZ CC. 96193809
VALENTINA PARRADO CC. 1006822226	EDUARDO PEREZ CC. 1007749568
DANNA ORTEGA CC. 1192719962	BRAYAN AMAYA CC.1006775552
ANDREA BELTRAN CC. 40341473	JORGE ENCISO CC.1119890172
PAULA VASQUEZ CC. 1006823848	CARLOS CEDIEL CC. 1006457104
ANGIE MORENO CC. 1122921178	ERIK SANTIAGO TRIANA CC. 1031641130
CAMILA ARIAS CC. 1007960055	KAROL DZIEGUEL CC. 17339360
BIANKA CORTES CC. 1193067504	JORGE VASQUEZ CC. 1116852100
CANTANTES DE MÚSICA LLANERA	
GUSTAVO VASQUEZ C.C. 17546513	MARIA ALEJANDRA CASTILLO MORENO C.C. 1121906431

Cordialmente,

GUSTAVO VASQUEZ
DIRECTOR

CORPORED

NIT. 900498618-3

PAZ Y SALVO

Yo **Diana Valentina Fernández Martinez** identificada con cedula de ciudadanía N° 1007627572 de la Mesa, Cundinamarca actuando como Cantante de música Tropic Pop; CERTIFICO que la Corporación Red Social para el Desarrollo Humano con Nit 900.498.618-3, representada legalmente por la señora Claudia Yasmin Buitrago Bolívar con cedula de ciudadanía N° 40.388.214 de Villavicencio, Meta; se encuentra a PAZ Y SALVO por **"PRESTACIÓN DE SERVICIOS LOGISTICOS PARA LA REALIZACIÓN DE LAS ACCIONES DE BIENESTAR, FORTALECIMIENTO, CAPACITACIONES Y MUESTRAS CULTURALES, DIRIGIDAS A LOS SERVIDORES PÚBLICOS DEL INSTITUTO DEPARTAMENTAL DE CULTURA DEL META**, en desarrollo del contrato 374 del 20 de octubre de 2023.

Cordialmente,

Firma.

Nombre: DIANA VALENTINA FERNÁNDEZ MARTÍNEZ

C.C. 1007627572 de la Mesa, Cundinamarca

Dirección: Torres de Salerno 2 Torre 5-104
Villavicencio-Meta
Cel 3114704816
Mail: corporacion.corpored@gmail.com

CORPORED
CORPORACIÓN RED SOCIAL PARA EL DESARROLLO HUMANO
NIT. 900498618-3

PAZ Y SALVO

Yo **Yeison García García** identificado con cedula de ciudadanía N° 1121829618 de Villavicencio, Meta actuando como Cantante de música Tropic Pop; CERTIFICO que la Corporación Red Social para el Desarrollo Humano con Nit 900.498.618-3, representada legalmente por la señora Claudia Yasmin Buitrago Bolívar con cedula de ciudadanía N° 40.388.214 de Villavicencio, Meta; se encuentra a PAZ Y SALVO por **"PRESTACIÓN DE SERVICIOS LOGISTICOS PARA LA REALIZACIÓN DE LAS ACCIONES DE BIENESTAR, FORTALECIMIENTO, CAPACITACIONES Y MUESTRAS CULTURALES, DIRIGIDAS A LOS SERVIDORES PÚBLICOS DEL INSTITUTO DEPARTAMENTAL DE CULTURA DEL META"**, en desarrollo del contrato 374 del 20 de octubre de 2023.

Cordialmente,

Firma:

Nombre: YEISON GARCÍA GARCÍA

C.C. 1121829618 de Villavicencio, Meta

Dirección: Torres de Salerno 2 Torre 5-104
Villavicencio-Meta
Cel 3114704816
Mail: corporacion.corpored@gmail.com

San Martín; 30 noviembre de 2023

Señores
INSTITUTO DEPARTAMENTAL DE CULTURA DEL META
San Martín

INFORME DE SUPERVISIÓN
CONTRATO No.374 DE 2023
ÚNICO PERIODO DEL 20 DE OCTUBRE AL 19 DE NOVIEMBRE DE 2023

OBJETIVO DEL INFORME: Mantener informada al instituto departamental de cultura del Meta sobre el desarrollo del contrato objeto de este informe, presentar evidencias de su ejecución y verificar que las actividades realizadas sean hechas con calidad y en los términos adecuados.

1. INFORMACIÓ DEL CONTRATO

CONTRATO No.:	374 de 20 de octubre de 2023		
CLASE DE CONTRATO:	CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS LOGISTICOS		
CONTRATISTA:	CORPORACION RED SOCIAL PARA EL DESARROLLO "CORPORED" R/L CLAUDIA YASMÍN BUITRAGO BOLIVAR		
OBJETO: PRESTACIÓN DE SERVICIOS LOGISTICOS PARA LA REALIZACIÓN DE LAS ACCIONES DE BIENESTAR, FORTALECIMIENTO, CAPACITACIONES Y MUESTRAS CULTURALES, DIRIGIDAS A LOS SERVIDORES PÚBLICOS DEL INSTITUTO DEPARTAMENTAL DE CULTURA DEL META.			
CONDICIONES INICIALES			
VALOR DEL CONTRATO:	CIENTO OCHENTA Y CUATRO MILLONES NOVECIENTOS NOVENTA Y NUEVE MIL NOVECIENTOS NOVENTA Y SIETE PESOS CON SETENTA Y SIETE CENTAVOS DE PESOS ($184.999.997,77) M/CTE, INCLUIDO IVA, SI A ESTE HUBIESE LUGAR		
PLAZO DE EJECUCIÓN:	UN (01) MES		
FECHA DE INICIO:	20 DE OCTUBRE DE 2023		
FECHA DE TERMINACIÓN:	19 DE NOVIEMBRE DE 2023		
PROYECTO:	FUNCIONAMIENTO		
SUPERVISOR:	JORGE DAVID PEREZ BARRETO		
FECHA DEL INFORME:	30 DE NOVIEMBRE DE 2023		
MODIFICACIONES:			
CESIÓN:		FECHA:	
ADICIONAL EN VALOR:		FECHA:	
PRORROGAS :		FECHA:	
FECHA DE TERMINACIÓN:			

Nit. 822002144-3
Cra. 8 # 4:50 Barrio Los Fundadores
San Martin de los Llanos – Colombia
Telefono: (8) 6 716222 Cel. 3123789608
Linea gratuita: 01-8000-95-0101
E-mail: contacto@culturameta.gov.co
www.culturameta.gov.co

COPIA CONTROLADA

2. DESARROLLO DEL CONTRATO:

Mediante su cláusula Octava del contrato de prestación de servicios logísticos No. 374 de 2023, se me designó como supervisor del contrato objeto de este informe, así, en cumplimiento de las funciones establecidas, me permito informar el desarrollo correspondiente al **ÚNICO PERIODO** que va del **20 DE OCTUBRE AL 19 DE NOVIEMBRE DE 2023** en los siguientes aspectos:

AVANCE EN LA EJECUCIÓN DEL CONTRATO:

3. ACTIVIDADES DESARROLLADAS:

Programar con el supervisor del contrato, el desarrollo de cada una de las actividades contratadas, en alcance al objeto contractual.

- ✓ Desarrollo de dos (2) talleres teóricos y prácticos, con una intensidad de dieciséis (16) horas cada uno, ocho (8) presenciales y ocho (8) teóricas, donde se garanticen las herramientas y elementos pedagógicos que refuercen los conocimientos transmitidos en el proceso de formación. Un (1) profesional en Psicología y especialización en salud familiar, con dos (02) años de experiencia especifica en procesos de intervención y /o sensibilización en desarrollo organizacional.

Desarrollo de la actividad: El contratista se encargó de implementar un programa formativo destinado al fortalecimiento de competencias en los funcionarios del Instituto Departamental del Cultura del Meta en el ámbito de Desarrollo Organizacional. Este espacio de formación fue diseñado con el objetivo de consolidar el conjunto de valores, creencias y entendimientos dentro de la entidad, haciendo hincapié en aspectos fundamentales relacionados con el comportamiento, la comunicación, el lenguaje, el liderazgo.

- ✓ Desarrollo de cuatro (4) talleres teóricos y prácticos, con una intensidad de ocho (8) horas cada uno, donde se garanticen las herramientas y elementos pedagógicos que refuercen los conocimientos transmitidos en el proceso de formación. Un (1) profesional en ciencias sociales y/o humanidades, con título de maestría en Teología y/o del área de las ciencias sociales y humanas. Con diez (10) de experiencia laboral y cinco (05) años especifica en el área de las ciencias sociales y humanas.

Nit. 822002144-3
Cra. 8 # 4:50 Barrio Los Fundadores
San Martin de los Llanos – Colombia
Telefono: (8) 6 716222 Cel. 3123789608
Linea gratuita: 01-8000-95-0101
E-mail: contacto@culturameta.gov.co
www.culturameta.gov.co

COPIA CONTROLADA

Desarrollo de la actividad: El contratista se encargó de diseñar un programa formativo destinado al fortalecimiento de competencias y conocimientos en los funcionarios del Instituto Departamental de Cultura del Meta. El enfoque de la formación se centra en normas, procesos y herramientas de gestión.

- ✓ Desarrollo de dos (2) talleres teóricos y prácticos, con una intensidad de ocho (8) horas cada uno, donde se garanticen las herramientas y elementos pedagógicos que refuercen los conocimientos transmitidos en el proceso de formación. Un (1) cocinero tradicional con un (1) año de experiencia en laboratorios de creación y divulgación de cocina tradicional para la trasferencia de conocimientos sobre cultura y patrimonio inmaterial asociado a la cocina tradicional y a la misión de la entidad.

Desarrollo de la actividad: El contratista diseñó y ejecutó un espacio de formación experimental dirigido a fortalecer las competencias de los funcionarios del Instituto Departamental del Cultura del Meta en lenguaje claro, comunicación asertiva y conocimientos del sector misional de la entidad. Esta iniciativa se fundamentó en la exploración de manifestaciones artísticas, así como en la comprensión y divulgación de los saberes y oficios tradicionales, especialmente enfocados en la cocina tradicional metense. Este espacio se concibió como una herramienta para la difusión, transmisión y preservación de estos conocimientos arraigados en la cultura local.

- ✓ Desarrollo de espacios de bienestar para los funcionarios del Instituto Departamental de Cultura del Meta donde se fortalezca el desarrollo de hábitos de vida saludables, se refuercen hábitos de salud mental y equilibrio psicosocial.

Desarrollo de la actividad: El contratista planificó una jornada integral de bienestar, con una duración de ocho horas, que abarcó actividades físicas, recreativas y psicosociales. Se asegurará la disponibilidad de herramientas pedagógicas para reforzar los conocimientos adquiridos en el proceso de formación. Se diseña en actividades de presentación cultural, incluyendo una musical de un grupo de música tropipop durante dos horas, compuesta por dos artistas y su grupo musical con al menos cuatro integrantes, con amplia experiencia en festivales y encuentros artísticos.

Asimismo, se programó una presentación musical de música llanera, con treinta personas en escena, incluyendo doce parejas de baile, un grupo base de cuatro músicos, dos cantantes reconocidos a nivel departamental, con experiencia en eventos culturales y al menos dos contratos con entidades públicas. o privados

Nit. 822002144-3
Cra. 8 # 4-50 Barrio Los Fundadores
San Martin de los Llanos – Colombia
Telefono: (8) 6 716222 Cel. 3123789608
Linea gratuita: 01-8000-95-0101
E-mail: contacto@culturameta.gov.co
www.culturameta.gov.co

COPIA CONTROLADA

Cada actividad musical se seleccionó cuidadosamente para garantizar la interacción de los participantes y la transmisión de conocimientos sobre la danza tradicional llanera. Además, se llevó a cabo una intervención física con un profesional de licenciatura en educación física, con más de dos años de experiencia en actividades de bienestar institucional, destinada a reforzar hábitos de vida saludable durante dos horas.

El contratista garantizó el cumplimiento puntual de todas las actividades en el horario establecido, respetando las fechas y asegurando la integridad del contenido acordado en el contrato. Además, presentó de manera oportuna todos los informes de ejecución, así como los requerimientos e información solicitada por la supervisión del proyecto.

Asimismo, el contratista se encargó de gestionar la logística, servicios, recursos y transporte necesarios tanto en el perímetro urbano como rural, sin que estos costos fueran transferidos al Instituto Departamental de Cultura del Meta. Llevé a cabo todas las actividades según el cronograma establecido, cumpliendo con las especificaciones técnicas en calidad y cantidad, de acuerdo con los anexos, fichas técnicas, pliego de condiciones y la propuesta.

El contratista también acató las sugerencias de la supervisión que buscaban mejorar el proceso, cumplió con los requisitos legales para los servicios de transporte y demás actividades contempladas en el contrato. Además, reconoció que las actividades al aire libre estaban sujetas a las condiciones climáticas del Municipio de Villavicencio y San Martín, evaluadas por el supervisor antes de la planificación, con el objetivo de garantizar la seguridad de los participantes. Por último, garantice la implementación de medidas de seguridad necesarias para la protección del personal involucrado en las actividades contempladas en la ejecución del contrato.

PORCENTAJE DE AVANCE FÍSICO EJECUTADO DEL TOTAL DEL CONTRATO: 100%

CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES DE SEGURIDAD SOCIAL:

Certifico que verifiqué el cumplimiento del pago de aportes a la seguridad social (salud, pensión y ARL) correspondiente al periodo del presente informe como se relaciona a continuación:

Nit. 822002144-3
Cra. 8 # 4:50 Barrio Los Fundadores
San Martin de los Llanos – Colombia
Telefono: (8) 6 716222 Cel. 3123789808
Linea gratuita: 01-8000-95-0101
E-mail: contacto@culturameta.gov.co
www.culturameta.gov.co

COPIA CONTROLADA

CONCEPTO	MES
Periodo Cotizado	**OCTUBRE**
IBC (Ingreso Base de Cotización)	1.160.000
Número de Planilla	70784450
Valor pagado en SALUD	46.600
Valor pagado en PENSIÓN	186.400
Valor pagado en ARL	6.200

CONCEPTO	MES
Periodo Cotizado	**NOVIEMBRE**
IBC (Ingreso Base de Cotización)	1.160.000
Número de Planilla	71544092
Valor pagado en SALUD	47.000
Valor pagado en PENSIÓN	188.000
Valor pagado en ARL	6.200

CONCEPTO	MES
Periodo Cotizado	**DICIEMBRE**
IBC (Ingreso Base de Cotización)	1.160.000
Número de Planilla	287433890
Valor pagado en SALUD	46.400
Valor pagado en PENSIÓN	185.600
Valor pagado en ARL	6.100

Nota: Se anexa certificación de paz y salvo de los últimos seis meses de pagos de seguridad social, firmada por la representante legal Claudia Yasmin Buitrago Bolívar y por el Contador de la empresa Diego Armando Sánchez, como consta en los documentos adjuntos.

1. BALANCE FINANCIERO DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO A LA FECHA

CONCEPTO	VALOR	PERIODO DEL PAGO	PORCENTAJE EJECUCIÓN FINANCIERA
ANTICIPO	N/A	N/A	N/A
PRIMER PAGO AUTORIZADO CON EL PRESENTE INFORME	184.999.997,77	20/10/2023 al 19/11/2023	100%
SALDO DEL CONTRATO PENDIENTE POR EJECUTAR	0	20/10/2023 al 19/11/2023	0%

VALOR TOTAL DEL CONTRATO	184.999.997,77	20/10/2023 al 19/11/2023	100%

Nota: Se debe eliminar o insertar filas según el número de pagos que se han realizado

CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO

De acuerdo a la información anteriormente suministrada, como supervisor certifico que durante el **ÚNICO PERIODO** comprendido del 20 DE OCTUBRE AL 19 DE NOVIEMBRE DE 2023, el contratista:

Cumplimiento	Si	No
Presenta informe con las actividades y el objeto del contrato, además todas las obligaciones pactadas y acredita certificaciones con el pago del sistema de seguridad social correspondiente al mes de octubre, noviembre y diciembre de 2023.	X	

Nota: Se debe seleccionar si o no de acuerdo al cumplimiento del contratista

Por lo anterior se autoriza el pago correspondiente al periodo relacionado por valor de **CIENTO OCHENTA Y CUATRO MILLONES NOVECIENTOS NOVENTA Y NUEVE MIL NOVECIENTOS NOVENTA Y SIETE PESOS CON SETENTA Y SIETE CENTAVOS DE PESOS ($184.999.997,77) M/CTE**.

Certifico que toda la información contenida en el presente informe fue verificada física y documentalmente por el suscrito.

ANEXOS:

Soportes pago de seguridad social correspondientes al mes de octubre, noviembre y diciembre del 2023.

JORGE DAVID PEREZ BARRETO
Supervisor.

Nit. 822002144-3
Cra 8 # 4.50 Barrio Los Fundadores
San Martin de los Llanos – Colombia
Telefono: (8) 6 716222 Cel. 3123789606
Línea gratuita: 01-8000-95-0101
E-mail: contacto@culturameta.gov.co
www.culturameta.gov.co

COPIA CONTROLADA