



Código: APGFITESFÓ-01	CONCEJO MUNICIPAL DE PASTO		CONCEJO MUNICIPAL DE PASTO
Vigencia: 07/05/2023			
Versión: 02	FORMATO LISTA DE CHEQUEO PARA PAGO DE PROVEEDORES Y CONTRATISTAS		

Nombre del Tercero:	GIRALDO BENAVIDEZ LOPEZ							
	12.995.238	Tipo de Identificación:	C.C	<input checked="" type="checkbox"/>	NIT:	<input type="checkbox"/>	OTRO	<input type="checkbox"/>


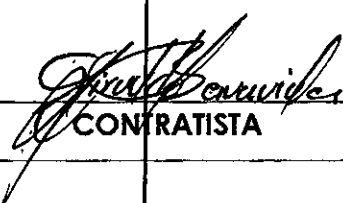
DISPONIBILIDAD PRESUPUESTAL	NA	
CERTIFICADO REGISTRO PRESUPUESTAL	NA	
CAUSACION	X	
RUT	NA	
CEDULA DE CIUDADANIA	NA	
PLANILLA INTEGRADA DE LIQUIDACIÓN DE APORTES - PILA	X	
CERTIFICACION BANCARIA	NA	
FACTURA ELECTRONICA O CUENTA DE COBRO	X	
CERTIFICADO CUMPLIMIENTO FIRMADO POR SUPERVISOR DECONTRATO	X	
LIQUIDACION PARA PAGO CON DESCUENTOS A QUE HAYA LUGAR	X	

NOMBRE Y FIRMA DEL PROFESIONAL DE TESORERIA:	
---	---

Código: APGSGSGEFO-04	CONCEJO MUNICIPAL DE PASTO	 CONCEJO MUNICIPAL DE PASTO
Vigencia: 24-04-2025		
Versión: 02	FORMATO LISTA DE CHEQUEO PARA TRAMITE DE PAGO CONTRATISTAS ADMINISTRATIVOS Y UNIDADES DE APOYO	

FORMATO LISTA DE CHEQUEO PARA PAGO DE CONTRATISTAS ADMINISTRATIVOS Y UNIDADES DE APOYO

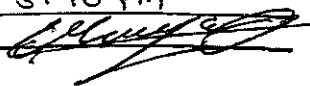
Item	DOCUMENTO	VERIFICACIÓN	No. de Folio
1.	Formato APGSGSGEFO-03: Certificado de Pagos Versión 06.	—	7
2.	Formato APGSGSGEFO-02: Informe de Actividades Administrativos		
3.	Formato APGSGSGEFO-06: Informe de Actividades Unidades de Apoyo .	—	2 - 4
4.	Anexos de las Actividades desarrolladas en el mes cuando apliquen y se puedan evidenciar.	—	5 - 6
5.	Planilla de Pago de los aportes a Seguridad Social correspondiente al mes que se está cobrando.	—	7
Total de Folios:			7


FECHA DE RECEPCIÓN	FECHA DE ENTREGA
Nombre:  RECÉPCIONISTA	Nombre:  CONTRATISTA


Espacio exclusivo para diligenciar por la Oficina de Control interno - SGC



CONTROL DE CAMBIOS			
FECHA	VERSION ANTERIOR	VERSION ACTUAL	MOTIVO DE CAMBIO
24/04/2025	01	02	El presente formato ha sido actualizado por sugerencia del Área del Sistema de Gestión de Calidad, con el objetivo de asegurar la eficacia, transparencia y cumplimiento de las normas aplicables a nuestros documentos.

CONCEJO MUNICIPAL - PASTO
 RADICACIÓN No. 1968

Día: 27-10-2025
 Hora: 5:48 pm
 Recibido: 

Código: APGSGSGEFO-03	CONCEJO MUNICIPAL DE PASTO			 CONCEJO MUNICIPAL DE PASTO	
Vigencia: 01/08/2025					
Versión: 06	CERTIFICACIÓN DE RECIBO A SATISFACCIÓN DE BIENES Y/O SERVICIOS Y AUTORIZACIÓN DE DESEMBOLSOS				
Contrato No.	2025031	Año		2025	
Contratista / Entidad:	GIRALDO BENAVIDES LOPEZ				
Cargo según Contrato:	Unidad de Apoyo				
Dirección:	PORTAL DE ARANDA	Teléfono:	315377834		
Identificación (Cédula/NIT)	12.995.238	Correo electrónico:	ramonavictoria14522@gmail.com		
Nombre del supervisor:	AYDE ELIANA CORAL				
Cargo del Supervisor:	Técnico Administrativo				
Lugar de Ejecución	Pasto, Nariño	No. Teléfono:	6027231037		
Dirección:	Carrera 25 Calle 19 Casa de Don Lorenzo				
Correo electrónico del Supervisor:	actas@concejodepasto.gov.co				
Fecha de inicio:	11 de febrero de 2025	Fecha terminación:	30 de noviembre de 2025		
Valor Inicial del contrato:					\$ 19.618.140,00
Valor de Adición No. X:					\$ 0,00
Valor Total del Contrato:					\$ 19.618.140,00
Valor Pago Mensual o como se haya pactado:					\$ 1.961.814,00
Prórroga (días):	N.A				
Fecha Inicio de Prorroga:	N.A	Nueva Fecha de Terminación:	N.A		
Suspensión (días):	N.A				
Terminación anticipada:	N.A				
Cesión:	N.A				
Cedente/Cesionario:	N.A				
Tipo de pago que aplica:	Pago # 8 del mes de septiembre año 2025				
Numero Cuenta bancaria	88165395233	Entidad Bancaria:	Bancolombia	Tipo de Cuenta	Ahorros
Valor a pagar:				\$ 1.961.814,00	
En mi calidad de supervisor y/o interventor del contrato No.:	2025031	de	2025	CERTIFICO QUE:	
El/La contratista	giraldo benavides lopez				
Cumplió con las obligaciones contraídas en el CONTRATO, presentando el respectivo informe de actividades desarrolladas, productos y demás obligaciones pactadas en el contrato y en el periodo señalado en el concepto del pago, correspondiente al contrato.					
El Funcionario responsable de la Oficina de SG-SST CERTIFICA que:					
a) El/La contratista dio cumplimiento a los aportes al Sistemas de Seguridad Social Integral y Parafiscales correspondientes, de conformidad con lo dispuesto en el Artículo 50 de la Ley 789 de 2002, información que se puede constatar en la Planilla. b) El/La contratista cumple con el pago conforme al Índice Base de Cotización (IBC) correspondiente al 40% del pago mensual del Contrato.					
Como Supervisor de este contrato CERTIFICO que:					
a) He cumplido las funciones de verificación, vigilancia y control frente al cumplimiento del objeto del contrato, de conformidad con lo establecido en la Resolución de delegación de supervisión del Concejo Municipal de Pasto. b) Se verifico que el funcionario responsable de la oficina de SG - SST comprobara el cumplimiento por parte del contratista con los aportes al Sistemas de Seguridad Social Integral y Parafiscales correspondientes, de conformidad con lo dispuesto en el Artículo 50 de la Ley 789 de 2002, información que se puede constatar en la Planilla. c) Los soportes de las actividades desarrolladas se entregaron por parte del contratista en medio impreso o digital, los cuales fueron anexados al presente informe. (Aplica para contratos Publicados en SECOP I y II) d) El contratista ha cumplido con el objeto del contrato.					

El/la contratista cumplió a satisfacción y dentro de los términos con todas las obligaciones establecidas contractualmente. Por lo anterior, se autoriza pagar a el/la contratista la suma de:		\$ 1.961.814,00
Que el informe de actividades y sus anexos, soporte de este pago se encuentra debidamente aprobados.		
El contrato cuenta con garantías contractuales aprobadas y vigentes (en los casos que aplica).		
Toda la información plasmada en este documento fue tomada del contrato y/o convenio y verificada con el contratista		
Observaciones:		
La presente certificación se firma en el mes de:	Septiembre	
Nombre del Supervisor del Contrato:	Ayde Eliana Coral Gozalez	
Cargo del supervisor:	Tecnico Administrativo	
Estado certificación de recibo a satisfacción de bienes y/o servicios y autorización de desembolsos.	 Revisado y Autorizado	
El supervisor certifica que el/la contratista cumplió y dentro de los términos contractuales con todas las obligaciones establecidas en el periodo.		\$ 1.961.814,00

VES Valentina Erazo Salas Seguridad y Salud en el Trabajo	 Maria Camila Velasquez Paz Asesora Financiera	 Willian Andres Meneses Rivadeneira Presidente
---	---	--

Espacio exclusivo para diligenciar por la Oficina de Control Interno - SGC

CONTROL DE CAMBIOS			
FECHA	VERSION ANTERIOR	VERSION ACTUAL	MOTIVO DE CAMBIO
16/04/2024	2	3	Actualización según las necesidades vigente del Concejo Municipal de Pasto para mejorar el control, la verificación y el seguimiento de las actividades que cumplen los contratistas.
9/05/2024	3	4	Actualización según los requerimientos y observaciones realizadas desde la Secretaría General, en relación a la CERTIFICACIÓN emitida por el Supervisor.
20/05/2024	4	5	Actualización según los requerimientos y observaciones realizadas por parte de la Coordinadora de SG-SST, para incluir la CERTIFICACIÓN por parte de SST Seguridad Social Integral y Parafiscales y el IBC.
1/08/2025	5	6	Actualización según los requerimientos y observaciones realizadas desde el area Jurídica, para lo cual se procede ajustar el formato existente, contribuyendo directamente a nuestros objetivos de mejora continua de la Corporación.

Código: APGSGSGEFO-06
 Vigencia: 01/08/2025
 Versión: 02

CONCEJO MUNICIPAL DE PASTO
FORMATO INFORME DE ACTIVIDADES
UNIDADES DE APOYO



Nombre del Contratista:	GIRALDO BENAVIDES LOPEZ						
Número de Identificación:	12995238	Tipo de Identificación:	C.C	X	NIT:		OTRO
Número de Contrato:	Tipo de Contrato:						
2025031	Prestación de Servicios de Apoyo a la Gestión						
Objeto del Contrato:	UNIDAD DE APOYO						
Fecha de Suscripción del Contrato:	11 de febrero de 2025						
Plazo de Ejecución Inicial:	10 MESES						
Fecha Acta de Inicio:	11	02	2025	Fecha de Terminación:	30	11	2025

CDP							
	7	02	25	2025000085	2.1.18.2.1.2.02.02.008.1.2.1.0.0 0.1.004		\$19.618.140
RDP	11	02	25	2025000085	2.1.18.2.1.2.02.02.008.1.2.1.0.0 0.1.004		\$19.618.140


Prorroga No.	Fecha			Plazo Adicionado	Nuevo Plazo de Ejecución	Nueva Fecha de Terminación
N/A				N.A.	N.A.	N.A.

Adición No.	Fecha			Valor Adicionado	Nuevo Valor del Contrato
N/A				\$ N.A.	\$ N.A.

CDP				Evento	
				N.A.	\$
RDP				N.A.	\$

CESIÓN
 Este informe se genera únicamente cuando aplica a su contrato.

Cesión No.	Fecha	A quien cede	Valor del saldo Contrato

Código: APGSGSGEFO-06	CONCEJO MUNICIPAL DE PASTO	 CONCEJO MUNICIPAL DE PASTO
Vigencia: 01/08/2025		
Versión: 02	FORMATO INFORME DE ACTIVIDADES UNIDADES DE APOYO	

N/A				N.A.	\$	N.A.
CDP				N.A.	N.A.	\$
				N.A.	N.A.	\$
RDP				N.A.	N.A.	\$

Suspensión No.	N.A.	Causa	Período de Suspensión
Nueva Fecha de Terminación:		N.A.	DE: ___/___/___ A: ___/___/___
D	M	A	

Acta de Modificación / Aclaración No.	Fecha	Descripción de la Modificación
N.A.	D M A	N.A.

Valor Total del Contrato	\$19.618.140 ✓
Valor Ejecutado a la Fecha	\$15.694.512 -
Valor de Pago según Contrato	\$1.961.814
Saldo Pendiente por Ejecutar	\$3.923.628 ✓

No. de Informe:	8 ✓	Tipo de Informe:	PARCIAL	X	FINAL
Cuenta de cobro:	No. 8 ✓	Factura:	No. / N.A. ✓		
Período Aplicado:	SEPTIEMBRE DEL 2025 ✓				
Valor por cobrar en letras:	UN MILLON NOVECIENTOS SESENTA Y UN MIL OCHOSIENTOS CATORCE				
Valor por cobrar en números:	\$1.961.814 ✓				

No.	OBLIGACIÓN	ACTIVIDADES
1	Apoyar, en la gestión del (la) Concejal referente a la elaboración de los proyectos que se presente al Concejo Municipal, en lo que se refiere	SE HABLO CON LA SEÑORA VICTORIA LOPEZ DEL CORREGIMIENTO DE OBONUCO, PARA VER SI HAY LA POSIBILIDAD DE SACAR UN PROYECTO PARA LAS PERSONAS DE LA TERCERA EDAD. SOBRE MANUALIDADES.



Código: APGSGSGEFO-06

Vigencia: 01/08/2025

Versión: 02

CONCEJO MUNICIPAL DE PASTO


FORMATO INFORME DE ACTIVIDADES
UNIDADES DE APOYO



CONCEJO
MUNICIPAL DE PASTO

	a recolección de información, datos estadísticos o encuestas si es necesario.		
2	Llevar en detalle, el desarrollo de las propuestas del (la) Concejal y remitir al mismo, cualquier informe o correspondencia existente sobre el asunto.	SE LLEVA UN ORDEN DE LAS ACTIVIDADES REALIZADAS DEL CONSEJAL DEL MES DE SEPTIEMBRE.	
3	Asistir a foros de interés social, de acuerdo con instrucciones impartidas por el (la) Concejal	SE ASISTIO A UN FORO REALIZADO EN SIMANA, SUGERIDO POR EL CONSEJAL.	
4	Atender a la comunidad que el (la) Concejal requiera en asuntos propios del servicio social.	SE HABLO CON LOS REPRESENTANTES DE LOS PARTIDOS DEL APCTO HISTOTICO.	
5	Presentar oportunamente su cuenta de cobro e informe de actividades.	EL MES DE SEPTIEMBRE POR PROBLEMAS PERSONALES NO PASE A TIEMPO EL INFORME Y LA CUENTA SE REALIZO EN EL MES DE OCTUBRE.	
6	Coadyuvar en planes de contingencia cuando la Presidencia de la Corporación lo requiera.	NO SE PRESENTO DURANTE ESTE MES DICHAS ACTIVIDADES	
7	Cumplir oportunamente con el pago de los aportes al Sistema General de Seguridad Social Integral (Salud, Pensión y Riesgos laborales - ARL) durante la vigencia del presente contrato, y presentar mensualmente y para cada pago, la constancia respectiva, al igual que cuando sea requerida por el Supervisor, de conformidad con lo legalmente exigido.	EL MES DE SEPTIEMBRE NO SE HIZO PAGO DE APORTES AL SITEMA DE SEGURIDAD SOCIAL DE MANERA OPORTUNA. EL PAGO SE HIZO EN MORA EN EL MES DE COTUBRE CON EL CODIGO NO. 4622495021 FECHA 21/10/2025.	
8	En todo caso, el contratista efectuará acciones y actividades relacionadas con el objeto contractual, que	SE CUMPLE OPORTUNAMENTE CON TODA ACTIVIDAD ENCOMENDADA POR LA CORPORACION	



Código: APGSGSGEFO-06	CONCEJO MUNICIPAL DE PASTO	 CONCEJO MUNICIPAL DE PASTO
Vigencia: 01/08/2025		
Versión: 02		
FORMATO INFORME DE ACTIVIDADES UNIDADES DE APOYO		


	garanticen su adecuada ejecución, conforme a las recomendaciones y observaciones que realice el supervisor del presente contrato.	
9	Cumplir las normas, reglamentos e instrucciones del Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo SG-SST implementado por el Concejo Municipal de Pasto	SE ASISTIO A LAS CAPACITACIONES CONVOCADAS POR PARTE DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO. 1- BAILOTERAPIA EN SALUD.
10	Las demás actividades que le sean asignadas por parte del respectivo Concejal, Presidente y/o Mesa Directiva que en ningún momento implicaran trabajo Profesional	SE REALIZO OPORTUNAMENTE LAS ACTIVIDADES REQUERIDAS POR LA CORPORACION Y EL CONCEJAL EN EL MES DE SEPTIEMBRE.

Nota: El informe de ejecución de actividades del contratista junto con los soportes del caso se pueden verificar en el expediente contractual correspondientes.

- (i) El Supervisor deberá registrar todas las obligaciones contenidas en las Cláusulas correspondientes del contrato.
- (ii) Si el Supervisor establece que "NO" se ha dado el cumplimiento a una obligación, dentro de unos de los informes periódicos, deberá indicar las razones por las cuales es así y si sobre dicho incumplimiento se han adelantado las acciones correspondientes. Si el reporte de "No Cumplimiento" se presenta en el Informe Final de Supervisión, el Supervisor deberá allegar el Informe junto con los soportes de las acciones frente al incumplimiento.
- (iii) El Supervisor deberá señalar que una obligación "N/A", siempre que dicha actividad u obligación no hay sido requerida durante el periodo del Informe de Supervisión, lo cual no significa que el Contratista no haya dado cumplimiento al contrato.
- (iiii) El Supervisor deberá señalar en Observaciones cualquier información que considere relevante en relación con el cumplimiento de la obligación. El diligenciamiento de esta columna no es obligatorio.

Nombre del supervisor:	AYDE ELIANA CORAL GONZALES							
Cargo del supervisor:	TECNICO							
*Observaciones del Supervisor:								
*Estado del informe:	Revisado	Si	<input checked="" type="checkbox"/>	No	Aprobado para pago	Si	<input checked="" type="checkbox"/>	No


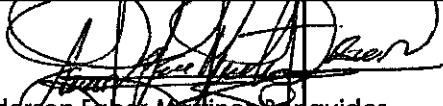


Código: APGSGSGEFO-06	CONCEJO MUNICIPAL DE PASTO	 CONCEJO MUNICIPAL DE PASTO
Vigencia: 01/08/2025		
Versión: 02		
FORMATO INFORME DE ACTIVIDADES UNIDADES DE APOYO		


DECLARACIÓN:	<p>Como Supervisor de este contrato CERTIFICO que:</p> <p>a) He cumplido las funciones de verificación, vigilancia y control frente al cumplimiento del objeto del contrato, de conformidad con lo establecido en la Resolución de delegación de supervisión del Concejo Municipal de Pasto.</p> <p>b) Se verifico que el funcionario responsable de la oficina de SG – SST comprobara el cumplimiento por parte del contratista con los aportes al Sistemas de Seguridad Social Integral y Parafiscales correspondientes, de conformidad con lo dispuesto en el Artículo 50 de la Ley 789 de 2002, información que se puede constatar en la Planilla.</p> <p>c) Los soportes de las actividades desarrolladas se entregaron por parte del contratista en medio impreso o digital, los cuales fueron anexados al presente informe. (Aplica para contratos Publicados en SECOP I y II)</p> <p>d) El contratista ha cumplido con el objeto del contrato.</p>
---------------------	---


Los campos de Observación del Supervisor y Estado del Informe son de diligenciamiento EXCLUSIVO del Supervisor de su contrato

Nombre del concejal:	Anderson Faber Martínez Benavides									
*Observaciones del concejal:										
*Estado del informe:	Revisado	Si	<input checked="" type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>	Aprobado para pago	Si	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>
DECLARACION:	En calidad de concejal del Municipio de Pasto, certifico que el señor Giraldo Benavides López como Unidad de Apoyo cumplió a cabalidad con las actividades descritas en el Contrato de Prestación de Servicios y/o de Apoyo a la Gestión No. 2025031 durante el mes de octubre del año 2025.									

NOMBRE Y FIRMA DEL SUPERVISOR:	 AYDE ELIANA CORAL GONZALEZ Técnico Administrativo
NOMBRE Y FIRMA DEL CONCEJAL:	 Anderson Faber Martínez Benavides



Código: APGSGSGEFO-06	CONCEJO MUNICIPAL DE PASTO	 CONCEJO MUNICIPAL DE PASTO
Vigencia: 01/08/2025		
Versión: 02	FORMATO INFORME DE ACTIVIDADES UNIDADES DE APOYO	

	Concejal de Pasto
NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:	 Giraldo Benavides Lopez Unidad de Apoyo

Nota 1: Es responsabilidad del contratista la afiliación y el pago de seguridad social: salud, pensión y riesgos, siendo responsabilidad personal y no de la corporación. / Decreto 1273 del 2018 "ARTÍCULO 2.2.1.1.1.7 Pago de cotizaciones de los trabajadores independientes al Sistema de Seguridad Social Integral. Es responsabilidad del contratista el actualizar y cargar sus documentos en SIGEP y SECOP II, (Ejecución del Contrato- Plan de Pagos), los soportes que respaldan las actividades realizadas, cuando a ello hubiere lugar, en cumplimiento de las obligaciones enunciadas.

Nota 2: Estimado supervisor; recuerde hacer cargar con la oficina de contratación este documento en versión PDF en el Sistema Electrónico de Contratación Pública – SECOP II, para la aprobación del pago del contratista.

Espacio exclusivo para diligenciar por la Oficina de Control interno - SGC

CONTROL DE CAMBIOS			
FECHA	VERSION ANTERIOR	VERSION ACTUAL	MOTIVO DE CAMBIO
17/02/2025	0	1	Solicitud de creación según los requerimientos y observaciones realizadas desde secretaría general, con relación a la CERTIFICACIÓN emitida por el Supervisor.
01/08/2025	1	02	En atención a la solicitud del área jurídica, se procedió a ajustar el formato existente, con el fin de incorporar la información adicional requerida, lo cual contribuye a nuestros objetivos de mejora continua de la Corporación.

ANEXOS





CONCEJO MUNICIPAL DE PASTO

CAPACITACIÓN

REGISTRO DE ASISTENCIA

Relación de Unidades de Apoyo del CONCEJO MUNICIPAL DE PASTO que participan de la JORNADA DE BAILOTERAPIA, llevada a cabo el 18 de septiembre de 2025 en el Segundo Piso de la Corporación

Nº	NOMBRE	No. CEDULA	FIRMA 1	FIRMA 2
1	Maria Alejandra Urbano Alvarez	108534166E	Maria Alejandra	Maria Alejandra
2	Arnoldo Fernando Arango Barrios	87060192	Arnoldo	Arnoldo
3	Catherine Delacruz Cerón	108531229F	Catherine	Catherine
4	DAYANA MANGAN	108612675H	Dayana	Dayana
5	Sonia Torres	30739609	Sonia	Sonia
6	Arnoldo Benavides Lopez	42995238	Arnoldo	Arnoldo
7	Sonia Patricia Escobedo	36754111	Sonia	Sonia
8	Juan Ramon Alejandro Ortiz	108523235B	Juan Ramon	Juan Ramon
9	José Villareal Peña	1085296232	José	José
10	Dennis Fabiola Guzman	59828885	Dennis	Dennis
11	Angelo Daniel Villareal Velozquez	1085311210	Angelo	Angelo
12	Antonio Benavides	1085226396	Antonio	Antonio
13	Mario Fernando Vela	1085281711	Mario	Mario
14	Tania Cruz Castro	1085320946	Tania	Tania
15	Ana Carolina Huertas	1083905440	Ana Carolina	Ana Carolina
16	Sonia Torres	30739609	Sonia	Sonia
17	Carlos Emanc Potosi	12948794	Carlos	Carlos
18				
19				
20				
21				
22				
23				





**PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
COMPROBANTE DE PAGO**



DATOS GENERALES DEL APORTANTE		
TIPO IDENTIFICACIÓN:	CÉDULA DE CIUDADANÍA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN: 12995238
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:		GIRALDO BENAVIDES LOPEZ
CIUDAD/MUNICIPIO:	SAN LORENZO DEPARTAMENTO:	NARINO
DIRECCIÓN:	MZ B CASA 26 PORTAL DE TELÉFONO:	6020000
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE: I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA: Otras actividades de servicio de
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO	
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):		NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA		
NÚMERO PLANILLA:	4622495021	TIPO DE PLANILLA: I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN:	MES: septiembre	PERIODO COTIZACIÓN: MES: septiembre
OTROS SUBSISTEMAS:	AÑO: 2025	SALUD: AÑO: 2025
DÍAS DE MORA:	12	
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):	2025/10/21	NÚMERO AUTORIZACIÓN: 9994397111

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

LIQUIDACIÓN GENERAL				TOTALES	
				COTIZANTES	TOTAL PAGADO
PENSIÓN					
ADMINISTRADORA					
NIT	CÓDIGO	NOMBRE			
9003360047	25-14	25-14 GOLPENSIONES		1	\$ 229.500
SUBTOTAL:				1	\$ 229.500
SALUD					
ADMINISTRADORA					
NIT	CÓDIGO	NOMBRE			
9010215658	ESSC18	ESSC18 -EMSSANAR.S.A.S.		1	\$ 179.400
SUBTOTAL:				1	\$ 179.400
RIESGOS PROFESIONALES					
ADMINISTRADORA					
NIT	CÓDIGO	NOMBRE			
8600111536	14-23	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.		1	\$ 7.600
SUBTOTAL:				1	\$ 7.600

VALOR SIN MORA:	\$ 413.300
VALOR MORA:	\$ 3.200
TOTAL PAGADO:	\$ 416.500