



**INFOTEP**  
San Andrés y Providencia

FORMATO RECIBIDO DE SATISFACCIÓN Y SEGUIMIENTO DE LA EJECUCIÓN CONTRACTUAL

Código: PA-GLAF-REG-066

Versión: 03

Actualización: 20-02-2025

DATOS DEL CONTRATISTA

|                                  |                                 |                  |            |
|----------------------------------|---------------------------------|------------------|------------|
| Nombres y apellidos contratista: | JULIAN RAMIREZ ROMAN            | N° de Identidad: | 1123628447 |
| Correo electrónico contratista:  | medicinaocupacionaljr@gmail.com | N° de Contacto:  | 3174040851 |

DATOS DEL CONTRATO

|                           |                    |                         |             |
|---------------------------|--------------------|-------------------------|-------------|
| N° del Contrato (SECOPI): | CO1.PCCNTR.8191746 | N° del proceso interno: | CD-175-2025 |
|---------------------------|--------------------|-------------------------|-------------|

Objeto de contrato: PRESTACION DEL SERVICIO PARA LA REALIZACION DE EXAMENES MEDICOS OCUPACIONALES DE INGRESO, PERIODICOS, EGRESO, POS INCAPACIDAD O POR REINTEGRO PARA LOS FUNCIONARIOS DEL INFOTEP

|  |            |   |       |                        |           |
|--|------------|---|-------|------------------------|-----------|
| Fecha de Inicio                              | 14/08/2025 | N° del CDP:                                 | 22725 | N° del RP:             | 49225     |
|  |            | N° del CDP OTRAS FUENTES:                   | 0     |                        |           |
| Fecha de Finalización:                       | 30/12/2025 | N° del CDP Adición:                         | 0     | N° del RP Adición:     | 0         |
| Plazo inicial ejecución del Contrato (meses) | 4.5        | Plazo inicial ejecución del Contrato (días) | 135   | No. Modificación       | 0         |
| Adición al Plazo (meses)                     | 0          | Adición al Plazo (días)                     | 0     | No. Cesiones           | 0         |
| Plazo total (meses)                          | 4.5        | Plazo total (días)                          | 135   | Terminación anticipada | No aplica |

DATOS PARA PAGO DEL PERIODO

|                                    |              |  |     |            |           |
|------------------------------------|--------------|--|-----|------------|-----------|
| Total numero de pagos              | 3            | N° de Pago a cobrar  | 2   | de         | 3         |
|                                    |              | N° Pago adicional  | 0   |            |           |
| Valor Total del Contrato           | \$ 8.908.000 | Periodo objeto de pago   | Del | 14/09/2025 |           |
| Adición                            | \$ -         |  | Al  | 13/10/2025 |           |
| Valor Total del Contrato + Adición | \$ 8.908.000 | SI EL PAGO SE REALIZA POR PERIODO DE TIEMPO PRESTADO O PROPORCIONAL: |     |            |           |
| Saldo Actual del Contrato          | \$ 1.781.600 | VALOR MENSUAL  |     | \$         | 1.781.600 |
| Factura electrónicamente           | No           | TOTAL DÍAS A LIQUIDAR  |     |            | 30        |
| Numero de Factura                  | NO APLICA    | VALOR A PAGAR  |     | \$         | 1.781.600 |

DATOS LA CUENTA

|                    |                  |  |              |
|--------------------|------------------|--|--------------|
| Tipo de cuenta     | Cuenta de ahorro | LIQUIDACIÓN DE PAGO A SEGURIDAD SOCIAL     |              |
| Entidad Financiera | BANCOLOMBIA S.A  | IBC Correspondiente al Contrato 40%        | \$ 1.423.500 |
| Numero de cuenta   | 34800000968      | N° Planilla PILA, o , N° Radiación pago SS | 9492301060   |

DATOS PRESUPUESTAL

|                         |                    |                                       |              |
|-------------------------|--------------------|---------------------------------------|--------------|
| Rubro inicial 1         | A-02-02-02-008-003 | Periodo pagado                        | 10/2025      |
| Tipo de Fuente 1        | NACIÓN             | IBC correspondiente a Planilla pagada | \$ 4.400.000 |
| Dependencia del Rubro 1 |                    | Diferencia                            | \$ 2.976.500 |

|                               |     |   |      |
|-------------------------------|-----|---|------|
| Rubro inicial 2               | 0   | OBSERVACIONES SEGURIDAD SOCIAL:               |      |
| Tipo de Fuente 2              | 0   |   | 0    |
| Dependencia del Rubro 2       |     | RETENCIÓN EN LA FUENTE                        |      |
| Rubro adición                 | 0   | Sujeto a aplicación de Retención en la Fuente | NO   |
| Tipo de fuente adición        | N/A | Porcentaje                                    | 0%   |
| Dependencia del Rubro Adición | 0   | Descuento Retención Fuente                    | \$ - |

CERTIFICACIÓN DEL SUPERVISOR DEL CONTRATO

En mi calidad de Supervisor del contrato de prestación de servicios personales aquí relacionado, CERTIFICO: 1. Que el Contratista cumplió a cabalidad las obligaciones contractuales pactadas, 2. Que el Contratista desarrolló las actividades descritas en el formato de informe de reporte actividades contractuales PA-GLAF-REG-032, dentro del periodo de cobro, 3. Que he verificado el pago de los aportes obligatorios al Sistema General de Seguridad Social realizados por el contratista por medio de la planilla relacionada en el presente informe y que los mismos han sido liquidados de conformidad con las normas vigentes.

Jaime Eduardo Jimenez Asis  
Profesional Universitario Talento Humano

Charles Gallardo Humphries  
Ordenador del Gasto

ESPACIO EXCLUSIVO DE CONTABILIDAD

|  |        |
|--|--------|
| Cuenta por pagar                           | 735625 |
| Numero de Obligación presupuestal de Gasto | 229425 |
| VoBo. de contabilidad                      |        |

ESPACIO EXCLUSIVO DE PAGADURÍA

|                        |  |
|------------------------|--|
| Fecha de Pago          |  |
| Numero Orden de Pago   |  |
| Numero de Autorización |  |



FORMATO RECIBIDO DE SATISFACCIÓN Y SEGUIMIENTO DE LA EJECUCIÓN CONTRACTUAL

Codigo: PA-GLAF-REG-066  
Versión: 03  
Actualización: 20-02-2025

DATOS DEL CONTRATISTA

|                                  |                                 |                  |            |
|----------------------------------|---------------------------------|------------------|------------|
| Nombres y apellidos contratista: | JULIAN RAMIREZ ROMAN            | N° de Identidad: | 1123628447 |
| Correo electrónico contratista:  | medicinaocupacionaljr@gmail.com | N° de Contacto:  | 3174040851 |

DATOS DEL CONTRATO

|                           |                    |                         |             |
|---------------------------|--------------------|-------------------------|-------------|
| N° del Contrato (SECOPI): | CO1.PCCNTR.8191746 | N° del proceso interno: | CD-175-2025 |
|---------------------------|--------------------|-------------------------|-------------|

Objeto de contrato: PRESTACION DEL SERVICIO PARA LA REALIZACION DE EXAMENES MEDICOS OCUPACIONALES DE INGRESO, PERIODICOS, EGRESO, POS INCAPACIDAD O POR REINTEGRO PARA LOS FUNCIONARIOS DEL INFOTEP

|  |            |   |       |                        |           |
|--|------------|---|-------|------------------------|-----------|
| Fecha de Inicio                              | 14/08/2025 | N° del CDP:                                 | 22725 | N° del RP:             | 49225     |
| Fecha de Finalización:                       | 30/12/2025 | N° del CDP OTRAS FUENTES:                   | 0     | N° del RP Adición:     | 0         |
| Plazo inicial ejecución del Contrato (meses) | 4.5        | Plazo inicial ejecución del Contrato (días) | 135   | No. Modificación       | 0         |
| Adición al Plazo (meses)                     | 0          | Adición al Plazo (días)                     | 0     | No. Cesiones           | 0         |
| Plazo total (meses)                          | 4.5        | Plazo total (días)                          | 135   | Terminación anticipada | No aplica |

DATOS PARA PAGO DEL PERIODO

|                                    |              |  |    |                        |                              |
|------------------------------------|--------------|--|----|------------------------|------------------------------|
| Total numero de pagos              | 3            | N° de Pago a cobrar  | 2  | de                     | 3                            |
| Valor Total del Contrato           | \$ 8.908.000 | N° Pago adicional  | 0  | Periodo objeto de pago | Del 14/09/2025 Al 13/10/2025 |
| Adición                            | \$ -         | SI EL PAGO SE REALIZA POR PERIODO DE TIEMPO PRESTADO O PROPORCIONAL: |    |                        |                              |
| Valor Total del Contrato + Adición | \$ 8.908.000 | VALOR MENSUAL  | \$ | 1.781.600              |                              |
| Saldo Actual del Contrato          | \$ 1.781.600 | TOTAL DÍAS A LIQUIDAR  | 30 |                        |                              |
| Factura electrónicamente           | No           | VALOR A PAGAR  | \$ | 1.781.600              |                              |
| Numero de Factura                  | NO APLICA    |  |    |                        |                              |

DATOS LA CUENTA

|                    |                  |  |              |
|--------------------|------------------|--|--------------|
| Tipo de cuenta     | Cuenta de ahorro | LIQUIDACIÓN DE PAGO A SEGURIDAD SOCIAL     |              |
| Entidad Financiera | BANCOLOMBIA S.A  | IBC Correspondiente al Contrato 40%        | \$ 1.423.500 |
| Numero de cuenta   | 34800000968      | N° Planilla PILA, o , N° Radiación pago SS | 9492301060   |

DATOS PRESUPUESTAL

|                         |                    |                                       |              |
|-------------------------|--------------------|---------------------------------------|--------------|
| Rubro inicial 1         | A-02-02-02-008-003 | Periodo pagado                        | 10/2025      |
| Tipo de Fuente 1        | NACIÓN             | IBC correspondiente a Planilla pagada | \$ 4.400.000 |
| Dependencia del Rubro 1 |                    | Diferencia                            | \$ 2.976.500 |

OBSERVACIONES SEGURIDAD SOCIAL:

|                         |   |  |   |
|-------------------------|---|--|---|
| Rubro inicial 2         | 0 |  |   |
| Tipo de Fuente 2        | 0 |  | 0 |
| Dependencia del Rubro 2 |   |  |   |

RETENCIÓN EN LA FUENTE

|                               |     |   |      |
|-------------------------------|-----|---|------|
| Rubro adición                 | 0   | Sujeto a aplicación de Retención en la Fuente | NO   |
| Tipo de fuente adición        | N/A | Porcentaje                                    | 0%   |
| Dependencia del Rubro Adición | 0   | Descuento Retención Fuente                    | \$ - |

CERTIFICACION DEL SUPERVISOR DEL CONTRATO

En mi calidad de Supervisor del contrato de prestación de servicios personales aqui relacionado, CERTIFICO: 1. Que el Contratista cumplió a cabalidad las obligaciones contractuales pactadas, 2. Que el Contratista desarrolló las actividades descritas en el formato de informe de reporte actividades contractuales PA-GLAF-REG-032, dentro del periodo de cobro, 3. Que he verificado el pago de los aportes obligatorios al Sistema General de Seguridad Social realizados por el contratista por medio de la planilla relacionada en el presente informe y que los mismos han sido liquidados de conformidad con las normas vigentes.

Jaime Eduardo Jimenez Asis  
Profesional Universitario Talento Humano

Charles Gallardo Humphries  
Ordenador del Gasto

ESPACIO EXCLUSIVO DE CONTABILIDAD

|  |        |
|--|--------|
| Cuenta por pagar                           | 735625 |
| Numero de Obligación presupuestal de Gasto | 229425 |
| VoBo. de contabilidad                      |        |

ESPACIO EXCLUSIVO DE PAGADURIA

|                        |  |
|------------------------|--|
| Fecha de Pago          |  |
| Numero Orden de Pago   |  |
| Numero de Autorización |  |



**JULIAN ALEJANDRO RAMIREZ ROMAN**  
 NIT 1.123.628.447-2  
 AVENIDA 20 DE JULIO CR 4A #5-78 LC 2  
 Tel: (604) 3174040851  
 San Andrés - Colombia  
 medicinaocupacionaljr@gmail.com



Factura electrónica de venta  
**No. FE 650**

**Señores** INSTITUTO NACIONAL DE FORMACION TECNICA PROFESIONAL DE SAN ANDRES Y PROVIDENCIA  
**NIT** 892.400.461-5 **Teléfono** (608) 5125770 - Ext. 000  
**Dirección** AV COLOMBIA SARIE BAY **Ciudad** San Andrés - Colombia

**Fecha y hora Factura**  
**Generación** 06/11/2025, 18:22  
**Expedición** 06/11/2025, 18:22  
**Vencimiento** 30/11/2025

| Ítem | Descripción  | Cantidad | Vr. Unitario | Vr. Total    |
|------|--|----------|--------------|--------------|
| 1    | REALIZACION DE EXAMENES MEDICOS OCUPACIONES INFOTEP 2025 | 1.00     | 1,781,600.00 | 1,781,600.00 |

**Total items:** 1

**Valor en Letras:**

Un millón setecientos ochenta y un mil seiscientos pesos m/cte

**Forma de pago:**

Crédito

**Medio de pago:**

Pago a crédito - Cuota No. 001 vence el 2025-11-30 por \$ 1,781,600.00

**Observaciones:**

#s22-38-00;175;vicerrectoria.administrativa@infotepsai.edu.co#\$

**Total Bruto** 1,781,600.00

**IVA 0%** 0.00

**Total a Pagar** 1,781,600.00

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

A esta factura de venta aplican las normas relativas a la letra de cambio (artículo 5 Ley 1231 de 2008). Con esta el Comprador declara haber recibido real y materialmente las mercancías o prestación de servicios descritos en este título - Valor. **Número Autorización Electrónica 18764087772958 aprobado en 20250127 prefijo FE desde el número 1 al 1000 Vigencia: 24 Meses**  
 No responsable de IVA - Actividad Económica 8692 Actividades de apoyo terapéutico Tarifa  
**CUFE:** d573ba6aaaad3a4ca4ac3411355b71f2d31e1b9ce4ef3c4c3a747d5f793598b7de6f6a9f4fd44714789adba35932daaf

|   |                                |                               |
|---|--------------------------------|-------------------------------|
|  | <b>INFORME DEL CONTRATISTA</b> | <b>CÓDIGO: SG/C-FOR-009</b>   |
|   |                                | <b>VERSIÓN: V0</b>            |
|   |                                | <b>ACTUALIZACIÓN: 09/2014</b> |
|   |                                | <b>PÁGINA: 1 de 3</b>         |

|                   |           |
|-------------------|-----------|
| <b>INFORME No</b> | <b>02</b> |
|-------------------|-----------|

### 1. INFORMACIÓN GENERAL DEL CONTRATO

|  |  |            |                          |            |
|--|--|------------|--------------------------|------------|
| <b>ORDEN CONTRACTUAL DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS No</b> | 175  | <b>Año</b> | 2025                     |            |
| <b>CONTRATISTA</b>                                     | JULIAN RAMIREZ ROMAN   | <b>ID</b>  | 1.123.628.447            |            |
| <b>OBJETO</b>  | PRESTACION DEL SERVICIO PARA LA REALIZACIÓN DE EXÁMENES MÉDICOS CUPACIONALES DE INGRESO, PERIÓDICOS, EGRESO, POS INCAPACIDAD O POR REINTEGRO PARA LOS FUNCIONARIOS DEL INFOTEP. UNSPSC: 93141808, 85122201 |            |                          |            |
| <b>PLAZO</b>   | <b>Fecha inicio</b>  | 12-08-2025 | <b>Fecha Terminación</b> | 31-12-2025 |
| <b>PERIODO DEL INFORME</b>                             | <b>Desde</b>   | 14-09-2025 | <b>Hasta</b>             | 13-10-2025 |

### 1. ACTIVIDADES EJECUTADAS

| Ítem | Obligación específica del contrato   |                         |
|------|--|-------------------------|
| 1    | <p><b>Realizar a los funcionarios las evaluaciones médicas ocupacionales periódicos con énfasis en osteomuscular para los trabajadores de planta para la institución.</b></p> <p>Durante este periodo se ha realizado 30 exámenes médicos ocupacionales periódicos y 2 exámenes ocupacionales de ingreso con énfasis osteomuscular por el medico Julian Alejandro Ramirez Roman C.C. 1.123.628.447.</p> <p><b>AVANCE PORCENTUAL: 80%</b></p> | 14/09/25 AL<br>13/10/25 |
| 2    | <p><b>Emitir un certificado de aptitud medico ocupacional para los trabajados de planta del INFOTEP.</b></p> <p>Durante este periodo en las valoraciones medicas ocupacionales con énfasis osteosmucular se realiza certificado de aptitud medico ocupacional con sus respectivamente recomendaciones para los trabajadores de planta</p> <p><b>AVANCE PORCENTUAL: 80%</b></p>   | 14/09/25 AL<br>13/10/25 |
| 3    | <p><b>Realizar las evaluaciones medicas ocupacionales de egreso</b></p> <p>Durante este periodo aún no se han realizado evaluaciones medicas ocupacionales de egreso</p> <p><b>AVANCE PORCENTUAL: 80%</b></p>  | 14/09/25 AL<br>13/10/25 |
| 4    | <p><b>El contratista deberá hacer entrega de concepto medico de los trabajadores al que se realicen los exámenes en medio físico y</b></p>   | 14/09/25 AL<br>13/10/25 |

|   |   |                         |
|---|---|-------------------------|
|   | <p><b>original, en el infotep, máximo quince (15) días calendario después de la realización de los exámenes, el cual debe contener recomendaciones sugeridas por el medico laboral.</b></p> <p>El 100% de las certificaciones de los exámenes medico ocupacionales, se envía por correo institucional de sst <a href="mailto:apoyosst@infotepsai.edu.co">apoyosst@infotepsai.edu.co</a>, y adicionalmente se envía al correo institucional de cada uno de los trabajadores de planta, y a su se imprime los informes originales y anexan en la carpeta de cada uno de los funcionarios</p> <p><b>AVANCE PORCENTUAL: 80%</b></p> |                         |
| 5 | <p><b>El contratista deberá hacer entrega de un listado del personal asistido durante el mes a facturar, en el cual se especifique nombre, cedula, fecha, y tipo de examen practicado, una vez entregue el servicio con la fecha de radicación de o las facturas</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Se anexa listado de las asistencias y ficha de cada examen complementario realizado.</li> </ul> <p><b>AVANCE PORCENTUAL: 80%</b></p>  | 14/09/25 AL<br>13/10/25 |
| 6 | <p><b>El CONTRATISTA deberá prestar la máxima colaboración en todo momento para facilitar la debida supervisión del contrato.</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- He estado disponible y atento al llamado del supervisor y la encargada de seguridad y salud en el trabajo, para resolver todas las inquietudes que se han presentado durante este periodo.</li> </ul>  | 14/09/25 AL<br>13/10/25 |

|   |                                    |                               |
|---|------------------------------------|-------------------------------|
|  | <b>INFORME DEL<br/>CONTRATISTA</b> | <b>CÓDIGO: SG/C-FOR-009</b>   |
|   |                                    | <b>VERSIÓN: V0</b>            |
|   |                                    | <b>ACTUALIZACIÓN: 09/2014</b> |
|   |                                    | <b>PÁGINA: 3 de 3</b>         |

En constancia de lo anterior, se firma el presente informe el día 07 del mes de noviembre del año 2025.



**Contratista**

**Nombre: JULIAN ALEJANDRO  
RAMIREZ ROMAN**

**VoBo. Supervisor**

**Nombre: JAIME EDUARDO  
JIMENEZ ASIS**

Anexos del informe: (especificar)

| <b>ANEXO</b>  | <b>SI</b> | <b>NO</b> |
|---|-----------|-----------|
| Recibo a satisfacción                               | X         |           |
| Seguridad social                                    | X         |           |
| CD  |           | X         |
| Documento impreso                                   | X         |           |
| Planilla de asistencia a las reuniones y/o talleres |           | X         |

| DATOS GENERALES DEL APORTANTE |    |                                |                 |                    |                 |                       |          |                       |
|-------------------------------|----|--------------------------------|-----------------|--------------------|-----------------|-----------------------|----------|-----------------------|
| Identificación                | dv | Razon Social                   | Clase Aportante | Sucursal Principal | Direccion       | Ciudad-Departamento   | Teléfono | Exonerado SENA e ICBF |
| CC 1123628447                 |    | RAMIREZ ROMAN JULIAN ALEJANDRO | INDEPENDIENTE   | PRINCIPAL          | CABAÑA ALTA MAR | SAN ANDRES-SAN ANDRES | 7777777  | No                    |

| DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION |         |            |            |          |            |            |             |           |             |
|-----------------------------------|---------|------------|------------|----------|------------|------------|-------------|-----------|-------------|
| Periodo                           |         | Clave      |            | Tipo     | Fecha      |            | Pago        |           |             |
| Pensión                           | Salud   | Pago       | Planilla   | Planilla | Limite     | Pago       | Banco       | Dias Mora | Valor       |
| 2025-10                           | 2025-10 | 1905292509 | 9492301060 | I        | 2025/11/13 | 2025/11/05 | BANCOLOMBIA | 0         | \$1,277,000 |

| 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   | Dias         | IBC | Aporte |
| <b>Sucursal: PRINCIPAL ( 1 Afiliados)</b>           |                |            |                |        | \$4,400,000 | \$704,000   |           |        | \$4,400,000 | \$550,000   |           |      | \$0 | \$0    |         |      | \$4,400,000 | \$23,000 |              | \$0 | \$0    |
| <b>Centro de Trabajo: PRINCIPAL ( 1 Afiliados)</b>  |                |            |                |        | \$4,400,000 | \$704,000   |           |        | \$4,400,000 | \$550,000   |           |      | \$0 | \$0    |         |      | \$4,400,000 | \$23,000 |              | \$0 | \$0    |
| Ciudad: SAN ANDRES Depto: SAN ANDRES ( 1 Afiliados) |                |            |                |        | \$4,400,000 | \$704,000   |           |        | \$4,400,000 | \$550,000   |           |      | \$0 | \$0    |         |      | \$4,400,000 | \$23,000 |              | \$0 | \$0    |
| 1   | CC             | 1123628447 | RAMIREZ JULIAN | 230301 | 30          | \$4,400,000 | \$704,000 | EP5005 | 30          | \$4,400,000 | \$550,000 | 0    | \$0 | \$0    | 14-23   | 30   | \$4,400,000 | \$23,000 | 0            | \$0 | \$0    |
| <b>Total Afiliados( 1)</b>                          |                |            |                |        | \$4,400,000 | \$704,000   |           |        | \$4,400,000 | \$550,000   |           |      | \$0 | \$0    |         |      | \$4,400,000 | \$23,000 |              | \$0 | \$0    |

| DATOS GENERALES DEL APORTANTE |    |                                |                 |                    |                 |                       |          |                       |
|-------------------------------|----|--------------------------------|-----------------|--------------------|-----------------|-----------------------|----------|-----------------------|
| Identificación                | dv | Razon Social                   | Clase Aportante | Sucursal Principal | Direccion       | Ciudad-Departamento   | Teléfono | Exonerado SENA e ICBF |
| CC 1123628447                 |    | RAMIREZ ROMAN JULIAN ALEJANDRO | INDEPENDIENTE   | PRINCIPAL          | CABAÑA ALTA MAR | SAN ANDRES-SAN ANDRES | 7777777  | No                    |

| DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION |         |            |            |          |            |            |             |           |             |
|-----------------------------------|---------|------------|------------|----------|------------|------------|-------------|-----------|-------------|
| Periodo                           |         | Clave      |            | Tipo     | Fecha      |            | Pago        |           |             |
| Pensión                           | Salud   | Pago       | Planilla   | Planilla | Limite     | Pago       | Banco       | Dias Mora | Valor       |
| 2025-10                           | 2025-10 | 1905292509 | 9492301060 | 1        | 2025/11/13 | 2025/11/05 | BANCOLOMBIA | 0         | \$1,277,000 |

| RESUMEN DE PAGO              |        |             |    |           |                    |                |                        |                    |  |
|------------------------------|--------|-------------|----|-----------|--------------------|----------------|------------------------|--------------------|--|
| RIESGO                       | CODIGO | NIT         | DV | AFILIADOS | VALOR LIQUIDADO    | INTERESES MORA | SALDOS E INCAPACIDADES | VALOR A PAGAR      |  |
| AFP (ADMINISTRADORAS: 1)     |        |             |    | 1         | \$704,000          | \$0            | \$0                    | \$704,000          |  |
| PORVENIR                     | 230301 | 800,224,808 | 8  | 1         | \$704,000          | \$0            | \$0                    | \$704,000          |  |
| ARL (ADMINISTRADORAS: 1)     |        |             |    | 1         | \$23,000           | \$0            | \$0                    | \$23,000           |  |
| POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS | 14-23  | 860,011,153 | 6  | 1         | \$23,000           | \$0            | \$0                    | \$23,000           |  |
| EPS (ADMINISTRADORAS: 1)     |        |             |    | 1         | \$550,000          | \$0            | \$0                    | \$550,000          |  |
| SANITAS                      | EPS005 | 800,251,440 | 6  | 1         | \$550,000          | \$0            | \$0                    | \$550,000          |  |
| <b>TOTAL</b>                 |        |             |    | <b>1</b>  | <b>\$1,277,000</b> | <b>\$0</b>     | <b>\$0</b>             | <b>\$1,277,000</b> |  |