Unión Temporal
Adulto Mayor Meta

4907

ANEXO N°1

SEGUNDO INFORME DE EJECUCIÓN

CONTRATO 1068 DE 2025

Dirección: Calle 36 # 33 - 27 Barzal Bajo
Correo: corporaciondelupia@gmail.com Cel. 313 308 6897
Villavicencio - Meta

aportes en línea

Planilla Resumen

4908

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
NIT 901943219	0	UNION TEMPORAL ADULTO MAYOR META	B - MENOS DE 200 COTIZANTES	UNION TEMPORAL ADULTO MAYOR META	CALLE 36 33-27 BARZAL BAJO	VILLAVICENCIO-META	3133086897	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-07	2025-08	1721614997	9490669883	E	2025/08/06	2025/08/25	BANCO DE BOGOTA	19	$31,364,400

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO				NOVEDADES																		PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS					PARAFISCALES				
No.	Identificación		Nombre	Ing	ret	tde	tae	tdp	tap	vsp	cor	vst	sln	ige	lma	vac	avp	vct	Irl	vip		Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Tarifa	Aporte	Dias	IBC	Aporte	Exonerado SENA e ICBF	Total Aportes
SUCURSAL: UNION TEMPORAL ADULTO MAYOR META (60 Afiliados)																								$76,869,000	$12,301,400			$81,139,500	$10,146,100			$81,139,500	$3,249,000			$81,139,500		$1,230,200		$81,139,500	$4,064,300		$30,991,000
Centro de Trabajo: 02 UNION TEMPORAL ADULTO MAYOR META (20 Afiliados)																								$24,531,650	$3,925,800			$27,378,650	$3,423,600			$27,378,650	$1,096,300			$27,378,650		$667,400		$27,378,650	$1,371,400		$10,484,500
Ciudad: VILLAVICENCIO Depto: META (20 Afiliados)																								$24,531,650	$3,925,800			$27,378,650	$3,423,600			$27,378,650	$1,096,300			$27,378,650		$667,400		$27,378,650	$1,371,400		$10,484,500
1	CC	40418680	ARANGO DIAZ DERLY YANETH																			23030 1	30	$1,423,500	$227,800	EPS041	30	$1,423,500	$178,000	CCF34	30	$1,423,500	$57,000	14-11	30	$1,423,500	2.436%	$34,700	30	$1,423,500	$71,300	No	$568,800
2	CC	31031617	ARIAS VARGAS LUZ NELLY																			23030 1	30	$1,423,500	$227,800	EPSC34	30	$1,423,500	$178,000	CCF34	30	$1,423,500	$57,000	14-11	30	$1,423,500	2.436%	$34,700	30	$1,423,500	$71,300	No	$568,800
3	CC	1120352482	AVILA GUZMAN ALEIDA																			23030 1	30	$1,423,500	$227,800	EPSC34	30	$1,423,500	$178,000	CCF34	30	$1,423,500	$57,000	14-11	30	$1,423,500	2.436%	$34,700	30	$1,423,500	$71,300	No	$568,800
4	CC	40438953	BELTRAN ROA ANA EMILIA																			23030 1	30	$1,423,500	$227,800	CCFC55	30	$1,423,500	$178,000	CCF34	30	$1,423,500	$57,000	14-11	30	$1,423,500	2.436%	$34,700	30	$1,423,500	$71,300	No	$568,800
5	CC	40186747	CAÑON SANTOS LUZ SERVANDA																			23030 1	30	$1,423,500	$227,800	EPSC34	30	$1,423,500	$178,000	CCF34	30	$1,423,500	$57,000	14-11	30	$1,423,500	2.436%	$34,700	30	$1,423,500	$71,300	No	$568,800
6	CC	40278084	CORREA HERNANDEZ SANDRA MILENA																			23030 1	30	$1,423,500	$227,800	CCFC55	30	$1,423,500	$178,000	CCF34	30	$1,423,500	$57,000	14-11	30	$1,423,500	2.436%	$34,700	30	$1,423,500	$71,300	No	$568,800
7	CC	40385140	DURAN PERDOMO FRANCI																			23020 1	30	$1,423,500	$227,800	EPS002	30	$1,423,500	$178,000	CCF34	30	$1,423,500	$57,000	14-11	30	$1,423,500	2.436%	$34,700	30	$1,423,500	$71,300	No	$568,800
8	CC	1123800022	ESPITIA RIVEROS MAIRA ALEJANDRA																			23030 1	30	$1,423,500	$227,800	EPSC34	30	$1,423,500	$178,000	CCF34	30	$1,423,500	$57,000	14-11	30	$1,423,500	2.436%	$34,700	30	$1,423,500	$71,300	No	$568,800
9	CC	40210245	GONZALEZ GONZALEZ MARIA NATALIA																			23030 1	30	$1,423,500	$227,800	EPSC34	30	$1,423,500	$178,000	CCF34	30	$1,423,500	$57,000	14-11	30	$1,423,500	2.436%	$34,700	30	$1,423,500	$71,300	No	$568,800
10	CC	40389295	GUEVARA ACOSTA NELCY																			25-14	30	$1,423,500	$227,800	CCFC55	30	$1,423,500	$178,000	CCF34	30	$1,423,500	$57,000	14-11	30	$1,423,500	2.436%	$34,700	30	$1,423,500	$71,300	No	$568,800
11	CC	40445995	GUTIERREZ CLAUDIA PATRICIA																			23030 1	30	$1,423,500	$227,800	EPS005	30	$1,423,500	$178,000	CCF34	30	$1,423,500	$57,000	14-11	30	$1,423,500	2.436%	$34,700	30	$1,423,500	$71,300	No	$568,800
12	CC	86053527	MENDOZA OVIEDO ADAMO	X	X																	23020 1	7	$332,150	$53,200	EPS002	7	$332,150	$41,600	CCF34	7	$332,150	$13,300	14-11	7	$332,150	2.436%	$8,100	7	$332,150	$16,700	No	$132,900
13	CC	21230376	OSPINA MARIA NIDIA																				0	$0	$0	EPS037	30	$1,423,500	$178,000	CCF34	30	$1,423,500	$57,000	14-11	30	$1,423,500	2.436%	$34,700	30	$1,423,500	$71,300	No	$341,000
14	CC	52847859	PARRA MORALES NELCY		X																	25-14	30	$1,423,500	$227,800	EPS002	30	$1,423,500	$178,000	CCF34	30	$1,423,500	$57,000	14-11	30	$1,423,500	2.436%	$34,700	30	$1,423,500	$71,300	No	$568,800
15	CC	40379753	PRIETO MACHADO FANNY																				0	$0	$0	EPSC34	30	$1,423,500	$178,000	CCF34	30	$1,423,500	$57,000	14-11	30	$1,423,500	2.436%	$34,700	30	$1,423,500	$71,300	No	$341,000
16	CC	1121897643	RODRIGUEZ GOMEZ MARIA LEONOR																			23030 1	30	$1,423,500	$227,800	CCFC55	30	$1,423,500	$178,000	CCF34	30	$1,423,500	$57,000	14-11	30	$1,423,500	2.436%	$34,700	30	$1,423,500	$71,300	No	$568,800
17	CC	30081112	SALAS MEDINA LEONOR CECILIA																			23030 1	30	$1,423,500	$227,800	CCFC55	30	$1,423,500	$178,000	CCF34	30	$1,423,500	$57,000	14-11	30	$1,423,500	2.436%	$34,700	30	$1,423,500	$71,300	No	$568,800
18	CC	41212293	SALCEDO ANGELA AZUCENA																			23100 1	30	$1,423,500	$227,800	CCFC55	30	$1,423,500	$178,000	CCF34	30	$1,423,500	$57,000	14-11	30	$1,423,500	2.436%	$34,700	30	$1,423,500	$71,300	No	$568,800
19	CC	40395263	SOTO ORTIZ ROSA ELENA																			23030 1	30	$1,423,500	$227,800	EPS005	30	$1,423,500	$178,000	CCF34	30	$1,423,500	$57,000	14-11	30	$1,423,500	2.436%	$34,700	30	$1,423,500	$71,300	No	$568,800
20	CC	40272615	VARON CRUZ LEIDY RAQUEL																			23030 1	30	$1,423,500	$227,800	EPSC34	30	$1,423,500	$178,000	CCF34	30	$1,423,500	$57,000	14-11	30	$1,423,500	2.436%	$34,700	30	$1,423,500	$71,300	No	$568,800
Centro de Trabajo: UNION TEMPORAL ADULTO MAYOR META (40 Afiliados)																								$52,337,350	$8,375,600			$53,760,850	$6,722,500			$53,760,850	$2,152,700			$53,760,850		$562,800		$53,760,850	$2,692,900		$20,506,500
Ciudad: VILLAVICENCIO Depto: META (40 Afiliados)																								$52,337,350	$8,375,600			$53,760,850	$6,722,500			$53,760,850	$2,152,700			$53,760,850		$562,800		$53,760,850	$2,692,900		$20,506,500
21	CC	42548089	ACEVEDO LUSTOSA EDHY	X																		25-14	9	$427,050	$68,400	EPS037	9	$427,050	$53,400	CCF34	9	$427,050	$17,100	14-11	9	$427,050	1.044%	$4,500	9	$427,050	$21,500	No	$164,900
22	CC	40411899	AGUIAR CORREA GIOVANA ALEXANDRA																			23030 1	30	$1,423,500	$227,800	EPS005	30	$1,423,500	$178,000	CCF34	30	$1,423,500	$57,000	14-11	30	$1,423,500	1.044%	$14,900	30	$1,423,500	$71,300	No	$549,000
23	CC	40385614	BARRERO MARTINEZ AMPARO																			25-14	30	$1,423,500	$227,800	EPS037	30	$1,423,500	$178,000	CCF34	30	$1,423,500	$57,000	14-11	30	$1,423,500	1.044%	$14,900	30	$1,423,500	$71,300	No	$549,000
24	CC	21191056	BERMUDEZ URIBE MAGNOLIA																			25-14	30	$1,423,500	$227,800	EPS005	30	$1,423,500	$178,000	CCF34	30	$1,423,500	$57,000	14-11	30	$1,423,500	1.044%	$14,900	30	$1,423,500	$71,300	No	$549,000
25	CC	21177010	BOTERO ALVAREZ MARIA NASLY																				0	$0	$0	EPS017	30	$1,423,500	$178,000	CCF34	30	$1,423,500	$57,000	14-11	30	$1,423,500	1.044%	$14,900	30	$1,423,500	$71,300	No	$321,200

4909

26	CC	1026574102	CADAVID GAITAN VIVIANA	X	X		230301	21	$996,450	$159,500	EPS005	21	$996,450	$124,600	CCF34	21	$996,450	$39,900	14-11	21	$996,450	1.044%	$10,500	21	$996,450	$49,900	No	$384,400
27	CC	40417742	DIAZ LOPEZ EFIGENIA	X			25-14	2	$94,900	$15,200	EPSC34	2	$94,900	$11,900	CCF34	2	$94,900	$3,800	14-11	2	$94,900	1.044%	$1,000	2	$94,900	$4,800	No	$36,700
28	CC	1072248816	ECHAVEZ SANCHEZ ARELIS				230301	30	$1,423,500	$227,800	EPS005	30	$1,423,500	$178,000	CCF34	30	$1,423,500	$57,000	14-11	30	$1,423,500	1.044%	$14,900	30	$1,423,500	$71,300	No	$549,000
29	CC	1121947804	GARCIA GAITA ADRY ALEJANDRA				230301	30	$1,423,500	$227,800	EPS002	30	$1,423,500	$178,000	CCF34	30	$1,423,500	$57,000	14-11	30	$1,423,500	1.044%	$14,900	30	$1,423,500	$71,300	No	$549,000
30	CC	30081106	GARZON QUINTIVA MERY ESMERALDA				230301	30	$1,423,500	$227,800	EPS002	30	$1,423,500	$178,000	CCF34	30	$1,423,500	$57,000	14-11	30	$1,423,500	1.044%	$14,900	30	$1,423,500	$71,300	No	$549,000
31	CC	1010131079	GUERRERO ROMERO ANGIE PAOLA				230301	30	$1,423,500	$227,800	CCFC5	30	$1,423,500	$178,000	CCF34	30	$1,423,500	$57,000	14-11	30	$1,423,500	1.044%	$14,900	30	$1,423,500	$71,300	No	$549,000
32	CC	40419006	HERNANDEZ GARCIA IRENE				25-14	30	$1,423,500	$227,800	EPS002	30	$1,423,500	$178,000	CCF34	30	$1,423,500	$57,000	14-11	30	$1,423,500	1.044%	$14,900	30	$1,423,500	$71,300	No	$549,000
33	CC	40440537	IBARRA GARCIA YAZMIN				230301	30	$1,423,500	$227,800	EPS017	30	$1,423,500	$178,000	CCF34	30	$1,423,500	$57,000	14-11	30	$1,423,500	1.044%	$14,900	30	$1,423,500	$71,300	No	$549,000
34	CC	35264988	JIMENEZ CUELLAR LUZ ANGELA				25-14	30	$1,423,500	$227,800	EPS002	30	$1,423,500	$178,000	CCF34	30	$1,423,500	$57,000	14-11	30	$1,423,500	1.044%	$14,900	30	$1,423,500	$71,300	No	$549,000
35	CC	40386769	LEON SANABRIA MYRIAM				230201	30	$1,423,500	$227,800	EPS005	30	$1,423,500	$178,000	CCF34	30	$1,423,500	$57,000	14-11	30	$1,423,500	1.044%	$14,900	30	$1,423,500	$71,300	No	$549,000
36	CC	40397517	LOMBO RODRIGUEZ LILIANA				230201	30	$1,423,500	$227,800	EPS017	30	$1,423,500	$178,000	CCF34	30	$1,423,500	$57,000	14-11	30	$1,423,500	1.044%	$14,900	30	$1,423,500	$71,300	No	$549,000
37	CC	35263363	LUGO MARTINEZ CLAUDIA PATRICIA				25-14	30	$1,423,500	$227,800	CCFC5	30	$1,423,500	$178,000	CCF34	30	$1,423,500	$57,000	14-11	30	$1,423,500	1.044%	$14,900	30	$1,423,500	$71,300	No	$549,000
38	CC	40399009	MARTINEZ VARGAS MARIA DEL CARMEN	X	X		230201	23	$1,091,350	$174,700	EPS005	23	$1,091,350	$136,500	CCF34	23	$1,091,350	$43,700	14-11	23	$1,091,350	1.044%	$11,400	23	$1,091,350	$54,700	No	$421,000
39	CC	1122125167	MARTINEZ JARAMILLO MARTHA ISABEL				230301	30	$1,423,500	$227,800	EPSC34	30	$1,423,500	$178,000	CCF34	30	$1,423,500	$57,000	14-11	30	$1,423,500	1.044%	$14,900	30	$1,423,500	$71,300	No	$549,000
40	CC	40327682	MENDEZ BONILLA ANDREA PAOLA				230301	30	$1,423,500	$227,800	EPS002	30	$1,423,500	$178,000	CCF34	30	$1,423,500	$57,000	14-11	30	$1,423,500	1.044%	$14,900	30	$1,423,500	$71,300	No	$549,000
41	CC	1120866972	MORA MONROY DEISSY MAYERLY				230301	30	$1,423,500	$227,800	EPS002	30	$1,423,500	$178,000	CCF34	30	$1,423,500	$57,000	14-11	30	$1,423,500	1.044%	$14,900	30	$1,423,500	$71,300	No	$549,000
42	CC	40436455	MORALES ROA LUZ MARINA				230301	30	$1,423,500	$227,800	EPS005	30	$1,423,500	$178,000	CCF34	30	$1,423,500	$57,000	14-11	30	$1,423,500	1.044%	$14,900	30	$1,423,500	$71,300	No	$549,000
43	CC	1121819355	MORALES CARRILLO SANDY JOHANNA				230201	30	$1,423,500	$227,800	EPS002	30	$1,423,500	$178,000	CCF34	30	$1,423,500	$57,000	14-11	30	$1,423,500	1.044%	$14,900	30	$1,423,500	$71,300	No	$549,000
44	CC	1121899824	MORENO PINILLA ANDREA DEL PILAR				230301	30	$1,423,500	$227,800	EPSC34	30	$1,423,500	$178,000	CCF34	30	$1,423,500	$57,000	14-11	30	$1,423,500	1.044%	$14,900	30	$1,423,500	$71,300	No	$549,000
45	CC	34674895	NAVIA BLANCA MONICA				25-14	30	$1,423,500	$227,800	EPS002	30	$1,423,500	$178,000	CCF34	30	$1,423,500	$57,000	14-11	30	$1,423,500	1.044%	$14,900	30	$1,423,500	$71,300	No	$549,000
46	CC	40394801	ORTIZ RIVERA GLORIA ALICIA				25-14	30	$1,423,500	$227,800	EPS002	30	$1,423,500	$178,000	CCF34	30	$1,423,500	$57,000	14-11	30	$1,423,500	1.044%	$14,900	30	$1,423,500	$71,300	No	$549,000
47	CC	1121965638	PINILLA BUITRAGO LEYDY NAYULI				230201	30	$1,423,500	$227,800	EPS005	30	$1,423,500	$178,000	CCF34	30	$1,423,500	$57,000	14-11	30	$1,423,500	1.044%	$14,900	30	$1,423,500	$71,300	No	$549,000
48	CC	40188989	PULIDO IVONNE ANDREA				230301	30	$1,423,500	$227,800	EPS002	30	$1,423,500	$178,000	CCF34	30	$1,423,500	$57,000	14-11	30	$1,423,500	1.044%	$14,900	30	$1,423,500	$71,300	No	$549,000
49	CC	1121898395	RAMIREZ BARRERO JESSICA TATIANA				230301	30	$1,423,500	$227,800	EPS017	30	$1,423,500	$178,000	CCF34	30	$1,423,500	$57,000	14-11	30	$1,423,500	1.044%	$14,900	30	$1,423,500	$71,300	No	$549,000
50	CC	1006692819	RENTERIA GUZMAN LAURA DANIELA				230301	30	$1,423,500	$227,800	EPSC34	30	$1,423,500	$178,000	CCF34	30	$1,423,500	$57,000	14-11	30	$1,423,500	1.044%	$14,900	30	$1,423,500	$71,300	No	$549,000
51	CC	1121864278	REYES TURRIAGO SANDRA MILENA				25-14	30	$1,423,500	$227,800	EPS005	30	$1,423,500	$178,000	CCF34	30	$1,423,500	$57,000	14-11	30	$1,423,500	1.044%	$14,900	30	$1,423,500	$71,300	No	$549,000
52	CC	1121856784	RIVERA BERNAL SIRLENNY				230301	30	$1,423,500	$227,800	EPS002	30	$1,423,500	$178,000	CCF34	30	$1,423,500	$57,000	14-11	30	$1,423,500	1.044%	$14,900	30	$1,423,500	$71,300	No	$549,000
53	CC	40442018	RODRIGUEZ VILLALOBOS CLAUDIA PATRICIA				230301	30	$1,423,500	$227,800	EPS037	30	$1,423,500	$178,000	CCF34	30	$1,423,500	$57,000	14-11	30	$1,423,500	1.044%	$14,900	30	$1,423,500	$71,300	No	$549,000
54	CC	40443433	RODRIGUEZ CASTRO HAIDY CRISTINA				25-14	30	$1,423,500	$227,800	EPSC34	30	$1,423,500	$178,000	CCF34	30	$1,423,500	$57,000	14-11	30	$1,423,500	1.044%	$14,900	30	$1,423,500	$71,300	No	$549,000
55	CC	40334577	ROJAS CALA JACKELINE				230301	30	$1,423,500	$227,800	EPS002	30	$1,423,500	$178,000	CCF34	30	$1,423,500	$57,000	14-11	30	$1,423,500	1.044%	$14,900	30	$1,423,500	$71,300	No	$549,000
56	CC	1006839623	SAIGAMA LEIVA JENY PAOLA				230301	30	$1,423,500	$227,800	EPSC34	30	$1,423,500	$178,000	CCF34	30	$1,423,500	$57,000	14-11	30	$1,423,500	1.044%	$14,900	30	$1,423,500	$71,300	No	$549,000
57	CC	1006903707	SANABRIA MERCHAN MAYRA ALEJANDRA			X	230301	30	$1,423,500	$227,800	CCFC5	30	$1,423,500	$178,000	CCF34	30	$1,423,500	$57,000	14-11	30	$1,423,500	1.044%	$14,900	30	$1,423,500	$71,300	No	$549,000
58	CC	21191121	SANTANA SALAMANCA LUZ NELDA				25-14	30	$1,423,500	$227,800	EPS005	30	$1,423,500	$178,000	CCF34	30	$1,423,500	$57,000	14-11	30	$1,423,500	1.044%	$14,900	30	$1,423,500	$71,300	No	$549,000
59	CC	40417939	TUMAY NIETO YILENA IDALY			X	230301	28	$1,328,600	$212,600	EPS037	28	$1,328,600	$166,100	CCF34	28	$1,328,600	$53,200	14-11	28	$1,328,600	1.044%	$13,900	28	$1,328,600	$66,500	No	$512,300
60	CC	1120505598	URREGO MARTINEZ ANGIE ALEJANDRA				230301	30	$1,423,500	$227,800	EPS037	30	$1,423,500	$178,000	CCF34	30	$1,423,500	$57,000	14-11	30	$1,423,500	1.044%	$14,900	30	$1,423,500	$71,300	No	$549,000
Total		Afiliados(60)							$76,869,000	$12,301,400			$81,139,500	$10,146,100			$81,139,500	$3,249,000			$81,139,500		$1,230,200		$81,139,500	$4,064,300		$30,991,000

2025/08/25 04:11 PM

aportes en línea

Planilla Resumen

DATOS GENERALES DEL APORTANTE								
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
NIT 901943219	0	UNION TEMPORAL ADULTO MAYOR META	B - MENOS DE 200 COTIZANTES	UNION TEMPORAL ADULTO MAYOR META	CALLE 36 33-27 BARZAL BAJO	VILLAVICENCIO-META	3133086897	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-07	2025-08	1721614997	9490669883	E	2025/08/06	2025/08/25	BANCO DE BOGOTA	19	$31,364,400

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 4)				57	$12,301,400	$148,100	$0	$12,449,500
COLFONDOS	231001	800,227,940	6	1	$227,800	$2,800	$0	$230,600
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	14	$2,817,200	$33,900	$0	$2,851,100
PORVENIR	230301	800,224,808	8	35	$7,889,500	$94,900	$0	$7,984,400
PROTECCION	230201	800,229,739	0	7	$1,366,900	$16,500	$0	$1,383,400
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				60	$1,230,200	$14,800	$0	$1,245,000
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	60	$1,230,200	$14,800	$0	$1,245,000
CCF (ADMINISTRADORAS: 1)				60	$3,249,000	$39,100	$0	$3,288,100
COFREM	CCF34	892,000,146	3	60	$3,249,000	$39,100	$0	$3,288,100
EPS (ADMINISTRADORAS: 7)				60	$10,146,100	$122,400	$0	$10,268,500
CAJACOPI	CCFC55	901,543,211	6	9	$1,602,000	$19,300	$0	$1,621,300
CAPITAL SALUD	EPSC34	900,298,372	9	13	$2,147,900	$25,900	$0	$2,173,800
FAMISANAR	EPS017	830,003,564	7	4	$712,000	$8,600	$0	$720,600
NUEVA E.P.S.	EPS037	900,156,264	2	6	$931,500	$11,300	$0	$942,800
NUEVA EPS MOVILIDAD	EPS041	900,156,264	2	1	$178,000	$2,200	$0	$180,200
SALUD TOTAL	EPS002	800,130,907	4	15	$2,533,600	$30,500	$0	$2,564,100
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	12	$2,041,100	$24,600	$0	$2,065,700
ICBF (ADMINISTRADORAS: 1)				60	$2,439,600	$29,400	$0	$2,469,000
INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR	PAICBF	899,999,239	2	60	$2,439,600	$29,400	$0	$2,469,000
SENA (ADMINISTRADORAS: 1)				60	$1,624,700	$19,600	$0	$1,644,300
SENA	PASENA	899,999,034	1	60	$1,624,700	$19,600	$0	$1,644,300
TOTAL				60	$30,991,000	$373,400	$0	$31,364,400

2025/08/25 04:11 PM

aportes en línea

Resumen General de Pago

9911

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 86057024		DIAZ GUZMAN JOSE ALVARO	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CR 4a SUR No. 35A-139 B21 AP501	VILLAVICENCIO-META	3112742781	Si

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-07	2025-07	41591740	9488977849	I	2025/08/08	2025/07/21	BANCO DE OCCIDENTE	0	$464,400

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
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)							$1,600,000	$256,000			$1,600,000	$200,000			$0	$0			$1,600,000	$8,400		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)							$1,600,000	$256,000			$1,600,000	$200,000			$0	$0			$1,600,000	$8,400		$0	$0
Ciudad: VILLAVICENCIO Depto: META (1 Afiliados)							$1,600,000	$256,000			$1,600,000	$200,000			$0	$0			$1,600,000	$8,400		$0	$0
1	CC	86057024	DIAZ JOSE	230301		30	$1,600,000	$256,000	EPS009	30	$1,600,000	$200,000		0	$0	$0	14-23	30	$1,600,000	$8,400	0	$0	$0
Total Afiliados(1)							$1,600,000	$256,000			$1,600,000	$200,000			$0	$0			$1,600,000	$8,400		$0	$0

aportes en línea

Resumen General de Pago

4912

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 86057024		DIAZ GUZMAN JOSE ALVARO	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CR 4a SUR No. 35A-139 B21 AP501	VILLAVICENCIO-META	3112742781	SI

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-07	2025-07	41591740	9488977849	1	2025/08/06	2025/07/21	BANCO DE OCCIDENTE	0	$464,400

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$256,000	$0	$0	$256,000
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	$256,000	$0	$0	$256,000
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$8,400	$0	$0	$8,400
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	$8,400	$0	$0	$8,400
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$200,000	$0	$0	$200,000
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	1	$200,000	$0	$0	$200,000
TOTAL				1	$464,400	$0	$0	$464,400

2025/07/21 10:43 AM

RESUMEN PLANILLA PAGADA

DATOS GENERALES DEL APORTANTE								
IDENTIFICACIÓN	DV	RAZÓN SOCIAL	CLASE	CÓDIGO	ARL	F. PRESENTACIÓN	ACT. ECO	TIPO DE EMPRESA
CC 86040479	0	JORGE ENRIQUE RUIZ LOPEZ	I	01	POSITIVA - 14-23	SUCURSAL	4921	Natural
MUN-DEP	DIRECCIÓN		TELÉFONO			EMAIL		EXENTO DE PARAFISCALES
50-1	CRA 13 A 15 61		6702217			MISOL1021@HOTMAIL.COM		N

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACIÓN										
PERÍODO PENSIÓN	PERÍODO SALUD	PLANILLA	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO	CENTRO DE TRABAJO	DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	VALOR PAGO	INTERÉS X MORA	ENTIDAD RECAUDO
2025-07	2025-07	34338473	I	2025-08-11	TODOS LOS CENTROS	TODOS	TODOS	185.500	0	BANCOLOMBIA
Nº AFILIADOS	REF. DE PAGO (PIN)	FECHA LÍMITE PAGO	ESTADO PLANILLA							
1	34338473	2025-08-21	Pagada							

EMPLEADO					NOVEDADES														DÍAS				PENSIÓN					SALUD			CCF			RIESGOS		TARIFA	PARAF	SENA	ICBF	ESAP	MIN			Total	Exento de Parafiscales	Actividad Económica
N.	ID	EMPLEADO	SALARIO	MODALIDAD DE SALARIO	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VTE	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	EPST	AFPT	AFP	EPS	CCF	ARL	NOMBRE	IBC	Cot	FNSOL	FNSUB	NOMBRE	IBC	Cot	NOMBRE	IBC	Cot	IBC	Cot	ARL	IBC	Cot.	Cot.	Cot.	Cot.	Tipo Cot.	Sub. Tipo Cot.			
1	CC 86040479	RUIZ LOPEZ JORGE ENRIQUE	1.423.500																	0			0	30	0	30	SINAFP-SINAFP	0	0	0	0	SANITAS-EPS005	1.423.500	178.000	SIN CCF-SINCCF	0	0	1.423.500	7.500	0.00522	0	0	0	0	0	5	5	185.500	N	3990001

RESUMEN PLANILLA PAGADA

DATOS GENERALES DEL APORTANTE								
IDENTIFICACIÓN	DV	RAZÓN SOCIAL	CLASE	CÓDIGO	ARL	F. PRESENTACIÓN	ACT. ECO	TIPO DE EMPRESA
CC 86040479	0	JORGE ENRIQUE RUIZ LOPEZ	I	01	POSITIVA - 14-23	SUCURSAL	4921	Natural
MUN-DEP	DIRECCIÓN		TELÉFONO			EMAIL		EXENTO DE PARAFISCALES
50-1	CRA 13 A 15 61		6702217			MISOL1021@HOTMAIL.COM		N

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACIÓN										
PERÍODO PENSIÓN	PERÍODO SALUD	PLANILLA	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO	CENTRO DE TRABAJO	DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	VALOR PAGO	INTERÉS X MORA	ENTIDAD RECAUDO
2025-07	2025-07	34338473	I	2025-08-11	TODOS LOS CENTROS	TODOS	TODOS	185.500	0	BANCOLOMBIA
Nº AFILIADOS	REF. DE PAGO (PIN)	FECHA LÍMITE PAGO	ESTADO PLANILLA							
1	34338473	2025-08-21	Pagada							

TOTALES IBC				
IBC PENSIÓN	IBC SALUD	IBC RIESGOS	IBC CAJAS	IBC PARAF
0	1.423.500	1.423.500	0	0

SUBSISTEMA	CÓDIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	VALOR UPC	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES DESCONTADOS	VALOR A PAGAR
EPS(Administradoras: 1)				1	178.000	0	0	0	178.000
SANITAS	EPS005	800251440	6	1	178.000	0	0	0	178.000
ARP(Administradoras: 1)				1	7.500	0	0	0	7.500
POSITIVA	14-23	860011153	6	1	7.500	0	0	0	7.500
Gran Total					185.500	0	0	0	185.500

4914

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

Bancoomeva

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CÉDULA DE CIUDADANÍA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	17338038
NOMBRE O RAZÓN SOCIAL:			CARLOS ALBERTO ESPITIA BERRIO
CIUDAD/MUNICIPIO:	YOPAL	DEPARTAMENTO:	CASANARE
DIRECCIÓN:	CRA 31 A NO 11 B 24	TELÉFONO:	6636517
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONÓMICA:	Actividades regularoras y facilitadoras de la act
FORMA DE PRESENTACIÓN:	UNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:			4615756632	TIPO DE PLANILLA:			INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES	Julio AÑO	2025	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES	Julio AÑO	2025
DÍAS DE MORA:			7				
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):			2025/08/19	NÚMERO AUTORIZACIÓN:			5993684169

TOTAL APORTES A PENSIÓN

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	COTIZACIÓN	APORTES VOLUNTARIOS		FSP		MORA		TOTALES		
CÓDIGO	NOMBRE			EMPLEADOR	COTIZANTE	SOLIDARIDAD	SUBSISTENCIA	COTIZACIÓN	FSP	APORTES	MORA	VALOR PAGADO
25-14	25-14 COLPENSIONES	1	$ 448.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 2.000	$ 0	$ 448.000	$ 2.000	$ 450.000
SUBTOTALES:										$ 448.000	$ 2.000	$ 450.000

TOTAL APORTES A SALUD

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD		LICENCIA MATERNIDAD		SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN		MORA		TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
EPS037	EPS037-NUEVA EPS	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 350.000	$ 0	$ 1.600	$ 0	$ 350.000	$ 1.600	$ 0	$ 351.600
SUBTOTALES:													$ 350.000	$ 1.600	$ 0	$ 351.600

TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD IRP			SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN	TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PAGO A OTROS RIESGOS	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
14-23	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	1		$ 0	$ 0		$ 0	$ 14.700	$ 14.700	$ 100	$ 0	$ 14.800
SUBTOTALES:									$ 14.700	$ 100	$ 0	$ 14.800

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

DATOS DEL COTIZANTE									NOVEDADES																			SEGURIDAD SOCIAL																										PARAFISCALES					
																												PENSIÓN								SALUD						ARP																			
Nº	IDENTIFICACION	NOMBRES	TIPO COTIZANTE	SUBTIPO COTIZANTE	SALARIO BÁSICO	TIPO DE SALARIO	COLOMBIANO EXTRANJERO	REFORMA TRIBUTARIA	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	FSP SUBSISTENCIA	FSP SOLIDARIDAD	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADO	INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APORTE	ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	TOTAL APORTE	ADMIN	DÍAS COT	IBC	CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APORTE	DÍAS COT	IBC	CCF	TOTAL APORTE	SENA	TOTAL APORTE	ICBF	TOTAL APORTE	ESAP	TOTAL APORTE	MINEDU	TOTAL APORTE
1	CC 17338038	ESPITIA BERRIO CARLOS ALBERTO	INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACION DE SERVICIOS		$ 2.800.000			NO																	25-14 COLPENSIONES	30	$ 2.800.000	$ 448.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 448.000	EPS037-NUEVA EPS	30	$ 2.800.000	$ 350.000	$ 0	$ 350.000	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	30	$ 2.800.000	$ 17338038	$ 14.700	$ 0		$ 0		$ 0		$ 0		$ 0		$ 0		$ 0

TOTAL PAGADO: $ 816.400

Planilla Pagada

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

4915

DATOS DEL APORTANTE							
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	1013613532	JOHN ALEXANDER MENDEZ ROA		Cl 37S # 39B 30	6964718	alexmenrot_7@hotmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente			META	VILLAVICENCIO		NO

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	
2025-07	2025-07	I	21/07/2025	88293248	$618.800	

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					
EPS002	Salud Total EPS	800130907-4	250.000	0		0		0	0	0	0	250.000	1

TOTALES PENSIÓN

Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
230301	Porvenir	800224808-8	320.000	0	0	0	0	0	0		320.000	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	48.800				48.800	0	0	48.800			488	48.800	1

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados

TOTALES PARAFISCALES

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

TOTALES POR SUBSISTEMA

Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	250.000	250.000
Pensión	1	320.000	320.000
Riesgos Laborales	1	48.800	48.800
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	618.800	618.800

PAGADA

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

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

4916

DATOS DEL APORTANTE							
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	1013613532	JOHN ALEXANDER MENDEZ ROA		Cl 37S # 39B 30	6964718	alexmenrot_7@hotmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente			META	VILLAVICENCIO		NO

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	
2025-07	2025-07	I	21/07/2025	88293248	$618.800	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE								INFORMACIÓN NOVEDADES																PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES					
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Colombiano en exterior	Exonerado	IGE	IRT	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	COMISION	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
1	CC	1013613532	MENDEZ ROA JOHN ALEXANDER	59	0			N																	230301	2.000.000	320.000	0	0	0	0	EPS002	2.000.000	253.000	14-23	2.000.000	3	46.800		0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

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

aportes en línea

Resumen General de Pago

4917

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 40189654		MORENO HERNANDEZ HILDA MARIA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CRA 12 N 39-36 CAMINO REAL 3	VILLAVICENCIO-META	6691934	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-07	2025-07	40898332	9488480783	I	2025/08/19	2025/07/16	BANCO DE OCCIDENTE	0	$440,500

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO					PENSION		SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES		
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Dias	IBC	Aporte
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$1,423,500	$227,800			$1,423,500	$178,000			$0	$0			$1,423,500	$34,700		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$1,423,500	$227,800			$1,423,500	$178,000			$0	$0			$1,423,500	$34,700		$0	$0
Ciudad: VILLAVICENCIO Depto: META (1 Afiliados)					$1,423,500	$227,800			$1,423,500	$178,000			$0	$0			$1,423,500	$34,700		$0	$0
1	CC 40189654	MORENO HILDA	25-14	30	$1,423,500	$227,800	EPS002	30	$1,423,500	$178,000		0	$0	$0	14-11	30	$1,423,500	$34,700	0	$0	$0
Total	**Afiliados(1)**				$1,423,500	$227,800			$1,423,500	$178,000			$0	$0			$1,423,500	$34,700		$0	$0

2025/07/16 11:49 PM

aportes en línea

Resumen General de Pago

4918

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 40189664		MORENO HERNANDEZ HILDA MARIA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CRA 12 N 39-36 CAMINO REAL 3	VILLAVICENCIO-META	6691934	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-07	2025-07	40898332	9488480783	I	2025/08/19	2025/07/16	BANCO DE OCCIDENTE	0	$440,500

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$227,800	$0	$0	$227,800
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	1	$227,800	$0	$0	$227,800
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$34,700	$0	$0	$34,700
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	1	$34,700	$0	$0	$34,700
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$178,000	$0	$0	$178,000
SALUD TOTAL	EPS002	800,130,907	4	1	$178,000	$0	$0	$178,000
TOTAL				1	$440,500	$0	$0	$440,500

2025/07/16 11:49 PM

4919

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
COMPROBANTE DE PAGO

Bancolombia

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CÉDULA DE CIUDADANÍA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	1121902731
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			AURA CRISTINA CALVO CASTILLO
CIUDAD/MUNICIPIO:	VILLAVICENCIO	DEPARTAMENTO:	META
DIRECCIÓN:	TORRES DE SALERNO 2 TORRE 5	TELÉFONO:	6713339
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Comercio al por mayor de
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:	**7980248350**	TIPO DE PLANILLA:		I-INDEPENDIENTES	
PERIODO COTIZACIÓN	MES:	julio	PERIODO COTIZACIÓN	MES:	julio
OTROS SUBSISTEMAS:	AÑO:	2025	SALUD:	AÑO:	2025
DÍAS DE MORA:		11			
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):		2025/08/22	NÚMERO AUTORIZACIÓN:		1719528057

NOVEDADES

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

LIQUIDACIÓN GENERAL

			TOTALES	
			COTIZANTES	TOTAL PAGADO
PENSIÓN				
		ADMINISTRADORA		
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
8002297390	230201	230201- PROTECCION	1	$ 230.800
		SUBTOTAL:	1	**$ 230.800**
SALUD				
		ADMINISTRADORA		
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
8002514406	EPS005	EPS005-SANITAS S.A.	1	$ 180.400
		SUBTOTAL:	1	**$ 180.400**

VALOR SIN MORA:	**$ 408.300**
VALOR MORA:	**$ 2.900**
TOTAL PAGADO:	**$ 411.200**

9920

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
COMPROBANTE DE PAGO

Bancolombia

DATOS GENERALES DEL APORTANTE			
TIPO IDENTIFICACIÓN:	CÉDULA DE CIUDADANÍA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	1121902731
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			AURA CRISTINA CALVO CASTILLO
CIUDAD/MUNICIPIO:	VILLAVICENCIO	DEPARTAMENTO:	META
DIRECCIÓN:	TORRES DE SALERNO 2 TORRE 5	TELÉFONO:	6713339
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Comercio al por mayor de
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA					
NÚMERO PLANILLA:	**7984416444**	TIPO DE PLANILLA:		N-CORRECCIONES	
PERIODO COTIZACIÓN OTROS SUBSISTEMAS:	MES:	julio	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES:	julio
	AÑO:	2025		AÑO:	2025
DÍAS DE MORA:	15				
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):	2025/08/26	NÚMERO AUTORIZACIÓN:		1727043249	
NÚMERO DE LA PLANILLA ASOCIADA:	7980248350	FECHA DE PAGO DE LA PLANILLA ASOCIADA:		2025/08/22	

LIQUIDACIÓN GENERAL

			TOTALES	
			COTIZANTES	TOTAL PAGADO
PENSIÓN				
		ADMINISTRADORA		
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
8002297390	230201	230201- PROTECCION	1	$ 0
		SUBTOTAL:	1	**$ 0**
SALUD				
		ADMINISTRADORA		
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
8002514406	EPS005	EPS005-SANITAS S.A.	1	$ 0
		SUBTOTAL:	1	**$ 0**
RIESGOS PROFESIONALES				
		ADMINISTRADORA		
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
8909037905	14-11	14-11 - ARL SURA	1	$ 35.300
		SUBTOTAL:	1	**$ 35.300**

VALOR SIN MORA:	**$ 34.900**
VALOR MORA:	**$ 400**
TOTAL PAGADO:	**$ 35.300**

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NUMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	40218538	JULIETH ANDREA SANCHEZ ZARTA	Mz34 casa 3b bosques rosablanca	3208582712	psicoandreasanchez@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
UNICA	I – Independiente		META	VILLAVICENCIO		NO

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	
2025-07	2025-07	I	22/08/2025	89161004	$443.500	

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					
EPS002	Salud Total EPS	800130907-4	178.000	0		0		0	10	1.200	0	179.200	1

TOTALES PENSIÓN												
Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
23100?	Colfondos	800227940-6	227.800	0	0	0	0	10	1.500	0	229.300	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	34.700				34.700	10	300	35.000			347	35.000	1

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

TOTALES PARAFISCALES				
Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	10	0	0	0
ICBF				
0	10	0	0	0
ESAP				
MEN				

TOTALES POR SUBSISTEMA			
Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	178.000	179.200
Pensión	1	227.800	229.300
Riesgos Laborales	1	34.700	35.000
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	440.500	443.500

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

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

4922

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	40218538	JULIETH ANDREA SANCHEZ ZARTA	Mz34 case 3b bosques rosablanca	3206582712	psicoandreasanchez@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	1 – Independiente		META	VILLAVICENCIO		NO

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
2025-07	2025-07	1	22/08/2025	89161004	$443.500

TALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE							INFORMACIÓN NOVEDADES																		PENSIÓN						SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES					
Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Colombiano en el exterior	Extranjero	IRA	INT	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	Concepto IBC	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
CC	40218538	SANCHEZ ZARTA JULIETH ANDREA	57	0		N																		231001	1.423.500	227.800	0	0	0	0	EPS002	1.423.500	178.000	14-23	1.423.500	3	34.760		0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

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

aportes en línea

Planilla Resumen

4923.

DATOS GENERALES DEL APORTANTE							
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1121890269		GUERRA UPEGUI ANGELICA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	PIÑALITO	VISTAHERMOSA-META	3228119185	SI

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-07	2025-07	1689631252	9490165057	I	2025/08/19	2025/08/11	NEQUI	0	$420,700

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO			NOVEDADES																PENSION		SALUD		CCF		RIESGOS			PARAFISCALES	
No.	Identificación	Nombre	ing	ret	tde	tae	tdp	tap	vsp	cor	vst	sln	ige	lma	vac	avp	vct	irl	vip	Codigo	Dias	Codigo	Dias	Codigo	Dias	Codigo	Dias	Tarifa	Dias	Exonerado SENA e ICBF
SUCURSAL: PRINCIPAL (1 Afiliados)																														
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)																														
Ciudad: VISTAHERMOSA Depto: META (1 Afiliados)																														
1	CC	1121890269	GUERRA ANGELICA																	23030 1	30	EPSC34	30		0	14-23	30	1.044%	0	No
Total		**Afiliados(1)**																												

DATOS GENERALES DEL APORTANTE							
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1121890269		GUERRA UPEGUI ANGELICA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	PIÑALITO	VISTAHERMOSA-META	3228119185	SI

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-07	2025-07	1689631252	9490165057	I	2025/08/19	2025/08/11	NEQUI	0	$420,700

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$227,800	$0	$0	$227,800
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	$227,800	$0	$0	$227,800
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$14,900	$0	$0	$14,900
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	$14,900	$0	$0	$14,900
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$178,000	$0	$0	$178,000
CAPITAL SALUD	EPSC34	900,298,372	9	1	$178,000	$0	$0	$178,000
TOTAL				1	$420,700	$0	$0	$420,700

2025/08/09 10:40 AM

RESUMEN PLANILLA PAGADA

4924.

DATOS GENERALES DEL APORTANTE								
IDENTIFICACIÓN	DV	RAZÓN SOCIAL	CLASE	CÓDIGO	ARL	F. PRESENTACIÓN	ACT. ECO	TIPO DE EMPRESA
CC 40404419	0	SANDRA YOLIMA BARBOSA BERNATE	I	0	POSITIVA - 14-23	ÚNICA	8553	Natural
MUN-DEP	DIRECCIÓN		TELÉFONO			EMAIL		EXENTO DE PARAFISCALES
50-1	CARRERA 20A # 35A BIS - 27 JORDAN		3223659723			PEDSAA21@GMAIL.COM		N

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACIÓN										
PERÍODO PENSIÓN	PERÍODO SALUD	PLANILLA	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO	CENTRO DE TRABAJO	DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	VALOR PAGO	INTERÉS X MORA	ENTIDAD RECAUDO
2025-07	2025-07	34412053	I	2025-08-28	TODOS LOS CENTROS	TODOS	TODOS	419.200	5.900	BANCOLOMBIA
Nº AFILIADOS	REF. DE PAGO (PIN)	FECHA LÍMITE PAGO	ESTADO PLANILLA							
1	34412053	2025-08-06	Pagada							

EMPLEADO					NOVEDADES																DÍAS				PENSIÓN					SALUD			CCF			RIESGOS		TARIFA	PARAF	SENA	ICBF	ESAP	MIN			Total	Exento de Parafiscales	Actividad Económica
N.	ID	EMPLEADO	SALARIO	MODALIDAD DE SALARIO	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VTE	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	EPST	AFPT	AFP	EPS	CCF	ARL	NOMBRE	IBC	Cot	FNSOL	FNSUB	NOMBRE	IBC	Cot	NOMBRE	IBC	Cot	IBC	Cot	ARL	IBC	Cot	Cot	Cot	Cot	Cot	Tipo Cot.	Sub. Tipo Cot.			
1	CC 40404419	BARBOSA BERNATE SANDRA YOLIMA	1.423.500																	0			30	30	0	30	PORVENIR-230301	1.423.500	227.800	0	0	EPS-S CAPITAL-EPSC34	1.423.500	178.000	SIN CCF-SINCCF	0	0	1.423.500	7.500	0,00522	0	0	0	0	0	57	0	413.300	N	0

RESUMEN PLANILLA PAGADA

DATOS GENERALES DEL APORTANTE								
IDENTIFICACIÓN	DV	RAZÓN SOCIAL	CLASE	CÓDIGO	ARL	F. PRESENTACIÓN	ACT. ECO	TIPO DE EMPRESA
CC 40404419	0	SANDRA YOLIMA BARBOSA BERNATE	I	0	POSITIVA - 14-23	ÚNICA	8553	Natural
MUN-DEP	DIRECCIÓN		TELÉFONO			EMAIL		EXENTO DE PARAFISCALES
50-1	CARRERA 20A # 35A BIS - 27 JORDAN		3223659723			PEDSAA21@GMAIL.COM		N

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACIÓN										
PERÍODO PENSIÓN	PERÍODO SALUD	PLANILLA	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO	CENTRO DE TRABAJO	DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	VALOR PAGO	INTERÉS X MORA	ENTIDAD RECAUDO
2025-07	2025-07	34412053	I	2025-08-28	TODOS LOS CENTROS	TODOS	TODOS	419.200	5.900	BANCOLOMBIA
Nº AFILIADOS	REF. DE PAGO (PIN)	FECHA LÍMITE PAGO	ESTADO PLANILLA							
1	34412053	2025-08-06	Pagada							

TOTALES IBC				
IBC PENSIÓN	IBC SALUD	IBC RIESGOS	IBC CAJAS	IBC PARAF
1.423.500	1.423.500	1.423.500	0	0

SUBSISTEMA	CÓDIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	VALOR UPC	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES DESCONTADOS	VALOR A PAGAR
AFP(Administradoras: 1)				1	227.800	0	3.200	0	231.000
PORVENIR	230301	800224808	8	1	227.800	0	3.200	0	231.000
EPS(Administradoras: 1)				1	178.000	0	2.500	0	180.500
EPS-S CAPITAL	EPSC34	900298372	9	1	178.000	0	2.500	0	180.500
ARP(Administradoras: 1)				1	7.500	0	200	0	7.700
POSITIVA	14-23	860011153	6	1	7.500	0	200	0	7.700
Gran Total					413.300	0	5.900	0	419.200

enlace operativo

SuAporte | AUTOLIQUIDACION

Fecha creación reporte: 2025-07-11, 12:34:00 PM **Tipo Planilla:** I; PLANILLA INDEPENDIENTES **Número Planilla:** 79151689

Periodo Cotización: Julio de 2025 **Periodo Servicio:** Julio de 2025

4925

PAGADO 11/07/2025

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	FABIO GUTIERREZ ROMERO		
Documento	CC17315808	**Dirección**	CALLE 10 # 12-58
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	**Teléfono**	3144427211
Tipo Persona	NATURAL	**FormaPresentación**	ÚNICO
Ciudad	VILLAVICENCIO	**Departamento**	META
Representante Legal	FABIO GUTIERREZ ROMERO	**Identificación**	CC17315808
Total Afiliados	1	**ARP**	POSITIVA DE SEGUROS

II. DETALLE DEL APORTANTE

Datos del Afiliado				Novedades																		Pensiones			Salud			Riesgos			Cajas			Parafiscales				Total
Identificación	Apellidos y Nombres	Tipo Cotizante	Subtipo Cotizante	IGE	RET	RETP	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	COR	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	Días AFP	Días EPS	Días ARP	Días CCF	Administradora	IBC Pensión	Aporte Pensión	Administradora	IBC Salud	Aporte Salud	Tarifa	IBC Riesgos	Aporte Riesgo	Administradora	IBC Caja	Aporte Caja	Aporte SENA	Aporte ICBF	ESAP	Aporte Mintrabajo	Total
17315808	FABIO GUTIERREZ ROMERO	57	04																		4	30	30	0	PORVENIR	$ 0	$ 0	(PENSIONES Y CESANTIAS PROTECCION)	$ 1.423.500	$ 177.900	2.542	$ 1.423.500	$ 36.200	(CAJA DE COMPENSACION COMFACA)	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 213.900

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
$ 0	$ 1.423.500	$ 1.423.500	$ 0	$ 0	$ 177.900	$ 7.200	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 185.400	$ 0	$ 185.400

ARUS, Línea Expertos en PILA: Barranquilla: 385 24 44 - Bogotá: 485 4485 - Bucaramanga: 697 87 27 - Cali: 485 9444 - Cartagena: 693 77 27 - Pereira: 340 13 27 - Manizales: 892 80 27 - Medellín: 604 2727 - Desde otras ciudades: 018000 51 99 77. Línea Ética: 018000 517806.

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

EXPERTOS en PILA

RESUMEN PLANILLA PAGADA

4926

DATOS GENERALES DEL APORTANTE								
IDENTIFICACIÓN	DV	RAZÓN SOCIAL	CLASE	CÓDIGO	ARL	F. PRESENTACIÓN	ACT. ECO	TIPO DE EMPRESA
CC 17315352	0	PEDRO LUIS ACEVEDO GARCIA	I	0	POSITIVA - 14-23	ÚNICA	8553	Natural
MUN-DEP	DIRECCIÓN		TELÉFONO			EMAIL		EXENTO DE PARAFISCALES
50-1	CARRERA 20A # 35A BIS - 27 JORDAN		3223659723			PEDSAA21@GMAIL.COM		N

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACIÓN										
PERÍODO PENSIÓN	PERÍODO SALUD	PLANILLA	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO	CENTRO DE TRABAJO	DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	VALOR PAGO	INTERÉS X MORA	ENTIDAD RECAUDO
2025-07	2025-07	34129120	I	2025-08-25	TODOS LOS CENTROS	TODOS	TODOS	186.900	1.400	BANCOLOMBIA
Nº AFILIADOS	REF. DE PAGO (PIN)	FECHA LÍMITE PAGO	ESTADO PLANILLA							
1	34129120	2025-08-14	Pagada							

EMPLEADO					NOVEDADES																DÍAS				PENSIÓN					SALUD			CCF			RIESGOS		TARIFA	PARAF	SENA	ICBF	ESAP	MIN					
N.	ID	EMPLEADO	SALARIO	MODALIDAD DE SALARIO	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VTE	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	EPST	APPT	AFP	EPS	CCF	ARL	NOMBRE	IBC	Cot	FNSOL	FNSUB	NOMBRE	IBC	Cot	NOMBRE	IBC	Cot	IBC	Cot	ARL	IBC	Cot.	Cot.	Cot.	Cot.	Cot.	Tipo Cot.	Sub. Tipo Cot.	Total	Exento de Parafiscales	Actividad Económica
1	CC 17315352	ACEVEDO GARCIA PEDRO LUIS	1.423.500																	0			0	30	0	30	SINAFP-SINAFP	0	0	0	0	EPS-S CAPITAL-EPSC34	1.423.500	178.000	SIN CCF-SINCCF	0	0	1.423.500	7.500	0.00522	0	0	0	0	0	0	59	5	185.500	N	1855901

RESUMEN PLANILLA PAGADA

DATOS GENERALES DEL APORTANTE								
IDENTIFICACIÓN	DV	RAZÓN SOCIAL	CLASE	CÓDIGO	ARL	F. PRESENTACIÓN	ACT. ECO	TIPO DE EMPRESA
CC 17315352	0	PEDRO LUIS ACEVEDO GARCIA	I	0	POSITIVA - 14-23	ÚNICA	8553	Natural
MUN-DEP	DIRECCIÓN		TELÉFONO			EMAIL		EXENTO DE PARAFISCALES
50-1	CARRERA 20A # 35A BIS - 27 JORDAN		3223659723			PEDSAA21@GMAIL.COM		N

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACIÓN										
PERÍODO PENSIÓN	PERÍODO SALUD	PLANILLA	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO	CENTRO DE TRABAJO	DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	VALOR PAGO	INTERÉS X MORA	ENTIDAD RECAUDO
2025-07	2025-07	34129120	I	2025-08-25	TODOS LOS CENTROS	TODOS	TODOS	186.900	1.400	BANCOLOMBIA
Nº AFILIADOS	REF. DE PAGO (PIN)	FECHA LÍMITE PAGO	ESTADO PLANILLA							
1	34129120	2025-08-14	Pagada							

TOTALES IBC				
IBC PENSIÓN	IBC SALUD	IBC RIESGOS	IBC CAJAS	IBC PARAF
0	1.423.500	1.423.500	0	0

SUBSISTEMA	CÓDIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	VALOR UPC	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES DESCONTADOS	VALOR A PAGAR
EPS(Administradoras: 1)				1	178.000	0	1.300	0	179.300
EPS-S CAPITAL	EPSC34	900298372	9	1	178.000	0	1.300	0	179.300
ARP(Administradoras: 1)				1	7.500	0	100	0	7.600
POSITIVA	- 14-23	860011153	6	1	7.500	0	100	0	7.600
Gran Total					185.500	0	1.400	0	186.900

4927

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
COMPROBANTE DE PAGO

Bancolombia

DATOS GENERALES DEL APORTANTE			
TIPO IDENTIFICACIÓN:	CÉDULA DE CIUDADANÍA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	21239930
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			MARLENY JIMENEZ CADENA
CIUDAD/MUNICIPIO:	VILLAVICENCIO	DEPARTAMENTO:	META
DIRECCIÓN:	CALLE 4 A #34A 11 ROSABLANCA	TELÉFONO:	6654417
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Otras actividades de servicios
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA					
NÚMERO PLANILLA:	7979010332	TIPO DE PLANILLA:		I-INDEPENDIENTES	
PERIODO COTIZACIÓN	MES: julio	PERIODO COTIZACIÓN		MES:	julio
OTROS SUBSISTEMAS:	AÑO: 2025	SALUD:		AÑO:	2025
DÍAS DE MORA:	0				
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):	2025/08/04	NÚMERO AUTORIZACIÓN:		1676857621	

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

Planilla Pagada

LIQUIDACIÓN GENERAL

			TOTALES	
			COTIZANTES	TOTAL PAGADO
SALUD				
		ADMINISTRADORA		
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
8300035647	EPS017	EPS017-FAMISANAR	1	$ 178.000
		SUBTOTAL:	1	**$ 178.000**
RIESGOS PROFESIONALES				
		ADMINISTRADORA		
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
8600111536	14-23	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	1	$ 7.500
		SUBTOTAL:	1	**$ 7.500**

Planilla Pagada

VALOR SIN MORA:	**$ 185.500**
VALOR MORA:	**$ 0**
TOTAL PAGADO:	**$ 185.500**

4928

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

Bancolombia

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CÉDULA DE CIUDADANÍA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	21239930
NOMBRE O RAZON SOCIAL:			MARLENY JIMENEZ CADENA
CIUDAD/MUNICIPIO:	VILLAVICENCIO	DEPARTAMENTO:	META
DIRECCIÓN:	CALLE 4 A #34A 11 ROSABLANCA ORIENTAL	TELÉFONO:	6654417
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Otras actividades de servicios personales n.c.p.
FORMA DE PRESENTACIÓN:	UNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):	NO		

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:	7979010332			TIPO DE PLANILLA:			I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES	julio AÑO	2025	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES	julio AÑO	2025
DÍAS DE MORA:			0				
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):	2025/08/04			NÚMERO AUTORIZACIÓN:			1676857621

TOTAL APORTES A SALUD

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD		LICENCIA MATERNIDAD		SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN		MORA		TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
EPS017	EPS017-FAMISANAR	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 178.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 178.000	$ 0	$ 0	$ 178.000
SUBTOTALES:													$ 178.000	$ 0	$ 0	$ 178.000

TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD IRP			SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN	TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACION	VALOR	PAGO A OTROS RIESGOS	PLANILLA	VALOR	COTIZACION	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
14-23	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	1		$ 0	$ 0		$ 0	$ 7.500	$ 7.500	$ 0	$ 0	$ 7.500
SUBTOTALES:									$ 7.500	$ 0	$ 0	$ 7.500

LIQUIDACION DETALLADA APORTES

DATOS DEL COTIZANTE									NOVEDADES																			SEGURIDAD SOCIAL																				PARAFISCALES							
																												PENSIÓN								SALUD							ARP													
Nº	IDENTIFICACIÓN	NOMBRES	TIPO COTIZANTE	SUBTIPO COTIZANTE	SALARIO BÁSICO	TIPO DE SALARIO	COLOMBIANO	EXTRANJERO	REFORMA TRIBUTARIA	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VOT	IRP	ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	FSP SUBSISTENCIA	FSP SOLIDARIDAD	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADO	INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APORTE	ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	TOTAL APORTE	ADMIN	DÍAS COT	IBC	CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APORTE	DÍAS COT	IBC	ADMIN	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE
1	CC 21239930	JIMENEZ CADENA MARLENY	INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACION DE SERVICIOS	RIESGOS SISTEMA SALDOS	$ 1.423.500				NO																			$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0		$ 0	EPS017-FAMISANAR	30	1.423.500	$ 178.000	$ 0	$ 178.000	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	30	1.423.500		$ 7.500		$ 0		$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0

TOTAL PAGADO: $ 185.500

Planilla Pagada
aportes en línea SOI
Planilla Pagada

RESUMEN PLANILLA PAGADA

4929

DATOS GENERALES DEL APORTANTE								
IDENTIFICACIÓN	DV	RAZÓN SOCIAL	CLASE	CÓDIGO	ARL	F. PRESENTACIÓN	ACT. ECO	TIPO DE EMPRESA
CC 13443815	0	UBALDO ROMERO CAMELO	I	0	POSITIVA - 14-23	ÚNICA	8553	Natural
MUN-DEP	DIRECCIÓN		TELÉFONO			EMAIL		EXENTO DE PARAFISCALES
50-1	CALLE 5C # 29 - 57 BRR. COMUNEROS		3133496525			PEDSAA21@GMAIL.COM		N

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACIÓN										
PERÍODO PENSIÓN	PERÍODO SALUD	PLANILLA	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO	CENTRO DE TRABAJO	DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	VALOR PAGO	INTERÉS X MORA	ENTIDAD RECAUDO
2025-07	2025-07	34168935	I	2025-08-25	TODOS LOS CENTROS	TODOS	TODOS	187.800	2.300	BANCOLOMBIA
Nº AFILIADOS	REF. DE PAGO (PIN)	FECHA LÍMITE PAGO	ESTADO PLANILLA							
1	34168935	2025-08-06	Pagada							

EMPLEADO					NOVEDADES																	DÍAS				PENSIÓN					SALUD			CCF			RIESGOS		TARIFA	PARAF	SENA	ICBF	ESAP	MIN				
N.	ID	EMPLEADO	SALARIO	MODALIDAD DE SALARIO	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VTE	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	EPST	AFPT	AFP	EPS	CCF	ARL	NOMBRE	IBC	Cot	FNSOL	FNSUB	NOMBRE	IBC	Cot	NOMBRE	IBC	Cot	IBC	Cot	ARL	IBC	Cot	Cot	Cot	Cot	Cot	Tipo Cot	Sub. Tipo Cot	Total	Exento de Parafiscales	Actividad Económica
1	CC 13443815	ROMERO CAMELO UBALDO	1.423.500																		0		0	30	0	30	SINAFP-SINAFP	0	0	0	0	SANITAS-EPS005	1.423.500	178.000	SIN CCF-SINCCF	0	0	1.423.500	7.500	0,00522	0	0	0	0	0	59	5	185.500	N	1855301

RESUMEN PLANILLA PAGADA

DATOS GENERALES DEL APORTANTE								
IDENTIFICACIÓN	DV	RAZÓN SOCIAL	CLASE	CÓDIGO	ARL	F. PRESENTACIÓN	ACT. ECO	TIPO DE EMPRESA
CC 13443815	0	UBALDO ROMERO CAMELO	I	0	POSITIVA - 14-23	ÚNICA	8553	Natural
MUN-DEP	DIRECCIÓN		TELÉFONO			EMAIL		EXENTO DE PARAFISCALES
50-1	CALLE 5C # 29 - 57 BRR. COMUNEROS		3133496525			PEDSAA21@GMAIL.COM		N

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACIÓN										
PERÍODO PENSIÓN	PERÍODO SALUD	PLANILLA	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO	CENTRO DE TRABAJO	DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	VALOR PAGO	INTERÉS X MORA	ENTIDAD RECAUDO
2025-07	2025-07	34168935	I	2025-08-25	TODOS LOS CENTROS	TODOS	TODOS	187.800	2.300	BANCOLOMBIA
Nº AFILIADOS	REF. DE PAGO (PIN)	FECHA LÍMITE PAGO	ESTADO PLANILLA							
1	34168935	2025-08-06	Pagada							

TOTALES IBC				
IBC PENSIÓN	IBC SALUD	IBC RIESGOS	IBC CAJAS	IBC PARAF
0	1.423.500	1.423.500	0	0

SUBSISTEMA	CÓDIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	VALOR UPC	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES DESCONTADOS	VALOR A PAGAR
EPS(Administradoras: 1)				1	178.000	0	2.200	0	180.200
SANITAS	EPS005	800251440	6	1	178.000	0	2.200	0	180.200
ARP(Administradoras: 1)				1	7.500	0	100	0	7.600
POSITIVA	14-23	860011153	6	1	7.500	0	100	0	7.600
Gran Total					185.500	0	2.300	0	187.800

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

4930

Bancoomeva

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CÉDULA DE CIUDADANÍA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	1123860516
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			YAMILETH GOMEZ PLAZA
CIUDAD/MUNICIPIO:	LA MACARENA	DEPARTAMENTO:	META
DIRECCIÓN:	CASA 11 BARRIO BUENA VIDA	TELÉFONO:	1111111
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Actividades de bibliotecas y archivos.
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:			4614364625	TIPO DE PLANILLA:		I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES	julio AÑO	2025	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES julio AÑO	2025
DÍAS DE MORA:			15			
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):			2025/08/21	NÚMERO AUTORIZACIÓN:		9993730901

TOTAL APORTES A PENSIÓN

ADMINISTRADORA CÓDIGO	ADMINISTRADORA NOMBRE	No. COTIZANTES	COTIZACION	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR	APORTES VOLUNTARIOS COTIZANTE	FSP SOLIDARIDAD	FSP SUBSISTENCIA	MORA COTIZACIÓN	MORA FSP	TOTALES APORTES	TOTALES MORA	TOTALES VALOR PAGADO
230301	230301-PORVENIR	1	$ 227.800	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 2.200	$ 0	$ 227.800	$ 2.200	$ 230.000
SUBTOTALES:										$ 227.800	$ 2.200	$ 230.000

TOTAL APORTES A SALUD

ADMINISTRADORA CÓDIGO	ADMINISTRADORA NOMBRE	No. COTIZANTES	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD NÚMERO AUTORIZACIÓN	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD VALOR	LICENCIA MATERNIDAD NÚMERO AUTORIZACIÓN	LICENCIA MATERNIDAD VALOR	SALDO A FAVOR PLANILLA	SALDO A FAVOR VALOR	LIQUIDACIÓN COTIZACIÓN	LIQUIDACIÓN VALOR ADRES	MORA COTIZACIÓN	MORA VALOR ADRES	TOTALES APORTES	TOTALES MORA	TOTALES DESCUENTO	TOTALES VALOR PAGADO
EPSC34	EPSC34-CAPITAL SALUD EPSS	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 178.000	$ 0	$ 1.700	$ 0	$ 178.000	$ 1.700	$ 0	$ 179.700
SUBTOTALES:													$ 178.000	$ 1.700	$ 0	$ 179.700

TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES

ADMINISTRADORA CÓDIGO	ADMINISTRADORA NOMBRE	No. COTIZANTES	INCAPACIDAD IRP NÚMERO AUTORIZACIÓN	INCAPACIDAD IRP VALOR	PAGO A OTROS RIESGOS	SALDO A FAVOR PLANILLA	SALDO A FAVOR VALOR	LIQUIDACIÓN COTIZACIÓN	TOTALES APORTES	TOTALES MORA	TOTALES DESCUENTO	TOTALES VALOR PAGADO
14-23	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	1		$ 0	$ 0		$ 0	$ 7.500	$ 7.500	$ 100	$ 0	$ 7.600
SUBTOTALES:									$ 7.500	$ 100	$ 0	$ 7.600

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

DATOS DEL COTIZANTE / NOVEDADES

Nº	IDENTIFICACIÓN	NOMBRES	TIPO COTIZANTE	SUBTIPO COTIZANTE	SALARIO BASICO	TIPO DE SALARIO	COLOMBIANO EXTRANJERO	EXTRANJERO	REFORMA TRIBUTARIA	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP
1	CC 1123880518	GOMEZ PLAZA YAMILETH	INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS		$ 1.423.500				NO																	

SEGURIDAD SOCIAL — PENSIÓN

Nº	ADMIN	DIAS COT	IBC	COTIZACIÓN	FSP SUBSISTENCIA	FSP SOLIDARIDAD	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADO	INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APORTE
1	230301-PORVENIR	30	$ 1.423.500	$ 227.800	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 227.800

SEGURIDAD SOCIAL — SALUD / ARP

Nº	SALUD ADMIN	SALUD DIAS COT	SALUD IBC	SALUD COTIZACIÓN	SALUD VALOR ADRES	SALUD TOTAL APORTE	ARP ADMIN	ARP DIAS COT	ARP IBC	ARP CENTRO DE TRABAJO	ARP TOTAL APORTE
1	EPSC34-CAPITAL SALUD EPSS	30	$ 1.423.500	$ 178.000	$ 0	$ 178.000	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	30	$ 1.423.500	112386051	$ 7.500

PARAFISCALES

Nº	DIAS COT	IBC	CCF ADMIN	CCF TOTAL APORTE	SENA TOTAL APORTE	ICBF TOTAL APORTE	ESAP TOTAL APORTE	MINEDU TOTAL APORTE
1		$ 0		$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0

TOTAL PAGADO: $ 417.300

Planilla Pagada

4931

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
COMPROBANTE DE PAGO

Bancolombia

DATOS GENERALES DEL APORTANTE			
TIPO IDENTIFICACIÓN:	CÉDULA DE CIUDADANÍA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	40271617
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			MARIA ENELIA BERMUDEZ URIBE
CIUDAD/MUNICIPIO:	URIBE	DEPARTAMENTO:	META
DIRECCIÓN:	INSPECCION JULIA	TELÉFONO:	5656565
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Comercio al por mayor de
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA					
NÚMERO PLANILLA:	**7977409270**	TIPO DE PLANILLA:		I-INDEPENDIENTES	
PERIODO COTIZACIÓN	MES: julio	PERIODO COTIZACIÓN		MES:	julio
OTROS SUBSISTEMAS:	AÑO: 2025	SALUD:		AÑO:	2025
DÍAS DE MORA:	0				
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):	2025/08/04	NÚMERO AUTORIZACIÓN:		1676330793	

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

planilla pagada

LIQUIDACIÓN GENERAL

			TOTALES	
			COTIZANTES	TOTAL PAGADO
PENSIÓN				
		ADMINISTRADORA		
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
9003360047	25-14	25-14 COLPENSIONES	1	$ 227.800
		SUBTOTAL:	1	**$ 227.800**
SALUD				
		ADMINISTRADORA		
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
9002983729	EPSC34	EPSC34-CAPITAL SALUD EPSS	1	$ 178.000
		SUBTOTAL:	1	**$ 178.000**
RIESGOS PROFESIONALES				
		ADMINISTRADORA		
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
8600111536	14-23	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	1	$ 7.500
		SUBTOTAL:	1	**$ 7.500**

VALOR SIN MORA:	**$ 413.300**
VALOR MORA:	**$ 0**
TOTAL PAGADO:	**$ 413.300**

493 2

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

Bancoomeva

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CÉDULA DE CIUDADANÍA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	40215865
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			YOBANA HERNANDEZ
CIUDAD/MUNICIPIO:	VILLAVICENCIO	DEPARTAMENTO:	META
DIRECCIÓN:	CRA 18 S 29	TELÉFONO:	6606664
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONÓMICA:	Comercio al por mayor de computadores, equipo per
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:		1208242161	TIPO DE PLANILLA:		I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES julio AÑO	2025	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES julio AÑO	2025
DÍAS DE MORA:		3			
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):		2025/08/22	NÚMERO AUTORIZACIÓN:		0099736473

TOTAL APORTES A PENSIÓN

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	COTIZACIÓN	APORTES VOLUNTARIOS		FSP		MORA		TOTALES		
CÓDIGO	NOMBRE			EMPLEADOR	COTIZANTE	SOLIDARIDAD	SUBSISTENCIA	COTIZACIÓN	FSP	APORTES	MORA	VALOR PAGADO
230301	230301-PORVENIR	1	$ 227,800	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 500	$ 0	$ 227,800	$ 500	$ 228,300
SUBTOTALES:										**$ 227,800**	**$ 500**	**$ 228,300**

TOTAL APORTES A SALUD

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD		LICENCIA MATERNIDAD		SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN		MORA		TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
EPS002	EPS002-SALUD TOTAL	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 178,000	$ 0	$ 400	$ 0	$ 178,000	$ 400	$ 0	$ 178,400
SUBTOTALES:													**$ 178,000**	**$ 400**	**$ 0**	**$ 178,400**

TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD IRP			SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN		TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PAGO A OTROS RIESGOS	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
14-4	14-4-SEGUROS DE VIDA COLPATRIA S.A.	1		$ 0	$ 0		$ 0	$ 7,500	$ 7,500	$ 100	$ 0	$ 7,600
SUBTOTALES:									**$ 7,500**	**$ 100**	**$ 0**	**$ 7,600**

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

DATOS DEL COTIZANTE										NOVEDADES																				SEGURIDAD SOCIAL																						PARAFISCALES							
																														PENSIÓN							SALUD							ARP								CCF		SENA		ICBF		ESAP	MINEDU
Nº	IDENTIFICACIÓN	NOMBRES	TIPO COTIZANTE	SUBTIPO COTIZANTE	SALARIO BÁSICO	TIPO DE SALARIO	COLOMBIANO	EXTRANJERO	REFORMA TRIBUTARIA	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	ADMIN	DIAS COT	IBC	COTIZACIÓN	SUBSISTENCIA	SOLIDARIDAD	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADO	INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APORTE	ADMIN	DIAS COT	IBC	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	TOTAL APORTE	ADMIN	DIAS COT	IBC	CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APORTE	DIAS COT	IBC	ADMIN	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE
1	CC 40215865	HERNANDEZ PACHON YOBANA	INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS		$ 1,423,500				NO																		230301-PORVENIR	30	$ 1,423,500	$ 227,800	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 227,800	EPS002-SALUD TOTAL	30	$ 1,423,500	$ 178,000	$ 0	$ 178,000	14-4-SEGUROS DE VIDA COLPATRIA S.A.	30	$ 1,423,500	40215865	$ 7,500	$ 0		$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0

TOTAL PAGADO: $ 414,300

Planilla Pagada

aportes en línea

Resumen General de Pago

4933

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 17334053		ROMERO CAMELO JAVIER HERNAN	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CONJUNTO CIUDAD REAL MZ F CASA 6A	VILLAVICENCIO-META	7777777	SI

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-07	2025-07	1668116172	9488359984	I	2025/08/14	2025/08/01	BANCO DAVIVIENDA	0	$413,300

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO					PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES		
No.	Identificación		Nombres	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)						$1,423,500	$227,800			$1,423,500	$178,000			$0	$0			$1,423,500	$7,500		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)						$1,423,500	$227,800			$1,423,500	$178,000			$0	$0			$1,423,500	$7,500		$0	$0
Ciudad: VILLAVICENCIO Depto: META (1 Afiliados)						$1,423,500	$227,800			$1,423,500	$178,000			$0	$0			$1,423,500	$7,500		$0	$0
1	CC	17334053	ROMERO JAVIER	230301	30	$1,423,500	$227,800	CCFC55	30	$1,423,500	$178,000		0	$0	$0	14-23	30	$1,423,500	$7,500	0	$0	$0
Total			**Afiliados(1)**			$1,423,500	$227,800			$1,423,500	$178,000			$0	$0			$1,423,500	$7,500		$0	$0

2025/08/01 08:29 AM

aportes en línea

Resumen General de Pago

4934

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 17334053		ROMERO CAMELO JAVIER HERNAN	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CONJUNTO CIUDAD REAL MZ F CASA 6A	VILLAVICENCIO-META	7777777	SI

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-07	2025-07	1668116172	9488359984	I	2025/08/14	2025/08/01	BANCO DAVIVIENDA	0	$413,300

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$227,800	$0	$0	$227,800
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	$227,800	$0	$0	$227,800
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$7,500	$0	$0	$7,500
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	$7,500	$0	$0	$7,500
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$178,000	$0	$0	$178,000
CAJACOPI	CCFC55	901,543,211	6	1	$178,000	$0	$0	$178,000
TOTAL				1	$413,300	$0	$0	$413,300

2025/08/01 08:29 AM

4935

ASOPAGOS s.a.

RAZÓN SOCIAL :	ANGIE LISSET TORRES RODRIGUEZ
IDENTIFICACIÓN:	CC-1121916879
COD. DEPENDENCIA O SUCURSAL:	0
NOM. DEPENDENCIA O SUCURSAL:	
FECHA GENERACIÓN REPORTE:	2025-08-21
FECHA LÍMITE DE PAGO:	2025-08-21
FECHA DE PAGO:	2025-08-21
ENTIDAD DE PAGO:	NEQUI
PERÍODO PENSIÓN:	2025-07
PERÍODO SALUD:	2025-07
NÚMERO PLANILLA:	34129710
TOTAL COTIZANTES:	1
REFERENCIA DE PAGO (PIN):	34129710
TIPO DE PLANILLA:	I

CÓDIGO ENTIDAD	NIT	NOMBRE	NÚMERO AFILIADOS	IBC	FONDO SOLIDARIDAD	FONDO SUBSISTENCIA	TOTAL INTERESES	VALOR PAGAR SIN INTERESES	VALOR PAGAR
EPS005	800251440	SANITAS	1	$ 1.423.500	$ 0	$ 0	$ 0	$ 178.000	$ 178.000
230201	800229739	PROTECCION	1	$ 1.423.500	$ 0	$ 0	$ 0	$ 227.800	$ 227.800
14-11	890903790	ARL SURA	1	$ 1.423.500	$ 0	$ 0	$ 0	$ 14.900	$ 14.900
				Total a pagar	$ 0	$ 0	$ 0	$ 420.700	$ 420.700

PAGADO

FECHA DE PAGO DEL SIGUIENTE MES:	17/09/2025

ASOPAGOS s.a.

CERTIFICADO DE APORTES

9936

PAGADA

Se certifica que ROMULO TOVAR ACOSTA CC 455903 realizó los siguientes aportes al Sistema de Seguridad Social del empleado ROMULO TOVAR ACOSTA, identificado con CC 455903 en la planilla número 34025413 Sucursal No. 0

Período pensión	2025-07	Número planilla	34025413	Entidad bancaria	NEQUI
Período Salud	2025-07	Referencia de pago			
Tipo de planilla	I	Fecha de pago	2025-08-25		

Tipo Cotizante	Sub. Tipo	Colombiano en el exterior	Extranjero no oblig cot pensión	Actividad Económica	Departamento	Municipio	Administradora			Días	IBC	Tarifa	Cotización
							Tipo	Código	Nombre				
57	5			0	META	VILLAVICENCIO	AFP	SINAFP	SINAFP	0	$ 0	0,0000000	$ 0
							FSP	FSP001	Fondo Solidaridad Pensional	0	$ 0	0,000	$ 0
							FSS	FSP001	Fondo Subsistencia	0	$ 0	0,000	$ 0
							EPS	EPS005	SANITAS	30	$ 1.423.500	0,1250000	$ 178.000
							ARL	14-11	ARL SURA	30	$ 1.423.500	0,0052200	$ 7.500
							CCF	SINCCF	SIN CCF	0	$ 0	0,0000000	$ 0
							SENA	SENA	SENA	0	$ 0	0,0000000	$ 0
							ICBF	ICBF	ICBF	0	$ 0	0,0000000	$ 0
							ESAP	ESAP	ESAP	0	$ 0	0,0000000	$ 0
							Ministerio	Ministerio	Ministerio	0	$ 0	0,0000000	$ 0

Novedades

ING	Fecha ING	RET	Fecha RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	Fecha Vsp	VTE	VST	SLN	Fecha Inicio Sln	Fecha Fin Sln	IGE	Fecha Inicio Ige	Fecha Fin Ige	LMA	Fecha Inicio Lma	Fecha Fin Lma	VAC	Fecha Inicio Vac	Fecha Fin Vac	AVP	VCT	Fecha Inicio Vct	Fecha Fin Vct	IRP	Fecha Inicio Irp	Fecha Fin Irp
																												0		

4937

RESUMEN PLANILLA PAGADA

ASOPAGOS s.a.

DATOS GENERALES DEL APORTANTE								
IDENTIFICACIÓN	DV	RAZÓN SOCIAL	CLASE	CÓDIGO	ARL	F. PRESENTACIÓN	ACT. ECO	TIPO DE EMPRESA
CC 1006860298	0	MIGUEL ANGEL RUIZ GONZALEZ	I	0	POSITIVA - 14-23	ÚNICA	8899	Natural
MUN-DEP	DIRECCIÓN		TELÉFONO			EMAIL		EXENTO DE PARAFISCALES
50-1	CRA 13 A # 15-61		3102802397			MISOL1021@HOTMAIL.COM		N

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACIÓN										
PERÍODO PENSIÓN	PERÍODO SALUD	PLANILLA	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO	CENTRO DE TRABAJO	DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	VALOR PAGO	INTERES X MORA	ENTIDAD RECAUDO
2025-07	2025-07	34372462	I	2025-08-12	TODOS LOS CENTROS	TODOS	TODOS	440.500	0	BANCOLOMBIA
Nº AFILIADOS	REF. DE PAGO (PIN)	FECHA LÍMITE PAGO	ESTADO PLANILLA							
1	34372462	2025-08-26	Pagada							

EMPLEADO					NOVEDADES															DÍAS				PENSIÓN					SALUD			CCF			RIESGOS		TARIFA	PARAF	SENA	ICBF	ESAP	MIN			Total	Exento de Parafiscales	Actividad Económica
N.	ID	EMPLEADO	SALARIO	MODALIDAD DE SALARIO	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VTE	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	EPST	AFPT	AFP	EPS	CCF	ARL	NOMBRE	IBC	Cot	FNSOL	FNSUB	NOMBRE	IBC	Cot	NOMBRE	IBC	Cot	IBC	Cot.	ARL	IBC	Cot.	Cot.	Cot.	Cot.	Cot.	Tipo Cot.	Sub. Tipo Cot.			
1	CC 1006860298	RUIZ GONZALEZ MIGUEL ANGEL	1.423.500																	0			30	30	0	30	PORVENIR-230301	1.423.500	227.800	0	0	SANITAS-EPS005	1.423.500	178.000	SIN CCF-SINCCF	0	0	1.423.500	34.700	0.02436	0	0	0	0	0	50	0	440.500	N	2855201

RESUMEN PLANILLA PAGADA

ASOPAGOS s.a.

DATOS GENERALES DEL APORTANTE								
IDENTIFICACIÓN	DV	RAZÓN SOCIAL	CLASE	CÓDIGO	ARL	F. PRESENTACIÓN	ACT. ECO	TIPO DE EMPRESA
CC 1006860298	0	MIGUEL ANGEL RUIZ GONZALEZ	I	0	POSITIVA - 14-23	ÚNICA	8899	Natural
MUN-DEP	DIRECCIÓN		TELÉFONO			EMAIL		EXENTO DE PARAFISCALES
50-1	CRA 13 A # 15-61		3102802397			MISOL1021@HOTMAIL.COM		N

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACIÓN										
PERÍODO PENSIÓN	PERÍODO SALUD	PLANILLA	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO	CENTRO DE TRABAJO	DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	VALOR PAGO	INTERÉS X MORA	ENTIDAD RECAUDO
2025-07	2025-07	34372462	I	2025-08-12	TODOS LOS CENTROS	TODOS	TODOS	440.500	0	BANCOLOMBIA
Nº AFILIADOS	REF. DE PAGO (PIN)	FECHA LÍMITE PAGO	ESTADO PLANILLA							
1	34372462	2025-08-26	Pagada							

TOTALES IBC				
IBC PENSIÓN	IBC SALUD	IBC RIESGOS	IBC CAJAS	IBC PARAF
1.423.500	1.423.500	1.423.500	0	0

SUBSISTEMA	CÓDIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	VALOR UPC	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES DESCONTADOS	VALOR A PAGAR
AFP(Administradoras: 1)				1	227.800	0	0	0	227.800
PORVENIR	230301	800224808	8	1	227.800	0	0	0	227.800
EPS(Administradoras: 1)				1	178.000	0	0	0	178.000
SANITAS	EPS005	800251440	6	1	178.000	0	0	0	178.000
ARP(Administradoras: 1)				1	34.700	0	0	0	34.700
POSITIVA	14-23	860011153	6	1	34.700	0	0	0	34.700
Gran Total					440.500	0	0	0	440.500

4938

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

Bancoomeva

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CEDULA DE CIUDADANIA	NUMERO DE IDENTIFICACION:	1123861121
NOMBRE O RAZON SOCIAL:			JAIME ANTONIO SANTOS LIZCANO
CIUDAD/MUNICIPIO:	LA MACARENA	DEPARTAMENTO:	META
DIRECCIÓN:	CRA 27 25 32	TELEFONO:	6462212
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Comercio al por mayor de materias primas agropecu
FORMA DE PRESENTACIÓN:	UNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:			4617785311	TIPO DE PLANILLA:	I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACION OTROS	MES	julio AÑO	2025	PERIODO COTIZACION SALUD:	MES julio AÑO 2025
DIAS DE MORA:			13		
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):			2025/08/19	NÚMERO AUTORIZACION:	9930604729

TOTAL APORTES A PENSIÓN

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	COTIZACION	APORTES VOLUNTARIOS		FSP		MORA		TOTALES		
CODIGO	NOMBRE			EMPLEADOR	COTIZANTE	SOLIDARIDAD	SUBSISTENCIA	COTIZACION	FSP	APORTES	MORA	VALOR PAGADO
230301	230301-PORVENIR	1	$ 227.800	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 1.900	$ 0	$ 227.800	$ 1.900	$ 229.700
SUBTOTALES:										$ 227.800	$ 1.900	$ 229.700

TOTAL APORTES A SALUD

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD		LICENCIA MATERNIDAD		SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN		MORA		TOTALES			
CODIGO	NOMBRE		NUMERO AUTORIZACION	VALOR	NUMERO AUTORIZACION	VALOR	PLANILLA	VALOR	COTIZACION	VALOR ADRES	COTIZACION	VALOR ADRES	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
EPS037	EPS037-NUEVA EPS	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 178.000	$ 0	$ 1.500	$ 0	$ 178.000	$ 1.500	$ 0	$ 179.500
SUBTOTALES:													$ 178.000	$ 1.500	$ 0	$ 179.500

TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD IRP		SALDO A FAVOR		LIQUIDACION		TOTALES			
CODIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACION	VALOR	PAGO A OTROS RIESGOS	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
14-11	14-11 - ARL SURA	1		$ 0	$ 0		$ 0	$ 7.500	$ 7.500	$ 100	$ 0	$ 7.600
SUBTOTALES:									$ 7.500	$ 100	$ 0	$ 7.600

LIQUIDACION DETALLADA APORTES

DATOS DEL COTIZANTE									NOVEDADES																				SEGURIDAD SOCIAL																				PARAFISCALES							
																													PENSION							SALUD						ARP							CCF		SENA		ICBF		ESAP		MINEDU	
NP	IDENTIFICACION	NOMBRES	TIPO COTIZANTE	SUBTIPO COTIZANTE	SALARIO BASICO	TIPO DE SALARIO	COLOMBIANO EXTRANJERO	REFORMA TRIBUTARIA	IGE	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	DCN	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	ADMIN	DIAS COT	IBC	COTIZACION	FSP SUBSISTENCIA	FSP SOLIDARIDAD	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADO	INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APORTE	ADMIN	DIAS COT	IBC	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	TOTAL APORTE	ADMIN	DIAS COT	IBC	CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APORTE	DIAS COT	IBC	ADMIN	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE
1	CC 1123861121	SANTOS LIZCANO JAIME ANTONIO	INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACION DE SERVICIOS		$ 1.423.500			NO																		230301-PORVENIR	30	$ 1.423.500	$ 227.800	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 227.800	EPS037-NUEVA EPS	30	$ 1.423.500	$ 178.000	$ 0	$ 178.000	14-11 - ARL SURA	0	$ 1.423.500	$ 112386112	$ 7.500	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0

TOTAL PAGADO: $ 416.800

Planilla Pagada

aportes en línea

Resumen General de Pago

4939

DATOS GENERALES DEL APORTANTE							
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1122649518		SANTACRUZ MURILLO DIVIER	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CENTRO POBLADO	URIBE-META	5555555	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION								
Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Días Mora	Valor
2025-07	2025-07	1719012377	9490572866	I	2025/08/06	2025/08/22	NEQUI	16	$417,700

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
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$1,423,500	$227,800			$1,423,500	$178,000			$0	$0			$1,423,500	$7,500		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$1,423,500	$227,800			$1,423,500	$178,000			$0	$0			$1,423,500	$7,500		$0	$0
Ciudad: URIBE Depto: META (1 Afiliados)					$1,423,500	$227,800			$1,423,500	$178,000			$0	$0			$1,423,500	$7,500		$0	$0
1	CC	1122649518	SANTACRUZ DIVIER	230301	30	$1,423,500	$227,800	EPS002	30	$1,423,500	$178,000		0	$0	$0	14-23	30	$1,423,500	$7,500	0	$0	$0
Total Afiliados(1)						$1,423,500	$227,800			$1,423,500	$178,000			$0	$0			$1,423,500	$7,500		$0	$0

aportes 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 1122649518		SANTACRUZ MURILLO DIVIER	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CENTRO POBLADO	URIBE-META	5555555	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-07	2025-07	1719012377	9490572866	I	2025/08/06	2025/08/22	NEQUI	16	$417,700

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$227,800	$2,400	$0	$230,200
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	$227,800	$2,400	$0	$230,200
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$7,500	$100	$0	$7,600
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	$7,500	$100	$0	$7,600
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$178,000	$1,900	$0	$179,900
SALUD TOTAL	EPS002	800,130,907	4	1	$178,000	$1,900	$0	$179,900
TOTAL				1	$413,300	$4,400	$0	$417,700

2025/08/22 08:23 AM

Unión Temporal
Adulto Mayor Meta

4941

ANEXO N°2

SEGUNDO INFORME DE EJECUCIÓN

CONTRATO 1068 DE 2025

Dirección: Calle 36 # 33 - 27 Barzal Bajo
Correo: corporaciondelupia@gmail.com Cel. 313 308 6897
Villavicencio - Meta

Unión Temporal
Adulto Mayor Meta

4942

Villavicencio, Julio 21 de 2025

Doctora,
CARMEN LEONOR CUBILLOS ROJAS
Gerente de Adulto Mayor
Supervisora Designada
Villavicencio

Asunto: Solicitud autorización cambio de personal para ejecución del Contrato 1068 de 2025.

Cordial saludo,

En cumplimiento a las actividades pactadas a través del contrato Nº1068 de 2025, cuyo objeto consiste en ***"REALIZAR ATENCIÓN INTEGRAL A LOS ADULTOS MAYORES EN CONDICIONES DE VULNERABILIDAD Y ABANDONO SOCIAL MEDIANTE MODALIDAD CENTRO VIDA EN MUNICIPIOS DEL DEPARTAMENTO DEL META"*** me permito solicitar autorización para realizar cambio de personal ofertado en el Proceso de Contratación Régimen Especial GCSJ-RE-1068-2025.

La solicitud de cambio temporal del auxiliar de enfermería se hace necesaria dado que la auxiliar manifiesta no poder continuar con sus labores asignadas en la ejecución del contrato Nº1068 de 2025, por motivos personales; situación que genera la necesidad de solicitar autorización para el cambio de la auxiliar:

CARGO	PERSONAL OFERTADO EN PROPUESTA	PERFIL	PERSONAL A AUTORIZAR.	PERFIL
Auxiliar de Enfermería	Viviana Cadavid Gaitán	Auxiliar de Enfermería	Edhy Acevedo Lustosa	Auxiliar de Enfermería

El perfil del personal solicitado para cambio no desmejora el perfil solicitado por autorización anteriormente. Adjunto presento la hoja de vida del personal del cual se solicita autorización de cambio, para su correspondiente validación.

Quedo en espera de una pronta respuesta dada la urgencia de la información antes requerida para el desarrollo de las actividades contratadas.

Cordialmente,

MARTHA SOFIA BUENO HERRERA
C.C 39.637.175
Representante Legal Unión Temporal Adulto Mayor Meta
Nit. 901.943.219-0

Unión Temporal
Adulto Mayor Meta

4943

Villavicencio, Julio 22 de 2025

Doctora,
CARMEN LEONOR CUBILLOS ROJAS
Gerente de Adulto Mayor
Supervisora Designada
Villavicencio

Asunto: Solicitud autorización remplazo temporal del personal ofertado para ejecución del Contrato 1068 de 2025.

Cordial saludo,

En cumplimiento a las actividades pactadas a través del contrato N°1068 de 2025, cuyo objeto consiste en ***"REALIZAR ATENCIÓN INTEGRAL A LOS ADULTOS MAYORES EN CONDICIONES DE VULNERABILIDAD Y ABANDONO SOCIAL MEDIANTE MODALIDAD CENTRO VIDA EN MUNICIPIOS DEL DEPARTAMENTO DEL META"*** me permito solicitar autorización para realizar remplazo temporal del personal ofertado en el Proceso de Contratación Régimen Especial GCSJ-RE-1068-2025.

La solicitud de cambio temporal del auxiliar de aseo se hace necesaria dado que la auxiliar sufrió un accidente de origen común y recibe incapacidad médica desde el 23 al 29 de julio de 2025, lo que impide el correcto funcionamiento de sus labores asignadas en la ejecución del contrato N°1068 de 2025; situación que genera la necesidad de solicitar autorización para el ingreso temporal del auxiliar de aseo que cubrirá la incapacidad en el Centro Vida Danubio:

CARGO	PERSONAL OFERTADO EN PROPUESTA	PERFIL	PERSONAL A AUTORIZAR.	PERFIL
Auxiliar de Aseo	Leidy Nayuli Pinilla Buitrago	Bachiller	Adamo Mendoza Oviedo	Bachiller

El perfil del personal solicitado para cambio no desmejora el perfil presentado inicialmente en la propuesta del Proceso de Contratación Régimen Especial GCSJ-RE-1068-2025. Adjunto presento la hoja de vida del personal del cual se solicita autorización para suplir el ofertado, para su correspondiente validación.

Quedo en espera de una pronta respuesta dada la urgencia de la información antes requerida para el desarrollo de las actividades contratadas.

Cordialmente,

MARTHA SOFIA BUENO HERRERA
C.C 39.637.175
Representante Legal Unión Temporal Adulto Mayor Meta
Nit. 901.943.219-0

Unión Temporal
Adulto Mayor Meta

4944

Villavicencio, Julio 28 de 2025

Doctora,
CARMEN LEONOR CUBILLOS ROJAS
Gerente de Adulto Mayor
Supervisora Designada
Villavicencio

Asunto: Solicitud autorización cambio de personal para ejecución del Contrato 1068 de 2025.

Cordial saludo,

En cumplimiento a las actividades pactadas a través del contrato Nº1068 de 2025, cuyo objeto consiste en ***"REALIZAR ATENCIÓN INTEGRAL A LOS ADULTOS MAYORES EN CONDICIONES DE VULNERABILIDAD Y ABANDONO SOCIAL MEDIANTE MODALIDAD CENTRO VIDA EN MUNICIPIOS DEL DEPARTAMENTO DEL META"*** me permito solicitar autorización para realizar cambio de personal:

CARGO	PERSONAL POR CAMBIAR	PERFIL	PERSONAL A AUTORIZAR.	PERFIL
Auxiliar de Aseo	Yilena Idaly Tumay Nieto	Bachiller	Efigenia Diaz López	Bachiller

La solicitud de cambio del personal se hace necesaria dado que la persona mencionada manifiesta ya no estar disponibles para continuar la ejecución del contrato Nº1068 de 2025, por motivos personales; situación que genera la necesidad de solicitar autorización para el cambio del personal antes mencionado.

La siguiente solicitud de cambio de personal se hace necesaria dado que manifiestan no poder continuar con sus labores asignadas en la ejecución del contrato Nº1068 de 2025, por motivos personales; situación que genera la necesidad de solicitar autorización para el cambio a partir del 01 de agosto de 2025:

CARGO	PERSONAL OFERTADO EN PROPUESTA	PERFIL	PERSONAL A AUTORIZAR.	PERFIL
Manipuladora de Alimentos	Nelcy Parra Morales	Bachiller	Nidia Cirley Tello	Bachiller
Auxiliar de Aseo	Mayra Alejandra Sanabria Merchán	Bachiller	Sandra Milena Guerra Upegui	Bachiller

El perfil del personal solicitado para cambio no desmejora el perfil presentado anteriormente.

Adjunto presento las hojas de vida del personal del cual se solicita autorización para reemplazo, para su correspondiente validación.

De igual forma solicito de su autorización para incluir una Instructora de Manualidades, necesaria para el cumplimiento de las funciones en el Centro Vida ubicado en el Corregimiento de Piñalito de Vista Hermosa, debido a que la señora María Enelia Bermúdez Uribe, presenta diversas dificultades de

4945

Unión Temporal
Adulto Mayor Meta

traslado al centro vida por las condiciones climáticas que afectan las vías que comunican el Corregimiento Piñalito con el Corregimiento de La Julia, lugar de residencia de la señora Enelia, y se evidencia la necesidad de contar con un instructor de manualidades que realice el acompañamiento continuo para el desarrollo de las actividades, quien cumple con el perfil y las capacidades exigidas:

CARGO	PERSONAL A AUTORIZAR.	PERFIL
Instructor de Manualidades	Mayra Alejandra Sanabria Merchán	Técnico Auxiliar Social y Comunitario

Quedo en espera de una pronta respuesta dada la urgencia de la información antes requerida para continuar el desarrollo de las actividades contratadas.

Cordialmente,

MARTHA SOFIA BUENO HERRERA
C.C 39.637.175
Representante Legal
Unión Temporal Adulto Mayor Meta
Nit. 901.943.219-0

Unión Temporal
Adulto Mayor Meta

4946

ANEXO N°3

SEGUNDO INFORME DE EJECUCIÓN

CONTRATO 1068 DE 2025

Dirección: Calle 36 # 33 - 27 Barzal Bajo
Correo: corporaciondelupia@gmail.com Cel. 313 308 6897
Villavicencio - Meta

4947

CERTIFICADO DE APTITUD OCUPACIONAL

Carrera 37 No. 36 - 29 B. Barzal ipssanjosecalidadvillavicencio@gmail.com Cel: 3003020495
Resolución 2346 de 2007 y 3673 de 2008
San José
901502967-1

					TIPO DE EXAMEN	
EMPRESA:	UNION TEMPORAL ADULTO MAYOR META				ADMISION	X
NIT:	901943219-0				PERIODICO	
CIUDAD:	VILLAVICENCIO	DPTO	META		RETIRO	
FECHA:	22/07/2025				POST-INC	

DATOS PERSONALES

NOMBRES Y APELLIDOS: EDHY ACEVEDO LUSTOSA

CC TI CE **No.** 42.548.089 **CARGO:** AUXILIAR DE ENFERMERIA

EDAD 42

GRUPO SANGUINEO:

EPS: NUEVA EPS

DIRECCION: CLL 39 B # 20 - 27 JORDAN

TELEFONO 3204174471

foto

PRUEBAS PARACLINICAS

LABORATORIOS

OBSERVACIONES

PACIENTE SANO

CONCEPTO MEDICO LABORAL

EXAMEN DE INGRESO	
X	Cumple con los requisitos necesarios para el perfil del cargo
	Presenta Condiciones de Salud que no disminuyen su capacidad laboral
	Aplazado por Presentar Patologia que requiere ser tratada para su correccion
	No cumple con los Requisitos del Cargo

EXAMEN PERIODICO	
	Satisfactorio
	Signos y sintomas de enfermedad general valorar por la EPS
	Se deben reasignar funciones, reubicar, analizar puesto de trabajo
	Signos de enfermedad Profesional que deeben ser valorados por la EPS/ARL

EXAMEN DE RETIRO	
	Satisfactorio
	Patologia de Origen comun debe ser valorado por EPS
	Secuelas de accidente de trabajo
	Signos de enfermedad Profesional - Valorar EPS

EXAMEN OSTEOMUSCULAR Y VASCULAR	X	APTO PARA CONDUCCION		APTO PARA MANIPULAR CARGAS	
APTO PARA TRABAJO EN ALTURAS		APTO PARA MANIPULAR ALIMENTOS		REQUIERE SER REUBICADO	

RECOMENDACIONES GENERALES Y LABORALES

SEGÚN IMC		MANEJO EPS / ARL	
Dieta	X	Control PYP por EPS	
Ejercicio Regular	X	Remision a EPS	
Valoración por Nutrición		Remision a ARL	
Descartar Alteración Metabolica		Realizar examenes complementarios	
		Continuar manejo medico	

RECOMENDACIONES		INCLUIR EN SVE	
Control Ocupacional	X	AUDITIVO	X
Higiene Postural	X	VISUAL	X
Uso de EPP Apropiados	X	RESPIRATORIO	X
Ayudas Ergonomicas		ERGONOMICO	X
Evaluacion Pto Trabajo		QUIMICO	X
Medidas Anti Varices		CARDIO VASC	X

Entiendo que la información contenida en el presente informe es confidencial y será anexada a mi historia clínica ocupacional. Se me ha explicado y he comprendido los resultados de los diferentes exámenes, sus causas ocupacionales y extraocupacionales y sus consecuencias. Me comprometo a cumplir las recomendaciones y restricciones a que haya lugar. Cualquier omisión o falsedad será causa justa de finalización del contrato. Artículo 62 CST. La firma de este documento no significa aceptación de los conceptos medicos expresados y de su contenido en constancia firmo.

Hernán E. Medina C.
MEDICO CIRUJANO GENERAL
Especialista en Salud Ocupacional
R.M. 805 /2007 - Res. 7953 /2022

FIRMA DEL MEDICO

FIRMA DEL TRABAJADOR

VERIFIQUE AUTENTICIDAD DE ESTE CONCEPTO EN EL CORREO: ipssanjosecalidadvillavicencio@gmail.com

* DOCUMENTO PERSONAL E INTRASFERIBLE , CUALQUIER MODIFICACION U FALSIFICACION ACARREARA PROBLEMAS LEGALES

3003020495

4948

CERTIFICADO DE APTITUD OCUPACIONAL

Carrera 37 No. 36 - 29 B. Barzal Ipssanjosecalidadvillavicencio@gmail.com Cel: 3003020495
Resolución 2346 de 2007 y 3673 de 2008
San José
901502967-1

					TIPO DE EXAMEN	
EMPRESA:	UNION TEMPORAL ADULTO MAYOR META				ADMISION	X
NIT:	901943219-0				PERIODICO	
CIUDAD:	VILLAVICENCIO	DPTO	META		RETIRO	
FECHA:	23/07/2025				POST-INC	

DATOS PERSONALES

NOMBRES Y APELLIDOS: ADAMO MENDOZA OVIEDO
CC TI CE No. 86.053.527 CARGO: AUXILIAR DE ASEO
EDAD 47
GRUPO SANGUINEO:
EPS: SALUD TOTAL
DIRECCION: CRR 22 CL 39 A # 01 LAS DELICIAS
TELEFONO 3202321343

foto

PRUEBAS PARACLINICAS

LABORATORIOS

OBSERVACIONES

PACIENTE SANO

CONCEPTO MEDICO LABORAL

EXAMEN DE INGRESO		EXAMEN PERIODICO		EXAMEN DE RETIRO	
X	Cumple con los requisitos necesarios para el perfil del cargo		Satisfactorio		Satisfactorio
	Presenta Condiciones de Salud que no disminuyen su capacidad laboral		Signos y sintomas de enfermedad general valorar por la EPS		Patologia de Origen comun debe ser valorado por EPS
	Aplazado por Presentar Patologia que requiere ser tratada para su correccion		Se deben reasignar funciones, reubicar, analizar puesto de trabajo		Secuelas de accidente de trabajo
	No cumple con los Requisitos del Cargo		Signos de enfermedad Profesional que deeben ser valorados por la EPS/ARL		Signos de enfermedad Profesional - Valorar EPS

EXAMEN OSTEOMUSCULAR Y VASCULAR	X	APTO PARA CONDUCCION		APTO PARA MANIPULAR CARGAS	
APTO PARA TRABAJO EN ALTURAS		APTO PARA MANIPULAR ALIMENTOS		REQUIERE SER REUBICADO	

RECOMENDACIONES GENERALES Y LABORALES

SEGÚN IMC		MANEJO EPS / ARL	
Dieta	X	Control PYP por EPS	
Ejercicio Regular	X	Remision a EPS	
Valoración por Nutrición		Remision a ARL	
Descartar Alteración Metabolica		Realizar examenes complementarios	
		Continuar manejo medico	

RECOMENDACIONES		INCLUIR EN SVE	
Control Ocupacional	X	AUDITIVO	X
Higiene Postural	X	VISUAL	X
Uso de EPP Apropiados	X	RESPIRATORIO	X
Ayudas Ergonomicas		ERGONOMICO	X
Evaluacion Pto Trabajo		QUIMICO	X
Medidas Anti Varices		CARDIO VASC	X

Entiendo que la información contenida en el presente informe es confidencial y será anexada a mi historia clínica ocupacional. Se me ha explicado y he comprendido los resultados de los diferentes exámenes, sus causas ocupacionales y extraocupacionales y sus consecuencias. Me comprometo a cumplir las recomendaciones y restricciones a que haya lugar. Cualquier omisión o falsedad será causa justa de finalización del contrato. Artículo 62 CST. La firma de este documento no significa aceptación de los conceptos medicos expresados y de su contenido en constancia firmo.

Hernán E. Medina C.
MEDICO CIRUJANO GENERAL
Especialista en Salud Ocupacional
R.M. 805 /2007 - Res. 7953 /2022

FIRMA DEL MEDICO

Adamo Mendoza Oviedo
FIRMA DEL TRABAJADOR

VERIFIQUE AUTENTICIDAD DE ESTE CONCEPTO EN EL CORREO: Ipssanjosecalidadvillavicencio@gmail.com
* DOCUMENTO PERSONAL E INTRASFERIBLE , CUALQUIER MODIFICACION U FALSIFICACION ACARREARA PROBLEMAS LEGALES

3003020495

4949

CERTIFICADO DE APTITUD OCUPACIONAL

Carrera 37 No. 36 - 29 B. Barzal ipssanjosecalidadvillavicencio@gmail.com Cel: 3003020495
Resolución 2346 de 2007 y 3673 de 2008
San José
901502967-1

					TIPO DE EXAMEN	
EMPRESA:	UNION TEMPORAL ADULTO MAYOR META				ADMISION	X
NIT:	901943219-0				PERIODICO	
CIUDAD:	VILLAVICENCIO	DPTO	META		RETIRO	
FECHA:	29/07/2025				POST-INC	

DATOS PERSONALES

NOMBRES Y APELLIDOS: EFIGENIA DIAZ LOPEZ

CC TI CE No. 40.417.742 CARGO: AUXILIAR DE ASEO

EDAD 51

GRUPO SANGUINEO:

EPS: CAPITAL SALUD

DIRECCION: MZ D CS 7

TELEFONO 3105024899

foto

PRUEBAS PARACLINICAS

LABORATORIOS

OBSERVACIONES

PACIENTE SANO

CONCEPTO MEDICO LABORAL

EXAMEN DE INGRESO	
X	Cumple con los requisitos necesarios para el perfil del cargo
	Presenta Condiciones de Salud que no disminuyen su capacidad laboral
	Aplazado por Presentar Patologia que requiere ser tratada para su correccion
	No cumple con los Requisitos del Cargo

EXAMEN PERIODICO	
	Satisfactorio
	Signos y sintomas de enfermedad general valorar por la EPS
	Se deben reasignar funciones, reubicar, analizar puesto de trabajo
	Signos de enfermedad Profesional que deeben ser valorados por la EPS/ARL

EXAMEN DE RETIRO	
	Satisfactorio
	Patologia de Origen comun debe ser valorado por EPS
	Secuelas de accidente de trabajo
	Signos de enfermedad Profesional - Valorar EPS

EXAMEN OSTEOMUSCULAR Y VASCULAR	X	APTO PARA CONDUCCION		APTO PARA MANIPULAR CARGAS	
APTO PARA TRABAJO EN ALTURAS		APTO PARA MANIPULAR ALIMENTOS		REQUIERE SER REUBICADO	

RECOMENDACIONES GENERALES Y LABORALES

SEGÚN IMC		MANEJO EPS / ARL	
Dieta	X	Control PYP por EPS	
Ejercicio Regular	X	Remision a EPS	
Valoración por Nutrición		Remision a ARL	
Descartar Alteración Metabolica		Realizar examenes complementarios	
		Continuar manejo medico	

RECOMENDACIONES		INCLUIR EN SVE	
Control Ocupacional	X	AUDITIVO	X
Higiene Postural	X	VISUAL	X
Uso de EPP Apropiados	X X	RESPIRATORIO	X
Ayudas Ergonomicas		ERGONOMICO	X
Evaluacion Pto Trabajo		QUIMICO	X
Medidas Anti Varices		CARDIO VASC	X

Entiendo que la información contenida en el presente informe es confidencial y será anexada a mi historia clínica ocupacional. Se me ha explicado y he comprendido los resultados de los diferentes exámenes, sus causas ocupacionales y extraocupacionales y sus consecuencias. Me comprometo a cumplir las recomendaciones y restricciones a que haya lugar. Cualquier omisión o falsedad será causa justa de finalización del contrato. Artículo 62 CST. La firma de este documento no significa aceptación de los conceptos medicos expresados y de su contenido en constancia firmo.

Hernán E. Medina C.
MEDICO CIRUJANO GENERAL
Especialista en Salud Ocupacional
R.M. 805 /2007 - Res. 7953 /2022

FIRMA DEL MEDICO

Efigenia Diaz López
FIRMA DEL TRABAJADOR

VERIFIQUE AUTENTICIDAD DE ESTE CONCEPTO EN EL CORREO: ipssanjosecalidadvillavicencio@gmail.com

* DOCUMENTO PERSONAL E INTRASFERIBLE , CUALQUIER MODIFICACION U FALSIFICACION ACARREARA PROBLEMAS LEGALES

3003020495

4950

CERTIFICADO DE APTITUD OCUPACIONAL

Carrera 37 No. 36 - 29 B. Barzal Ipssanjosecalidadvillavicencio@gmail.com Cel: 3003020495
Resolución 2346 de 2007 y 3673 de 2008
901502967-1

				TIPO DE EXAMEN	
EMPRESA:	UNION TEMPORAL ADULTO MAYOR META			ADMISION	X
NIT:	901943219-0			PERIODICO	
CIUDAD:	VILLAVICENCIO	DPTO	META	RETIRO	
FECHA:	01/08/2025			POST-INC	

DATOS PERSONALES

NOMBRES Y APELLIDOS: NIDIA CIRLEY TELLO
CC TI CE No. 68.297.939 CARGO: MANIPULADORA DE ALIMENTOS
EDAD 42
GRUPO SANGUINEO:
EPS: CAPITAL SALUD
DIRECCION: CLL 32 # 17 B -17 SAN CARLOS
TELEFONO 3214311153

foto

PRUEBAS PARACLINICAS

LABORATORIOS

OBSERVACIONES

PACIENTE SANO

CONCEPTO MEDICO LABORAL

EXAMEN DE INGRESO		EXAMEN PERIODICO		EXAMEN DE RETIRO	
X	Cumple con los requisitos necesarios para el perfil del cargo		Satisfactorio		Satisfactorio
	Presenta Condiciones de Salud que no disminuyen su capacidad laboral		Signos y sintomas de enfermedad general valorar por la EPS		Patologia de Origen comun debe ser valorado por EPS
	Aplazado por Presentar Patologia que requiere ser tratada para su correccion		Se deben reasignar funciones, reubicar, analizar puesto de trabajo		Secuelas de accidente de trabajo
	No cumple con los Requisitos del Cargo		Signos de enfermedad Profesional que deeben ser valorados por la EPS/ARL		Signos de enfermedad Profesional - Valorar EPS

EXAMEN OSTEOMUSCULAR Y VASCULAR	X	APTO PARA CONDUCCION		APTO PARA MANIPULAR CARGAS	
APTO PARA TRABAJO EN ALTURAS		APTO PARA MANIPULAR ALIMENTOS	X	REQUIERE SER REUBICADO	

RECOMENDACIONES GENERALES Y LABORALES

SEGÚN IMC		MANEJO EPS / ARL	
Dieta	X	Control PYP por EPS	
Ejercicio Regular	X	Remision a EPS	
Valoración por Nutrición		Remision a ARL	
Descartar Alteración Metabolica		Realizar examenes complementarios	
		Continuar manejo medico	

RECOMENDACIONES		INCLUIR EN SVE	
Control Ocupacional	X	AUDITIVO	X
Higiene Postural	X	VISUAL	X
Uso de EPP Apropiados	X X	RESPIRATORIO	X
Ayudas Ergonomicas		ERGONOMICO	X
Evaluacion Pto Trabajo		QUIMICO	X
Medidas Anti Varices		CARDIO VASC	X

Entiendo que la información contenida en el presente informe es confidencial y será anexada a mi historia clínica ocupacional. Se me ha explicado y he comprendido los resultados de los diferentes exámenes, sus causas ocupacionales y extraocupacionales y sus consecuencias. Me comprometo a cumplir las recomendaciones y restricciones a que haya lugar. Cualquier omisión o falsedad será causa justa de finalización del contrato. Artículo 62 CST. La firma de este documento no significa aceptación de los conceptos medicos expresados y de su contenido en constancia firmo.

Hernán E. Medina C.
MEDICO CIRUJANO GENERAL
Especialista en Salud Ocupacional
R.M. 805 /2007 - Res. 7953 /2022

FIRMA DEL MEDICO

Nidia Tello
FIRMA DEL TRABAJADOR

VERIFIQUE AUTENTICIDAD DE ESTE CONCEPTO EN EL CORREO: Ipssanjosecalidadvillavicencio@gmail.com

* DOCUMENTO PERSONAL E INTRASFERIBLE , CUALQUIER MODIFICACION U FALSIFICACION ACARREARA PROBLEMAS LEGALES

3003020495

CERTIFICADO DE APTITUD OCUPACIONAL

Carrera 37 No. 36 - 29 B. Barzal ipssanjosecalidadvillavicencio@gmail.com Cel: 3003020495
Resolución 2346 de 2007 y 3673 de 2008
San José
901502957-1

				TIPO DE EXAMEN	
EMPRESA:	UNION TEMPORAL ADULTO MAYOR META			ADMISION	X
NIT:	901943219-0			PERIODICO	
CIUDAD:	VILLAVICENCIO	DPTO	META	RETIRO	
FECHA:	01/08/2025			POST-INC	

DATOS PERSONALES

NOMBRES Y APELLIDOS: SANDRA MILENA GUERRA UPEGUI
CC TI CE No. 1.123.563.262 CARGO: AUXILIAR DE ASEO
EDAD 36
GRUPO SANGUINEO:
EPS: NUEVA EPS
DIRECCION: PIÑALITO - VISTA HERMOSA META
TELEFONO 3132657567

foto

PRUEBAS PARACLINICAS

LABORATORIOS

OBSERVACIONES

PACIENTE SANO

CONCEPTO MEDICO LABORAL

EXAMEN DE INGRESO		EXAMEN PERIODICO		EXAMEN DE RETIRO	
X	Cumple con los requisitos necesarios para el perfil del cargo		Satisfactorio		Satisfactorio
	Presenta Condiciones de Salud que no disminuyen su capacidad laboral		Signos y sintomas de enfermedad general valorar por la EPS		Patologia de Origen comun debe ser valorado por EPS
	Aplazado por Presentar Patologia que requiere ser tratada para su correccion		Se deben reasignar funciones, reubicar, analizar puesto de trabajo		Secuelas de accidente de trabajo
	No cumple con los Requisitos del Cargo		Signos de enfermedad Profesional que deeben ser valorados por la EPS/ARL		Signos de enfermedad Profesional - Valorar EPS
EXAMEN OSTEOMUSCULAR Y VASCULAR	X	APTO PARA CONDUCCION		APTO PARA MANIPULAR CARGAS	
APTO PARA TRABAJO EN ALTURAS		APTO PARA MANIPULAR ALIMENTOS		REQUIERE SER REUBICADO	

RECOMENDACIONES GENERALES Y LABORALES

SEGÚN IMC		MANEJO EPS / ARL	
Dieta	X	Control PYP por EPS	
Ejercicio Regular	X	Remision a EPS	
Valoración por Nutrición		Remision a ARL	
Descartar Alteración Metabolica		Realizar examenes complementarios	
		Continuar manejo medico	

RECOMENDACIONES		INCLUIR EN SVE	
Control Ocupacional	X	AUDITIVO	X
Higiene Postural	X	VISUAL	X
Uso de EPP Apropiados	X X	RESPIRATORIO	X
Ayudas Ergonomicas		ERGONOMICO	X
Evaluacion Plo Trabajo		QUIMICO	X
Medidas Anti Varices		CARDIO VASC	X

Entiendo que la información contenida en el presente informe es confidencial y será anexada a mi historia clínica ocupacional. Se me ha explicado y he comprendido los resultados de los diferentes exámenes, sus causas ocupacionales y extraocupacionales y sus consecuencias. Me comprometo a cumplir las recomendaciones y restricciones a que haya lugar. Cualquier omisión ó falsedad será causa justa de finalización del contrato. Artículo 62 CST. La firma de este documento no significa aceptación de los conceptos medicos expresados y de su contenido en constancia firma.

Hernán E. Medina C.
MEDICO CIRUJANO GENERAL
Especialista en Salud Ocupacional
R.M. 805 /2007 - Res. 7953 /2022
FIRMA DEL MEDICO

Sandra Guerra Upegui
FIRMA DEL TRABAJADOR

VERIFIQUE AUTENTICIDAD DE ESTE CONCEPTO EN EL CORREO: ipssanjosecalidadvillavicencio@gmail.com
* DOCUMENTO PERSONAL E INTRASFERIBLE , CUALQUIER MODIFICACION U FALSIFICACION ACARREARA PROBLEMAS LEGALES
3003020495

Unión Temporal
Adulto Mayor Meta

495

ANEXO N°4

SEGUNDO INFORME DE EJECUCIÓN

CONTRATO 1068 DE 2025

Dirección: Calle 36 # 33 - 27 Barzal Bajo
Correo: corporaciondelupia@gmail.com Cel. 313 308 6897
Villavicencio - Meta

DEPARTAMENTO DEL META
NIT. 892 000 148 9

GOBERNACION DEL META

ALMACEN DESPACHO DEL GOBERNADOR Y SECRETARIA

COMPROBANTE DE ENTRADA DE CONSUMO

Entrada por compra (Contrato)

4953

Fecha: 22 de agosto de 2025 **No. 282**

ESTADO: Legalizado **FECHA DE LEGALIZACION:** 22/08/2025

Responsable: UNION TEMPORAL ADULTO MAYOR META **Nit:** 901943219

U. Ejecutora: DESPACHO DEL GOBERNADOR Y SECRETARIAS

Contrato 1068 08/05/2025 **Remisión** 01 22/08/2025

Comentarios: CONTRATO 1068/2025 - REALIZAR ATENCION INTEGRAL A LOS ADULTOS MAYORES EN CONDICIONES DE VULNERABILIAD Y ABANDONO SOCIAL MEDIANTE MODALIDAD CENTRO VIDA EN MUNICIPIOS DEL DEPARTAMENTO DEL META.

Cat.	Elem.	R.I.	Nombre	Unidad	Cantidad	Vlr. Unitario	Vlr. Total
1114	4312	44	Kit de Hilos macramé de alta calidad, en 3 colores surtidos, de 150 gr de cada color, ideal para la elaboración de bolsos resistentes y duraderos. Son 450 gramos por	Unidad	690.00	147,000.00	101.430.000,00
	4328	10	Aguja de crochet fabricada con materiales resistentes y cómodos al tacto, perfecta para trabajar con macramé.	Unidad	690.00	3,900.00	2.691.000,00
1104	1799	12	Tijera de precisión, especialmente diseñadas para cortar hilos de manera limpia y exacta.	Unidad	690.00	17,400.00	12.006.000,00
1114	5144	2	Set de agujas de coser de alta calidad, perfectas para rematar los hilos al finalizar el proyecto. Con una variedad de tamaños, que permitirá realizar trabajos de costura finos y detallados, asegurando que cada bolso quede perfectamente terminado.	Unidad	690.00	3,100.00	2.139.000,00
1110	2814	10	Cinta métrica (Por metro) flexible, ideal para tomar medidas precisas y exactas al elaborar bolsos.	Unidad	690.00	3,750.00	2.587.500,00
1114	4243	5	kit de 5 piezas de cerámica sin esmaltar, listas para ser personalizadas. Cada pieza tiene una superficie suave y perfecta para pintar, lo que permite una mayor precisión en los detalles.	Unidad	690.00	72,500.00	50.025.000,00
1108	1779	60	Set de Pinturas especialmente formuladas para cerámica, con una amplia gama de 6 colores vibrantes. Cada bote contiene 60 ml de pintura. Lo que proporciona suficiente cantidad para cubrir varias piezas	Unidad	690.00	33,600.00	23.184.000,00
1110	2812	41	Set completo de 7 pinceles de alta calidad, diseñados específicamente para la pintura sobre cerámica. Incluye una variedad de tamaños y formas, lo que te permitirá crear detalles finos, líneas precisas o cubrir áreas más grandes con facilidad. Los pi	Unidad	690.00	20,500.00	14.145.000,00
1108	1779	61	Barniz sellador de alta calidad, especialmente formulado para cerámica pintada, proporciona una capa protectora que da un acabado brillante y asegura que las piezas pintadas estén protegidas del desgaste y la humedad.	Unidad	690.00	12,200.00	8.418.000,00

TOTAL ENTRADA **216.625.500,00**

PARAMETRIZACION CONTABLE

Cuenta	Descripción	Vlr. Debito	Vlr. Credito
151424	Elementos y materiales para construcción	12,006,000.00	
15149003	Material Construccion, Instalacion, Campo, Industria, Tal	31,602,000.00	
15149005	Elementos Papeles y Utiles de Oficina	16,732,500.00	
15149006	Otros Elementos Materiales y Suministros	156,285,000.00	
2401019801	***Cuenta Puente Almacen Compra de Equipos y Sumin		216,625,500.00
		216,625,500.00	216,625,500.00

DEPARTAMENTO DEL META
NIT. 892.000.149-0

GOBERNACION DEL META

ALMACEN DESPACHO DEL GOBERNADOR Y SECRETARIA

COMPROBANTE DE SALIDA DE CONSUMO

Salida por bienes entregados para GS - Desarrollo Comunitario

Fecha: 22 de agosto de 2025 **No. 205**

Responsable: CARMEN LEONOR CUBILLOS ROJAS **Nit:** 40390778

Dependencia: Gerencia de Adulto Mayor y Personas en Condición de Discapacidad

U. Ejecutora: DESPACHO DEL GOBERNADOR Y SECRETARIAS

Contrato 1068 08/05/2025

Comentarios: CONTRATO 1068/2025 - REALIZAR ATENCION INTEGRAL A LOS ADULTOS MAYORES EN CONDICIONES DE VULNERABILIAD Y ABANDONO SOCIAL MEDIANTE MODALIDAD CENTRO VIDA EN MUNICIPIOS DEL DEPARTAMENTO DEL META.SEGUN MEMORANOD DE SALIDA SUSCRITO POR LA SECRETARIA SOCIAL.

Cat.	Elem.	R.I.	Nombre	Unidad	Cantidad	Vlr. Unitario	Vlr. Total
1114	4312	44	Kit de Hilos macramé de alta calidad, en 3 colores surtidos, de 150 gr de cada color, ideal para la elaboración de bolsos resistentes y duraderos. Son 450 gramos por	Unidad	690.00	147,000.00	101.430.000,00
	4328	10	Aguja de crochet fabricada con materiales resistentes y cómodos al tacto, perfecta para trabajar con macramé.	Unidad	690.00	3,900.00	2.691.000,00
1104	1799	12	Tijera de precisión, especialmente diseñadas para cortar hilos de manera limpia y exacta.	Unidad	690.00	17,400.00	12.006.000,00
1114	5144	2	Set de agujas de coser de alta calidad, perfectas para rematar los hilos al finalizar el proyecto. Con una variedad de tamaños, que permitirá realizar trabajos de costura finos y detallados, asegurando que cada bolso quede perfectamente terminado.	Unidad	690.00	3,100.00	2.139.000,00
1110	2814	10	Cinta métrica (Por metro) flexible, ideal para tomar medidas precisas y exactas al elaborar bolsos.	Unidad	690.00	3,750.00	2.587.500,00
1114	4243	5	kit de 5 piezas de cerámica sin esmaltar, listas para ser personalizadas. Cada pieza tiene una superficie suave y perfecta para pintar, lo que permite una mayor precisión en los detalles.	Unidad	690.00	72,500.00	50.025.000,00
1108	1779	60	Set de Pinturas especialmente formuladas para cerámica, con una amplia gama de 6 colores vibrantes. Cada bote contiene 60 ml de pintura. Lo que proporciona suficiente cantidad para cubrir varias piezas	Unidad	690.00	33,600.00	23.184.000,00
1110	2812	41	Set completo de 7 pinceles de alta calidad, diseñados específicamente para la pintura sobre cerámica. Incluye una variedad de tamaños y formas, lo que te permitirá crear detalles finos, líneas precisas o cubrir áreas más grandes con facilidad. Los pi	Unidad	690.00	20,500.00	14.145.000,00
1108	1779	61	Barniz sellador de alta calidad, especialmente formulado para cerámica pintada, proporciona una capa protectora que da un acabado brillante y asegura que las piezas pintadas estén protegidas del desgaste y la humedad.	Unidad	690.00	12,200.00	8.418.000,00

TOTAL SALIDA **216.625.500,00**

DEPARTAMENTO DEL META
NIT 892.000.146 0

GOBERNACION DEL META

4955

ALMACEN DESPACHO DEL GOBERNADOR Y SECRETARIA

COMPROBANTE DE SALIDA DE CONSUMO

Salida por bienes entregados para GS - Desarrollo Comunitario

Fecha: 22 de agosto de 2025 **No. 205**

PARAMETRIZACION CONTABLE			
Cuenta	**Descripción**	**Vlr. Debito**	**Vlr. Credito**
151424	Elementos y materiales para construcción		12,006,000.00
15149003	Material Construccion, Instalacion, Campo, Industria, Tal		31,602,000.00
15149005	Elementos Papeles y Utilies de Oficina		16,732,500.00
15149006	Otros Elementos Materiales y Suministros		156,285,000.00
55070603	Asignacion De Bienes	216,625,500.00	
		216,625,500.00	**216,625,500.00**

JUAN SEBASTIAN OSPINA RODRIGUEZ
Gerente de Servicios Administrativos

QUIEN RECIBE
Nombre Legible, Firma y cedula

QUIEN ENTREGA
Funcionario responsable

DEPARTAMENTO DEL META
NIT 892.000.188-0

GOBERNACION DEL META

4956

ALMACEN DESPACHO DEL GOBERNADOR Y SECRETARIA

COMPROBANTE DE ENTRADA DE CONSUMO

Entrada por compra (Contrato)

Fecha: 22 de agosto de 2025 **No. 283**

ESTADO: Legalizado **FECHA DE LEGALIZACION:** 22/08/2025

Responsable: UNION TEMPORAL ADULTO MAYOR META **Nit:** 901943219

U. Ejecutora: DESPACHO DEL GOBERNADOR Y SECRETARIAS

Contrato 1068 08/05/2025 **Remisión** 02 22/08/2025

Comentarios: CONTRATO 1068/2025 - REALIZAR ATENCION INTEGRAL A LOS ADULTOS MAYORES EN CONDICIONES DE VULNERABILIAD Y ABANDONO SOCIAL MEDIANTE MODALIDAD CENTRO VIDA EN MUNICIPIOS DEL DEPARTAMENTO DEL META.

...t.	Elem.	R.I.	Nombre	Unidad	Cantidad	Vlr. Unitario	Vlr. Total
1114	580	12	Sudadera pantalón deportivo con malla, bordada con logo institucional, tela antifluido, dos bolsillos con caucho cordón para pretina	Unidad	1380.00	79,000.00	109.020.000,00
	4288	24	Buso tipo polo, bordado en pecho, manga y espalda	Unidad	1380.00	53,000.00	73.140.000,00
	4289	32	Gorra bordada en frente logo institucional	Unidad	1380.00	29,000.00	40.020.000,00
1116	181	115	Tenis deportivos unisex	Unidad	690.00	160,000.00	110.400.000,00
1114	4745	14	Tula tipo mochila deportiva, sublimada con el logo institucional	Unidad	1380.00	37,000.00	51.060.000,00

TOTAL ENTRADA **383.640.000,00**

PARAMETRIZACION CONTABLE

Cuenta	Descripción	Vlr. Debito	Vlr. Credito
15149006	Otros Elementos Materiales y Suministros	273,240,000.00	
15149012	Elementos y Herramientas Agricolas + Dotación.	110,400,000.00	
2401019801	***Cuenta Puente Almacen Compra de Equipos y Sumin		383,640,000.00
		383,640,000.00	383,640,000.00

JUAN SEBASTIAN OSPINA RODRIGUEZ
Gerente de Servicios Administrativos

QUIEN RECIBE - FUNCIONARIO
Nombre Legible, Firma y Documento

DEPARTAMENTO DEL META
NIT 892 000 140 0

GOBERNACION DEL META

4957

ALMACEN DESPACHO DEL GOBERNADOR Y SECRETARIA

COMPROBANTE DE SALIDA DE CONSUMO

Salida por bienes entregados para GS - Desarrollo Comunitario

Fecha: 22 de agosto de 2025 **No. 206**

Responsable: CARMEN LEONOR CUBILLOS ROJAS **Nit:** 40390778

Dependencia: Gerencia de Adulto Mayor y Personas en Condición de Discapacidad

U. Ejecutora: DESPACHO DEL GOBERNADOR Y SECRETARIAS

Contrato 1068 08/05/2025

Comentarios: CONTRATO 1068/2025 - REALIZAR ATENCION INTEGRAL A LOS ADULTOS MAYORES EN CONDICIONES DE VULNERABILIAD Y ABANDONO SOCIAL MEDIANTE MODALIDAD CENTRO VIDA EN MUNICIPIOS DEL DEPARTAMENTO DEL META. SEGUN MEMORANDO DE SALIDA SUSCRITO POR LA SECRETARIA SOCIAL.

Cat.	Elem.	R.I.	Nombre	Unidad	Cantidad	Vlr. Unitario	Vlr. Total
1114	580	12	Sudadera pantalón deportivo con malla, bordada con logo institucional, tela antifluido, dos bolsillos con caucho cordón para pretina	Unidad	1380.00	79,000.00	109.020.000,00
	4288	24	Buso tipo polo, bordado en pecho, manga y espalda	Unidad	1380.00	53,000.00	73.140.000,00
	4289	32	Gorra bordada en frente logo institucional	Unidad	1380.00	29,000.00	40.020.000,00
1116	181	115	Tenis deportivos unisex	Unidad	690.00	160,000.00	110.400.000,00
1114	4745	14	Tula tipo mochila deportiva, sublimada con el logo institucional	Unidad	1380.00	37,000.00	51.060.000,00

TOTAL SALIDA **383.640.000,00**

PARAMETRIZACION CONTABLE

Cuenta	Descripción	Vlr. Debito	Vlr. Credito
15149006	Otros Elementos Materiales y Suministros		273,240,000.00
15149012	Elementos y Herramientas Agricolas + Dotación.		110,400,000.00
55070603	Asignacion De Bienes	383,640,000.00	
		383,640,000.00	383,640,000.00

Unión Temporal
Adulto Mayor Meta

4958

ANEXO N°5

SEGUNDO INFORME DE EJECUCIÓN

CONTRATO 1068 DE 2025

Dirección: Calle 36 # 33 - 27 Barzal Bajo
Correo: corporaciondelupia@gmail.com Cel. 313 308 6897
Villavicencio - Meta

4959

CONTRATO 1068 DE 2025
UNIÓN TEMPORAL ADULTO MAYOR META
NIT. 901.943.219-0
EVIDENCIA FOTOGRAFICA ALIMENTACIÓN
SEGUNDO INFORME

Unión Temporal
Adulto Mayor Meta

BARRIO SAN JOSE - COMUNA 2










4960

CONTRATO 1068 DE 2025
UNIÓN TEMPORAL ADULTO MAYOR META
NIT. 901.943.219-0
EVIDENCIA FOTOGRAFICA ALIMENTACIÓN
SEGUNDO INFORME

Unión Temporal
Adulto Mayor Meta




BARRIO SANTA FE - COMUNA 3








4961

CONTRATO 1068 DE 2025
UNIÓN TEMPORAL ADULTO MAYOR META
NIT. 901.943.219-0
EVIDENCIA FOTOGRAFICA ALIMENTACIÓN
SEGUNDO INFORME

Unión Temporal
Adulto Mayor Meta






BARRIO EL DELIRIO - COMUNA 4

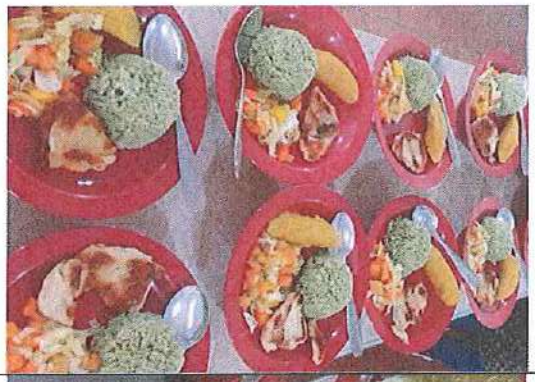





4962

CONTRATO 1068 DE 2025
UNIÓN TEMPORAL ADULTO MAYOR META
NIT. 901.943.219-0
EVIDENCIA FOTOGRAFICA ALIMENTACIÓN
SEGUNDO INFORME

Unión Temporal
Adulto Mayor Meta








BARRIO NUEVA COLOMBIA - COMUNA 4




4963

CONTRATO 1068 DE 2025
UNIÓN TEMPORAL ADULTO MAYOR META
NIT. 901.943.219-0
EVIDENCIA FOTOGRAFICA ALIMENTACIÓN
SEGUNDO INFORME

Unión Temporal
Adulto Mayor Meta



BARRIO PINILLA ALTO - COMUNA 5

4964

CONTRATO 1068 DE 2025
UNIÓN TEMPORAL ADULTO MAYOR META
NIT. 901.943.219-0
EVIDENCIA FOTOGRAFICA ALIMENTACIÓN
SEGUNDO INFORME

Unión Temporal
Adulto Mayor Meta










CONTRATO 1068 DE 2025
UNIÓN TEMPORAL ADULTO MAYOR META
NIT. 901.943.219-0
EVIDENCIA FOTOGRAFICA ALIMENTACIÓN
SEGUNDO INFORME

Unión Temporal Adulto Mayor Meta




BARRIO EL DANUBIO - COMUNA 5








4966

CONTRATO 1068 DE 2025
UNIÓN TEMPORAL ADULTO MAYOR META
NIT. 901.943.219-0
EVIDENCIA FOTOGRAFICA ALIMENTACIÓN
SEGUNDO INFORME

Unión Temporal
Adulto Mayor Meta






BARRIO COMUNEROS - COMUNA 7






4967

CONTRATO 1068 DE 2025
UNIÓN TEMPORAL ADULTO MAYOR META
NIT. 901.943.219-0
EVIDENCIA FOTOGRAFICA ALIMENTACIÓN
SEGUNDO INFORME

Unión Temporal
Adulto Mayor Meta








BARRIO MONTECARLO ALTO - COMUNA 8




4968

CONTRATO 1068 DE 2025
UNIÓN TEMPORAL ADULTO MAYOR META
NIT. 901.943.219-0
EVIDENCIA FOTOGRAFICA ALIMENTACIÓN
SEGUNDO INFORME

Unión Temporal
Adulto Mayor Meta










BARRIO EL RUBY - COMUNA 8

4969

CONTRATO 1068 DE 2025
UNIÓN TEMPORAL ADULTO MAYOR META
NIT. 901.943.219-0
EVIDENCIA FOTOGRAFICA ALIMENTACIÓN
SEGUNDO INFORME

Unión Temporal
Adulto Mayor Meta



4990

CONTRATO 1068 DE 2025
UNIÓN TEMPORAL ADULTO MAYOR META
NIT. 901.943.219-0
EVIDENCIA FOTOGRAFICA ALIMENTACIÓN
SEGUNDO INFORME

Unión Temporal
Adulto Mayor Meta





BARRIO LA MADRID, ETAPA 1 - COMUNA 9









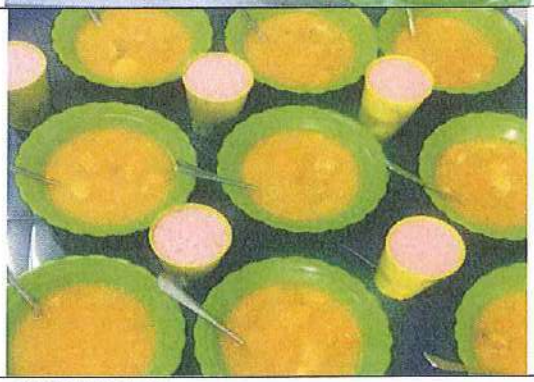




CONTRATO 1068 DE 2025
UNIÓN TEMPORAL ADULTO MAYOR META
NIT. 901.943.219-0
EVIDENCIA FOTOGRAFICA ALIMENTACIÓN
SEGUNDO INFORME

Unión Temporal Adulto Mayor Meta



BARRIO EL BRILLANTE - COMUNA 10






4972

CONTRATO 1068 DE 2025
UNIÓN TEMPORAL ADULTO MAYOR META
NIT. 901.943.219-0
EVIDENCIA FOTOGRAFICA ALIMENTACIÓN
SEGUNDO INFORME

Unión Temporal Adulto Mayor Meta








VEREDA BUENA VISTA - CORREGIMIENTO 2




4973

CONTRATO 1068 DE 2025
UNIÓN TEMPORAL ADULTO MAYOR META
NIT. 901.943.219-0
EVIDENCIA FOTOGRAFICA ALIMENTACIÓN
SEGUNDO INFORME

Unión Temporal Adulto Mayor Meta



PUERTO LÓPEZ- ÁREA URBANA

4974

CONTRATO 1068 DE 2025
UNIÓN TEMPORAL ADULTO MAYOR META
NIT. 901.943.219-0
EVIDENCIA FOTOGRAFICA ALIMENTACIÓN
SEGUNDO INFORME

Unión Temporal
Adulto Mayor Meta



4975

CONTRATO 1068 DE 2025
UNIÓN TEMPORAL ADULTO MAYOR META
NIT. 901.943.219-0
EVIDENCIA FOTOGRAFICA ALIMENTACIÓN
SEGUNDO INFORME

Unión Temporal
Adulto Mayor Meta




SAN MARTÍN- VEREDA GUALAS








CONTRATO 1068 DE 2025
UNIÓN TEMPORAL ADULTO MAYOR META
NIT. 901.943.219-0
EVIDENCIA FOTOGRAFICA ALIMENTACIÓN
SEGUNDO INFORME

Unión Temporal Adulto Mayor Meta






SAN CARLOS DE GUAROA - VEREDA PALMERAS






CONTRATO 1068 DE 2025
UNIÓN TEMPORAL ADULTO MAYOR META
NIT. 901.943.219-0
EVIDENCIA FOTOGRAFICA ALIMENTACIÓN
SEGUNDO INFORME

Unión Temporal Adulto Mayor Meta





LA MACARENA - ÁREA URBANA













4978

CONTRATO 1068 DE 2025
UNIÓN TEMPORAL ADULTO MAYOR META
NIT. 901.943.219-0
EVIDENCIA FOTOGRAFICA ALIMENTACIÓN
SEGUNDO INFORME

Unión Temporal
Adulto Mayor Meta






VISTA HERMOSA - CORREGIMIENTO PIÑALITO






4979

CONTRATO 1068 DE 2025
UNIÓN TEMPORAL ADULTO MAYOR META
NIT. 901.943.219-0
EVIDENCIA FOTOGRAFICA ALIMENTACIÓN
SEGUNDO INFORME

Unión Temporal
Adulto Mayor Meta








URIBE - CENTRO POBLADO LA JULIA




4980

CONTRATO 1068 DE 2025
UNIÓN TEMPORAL ADULTO MAYOR META
NIT. 901.943.219-0
EVIDENCIA FOTOGRAFICA ALIMENTACIÓN
SEGUNDO INFORME

Unión Temporal
Adulto Mayor Meta





Unión Temporal
Adulto Mayor Meta

4981

ANEXO N°6

SEGUNDO INFORME DE EJECUCIÓN

CONTRATO 1068 DE 2025

Dirección: Calle 36 # 33 - 27 Barzal Bajo
Correo: corporaciondelupia@gmail.com Cel. 313 308 6897
Villavicencio - Meta

4982

ACTA GENERAL
DE INSPECCIÓN, VIGILANCIA Y CONTROL SANITARIO
SECRETARÍA DE SALUD DE VILLAVICENCIO

CIUDAD Villavicencio FECHA 19/Noviembre/2025 ACTA N° 1330

TIPO DE ESTABLECIMIENTO

Establecimiento Comercial [X] Establecimientos de Espectáculo Público [ ] Establecimientos de Diversión Pública [ ]

IDENTIFICACIÓN DEL ESTABLECIMIENTO

*CAMPO OBLIGATORIO

*RAZÓN SOCIAL Unión Temporal Bocsa Misa Meta

*CÉDULA / NIT 901992198-0

*NOMBRE COMERCIAL Correo Vías Digitales

*DIRECCIÓN Cra 41 #6 MATRICULA MERCANTIL 8210

*DEPARTAMENTO Meta *MUNICIPIO Villavicencio

Barrio Llanito Vereda Comuna Localidad

Sector Corregimiento Caserío UPZ

Otro [ ] Cuál:

TELÉFONOS 3204179471 CORREO ELECTRÓNICO

CORREO ELECTRÓNICO corporacionelupitaBgmail.com

NOMBRE DEL PROPIETARIO Maria Isabel Bueno Mejia

*DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN C.C [X] C.E [ ] NIT [ ] *Número de documento 39637775

*NOMBRE DEL REPRESENTANTE LEGAL Maria Isabel Bueno Mejia

*DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN C.C [X] C.E [ ] NIT [ ] *Número de documento 39637775

CORREO ELECTRÓNICO corporacionelupitaBgmail.com

*DIRECCIÓN DE NOTIFICACIÓN Cra 31 # 35-27

EL REPRESENTANTE DEL ESTABLECIMIENTO AUTORIZA LA NOTIFICACIÓN ELECTRÓNICA: SI [X] NO [ ]

*DIRECCIÓN DE NOTIFICACIÓN ELECTRÓNICA corporacionelupitaBgmail.com

*DEPARTAMENTO Meta *MUNICIPIO Villavicencio

*HORARIO Y DÍA DE FUNCIONAMIENTO L-V 8/12 N° DE TRABAJADORES 3

N° DE EMPLEADOS AFILIADOS RIESGOS PROFESIONALES 3

N° DE EMPLEADOS AFILIADOS AL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL 3

CÓDIGO CIIU 8810 SI [X] NO [ ] DESCRIPCIÓN DE ACTIVIDAD Servicios de Asistencia Social

CONCEPTO SANITARIO DE ÚLTIMA VISITA SANITARIA

FECHA DE LA ÚLTIMA INSPECCIÓN	día / mes / año	TIPO DE CONCEPTO SANITARIO DE LA ÚLTIMA VISITA	FAVORABLE	% DE CUMPLIMIENTO DE LA ÚLTIMA INSPECCIÓN	%
			FAVORABLE CON REQUERIMIENTOS		
N° ACTA DE ÚLTIMA VISITA	Primera Vez		DESFAVORABLE		

*MOTIVO DE LA VISITA

PROGRAMACIÓN	SOLICITUD DEL INTERESADO	X	ASOCIADA A PETICIONES, QUEJAS Y RECLAMOS
SOLICITUD OFICIAL	EVENTO DE INTERÉS EN SALUD PÚBLICA		SOLICITUD DE PRÁCTICA DE PRUEBAS Y PROCESOS SANCIONATORIOS ADMIN.

OTRO ESPECIFIQUE:

NÚMERO Y FECHA DE RADICADO EN CASO DE QUE EL MOTIVO DE LA VISITA SEA SOLICITUD DE INTERESADO O ASOCIADO POR 1934 - 07/11/2025

CRITERIOS DE EVALUACIÓN

Cumplimiento (C)	Cuando el establecimiento cumple la totalidad de los requisitos descritos para el aspecto o condición sanitaria a evaluar
Cumplimiento parcial (PC)	Cuando el establecimiento no cumple con la totalidad de los requisitos descritos para el aspecto o condición sanitaria a evaluar
No cumplimiento (NC)	Cuando el establecimiento no cumple ninguno de los requisitos descritos para el aspecto o condición sanitaria a evaluar
Crítico (CR)	La casilla "CR" corresponde cuando el incumplimiento del aspecto a verificar sea considerado un riesgo inminente para la salud pública y deba aplicar Medida Sanitaria de Seguridad que impida que el establecimiento continúe su funcionamiento en condiciones normales
No aplica (NA)	Cuando el criterio a evaluar no corresponde a la actividad realizada por el objeto de IVC (para no afectar calificación de los bloques se diligenciará como Cumple (C) y se indicará en hallazgos las razones por que "no aplica" para el establecimiento vigilado y controlado)

REVISIÓN DOCUMENTAL

DOCUMENTOS	DOCUMENTADO SI	DOCUMENTADO NO	OBSERVACIONES
Documento de sistema de seguridad y salud en el trabajo (en caso de no contar notificar a dirección territorial Ministerio de trabajo)	X		
Contrato con gestor de residuos (en caso de requerir notificar a autoridad ambiental)			N/A
Permiso de vertimientos (en caso de requerir notificar a autoridad ambiental)			N/A

1330

4983

I. CONDICIONES LOCATIVAS, SANITARIAS Y DE SEGURIDAD

1. CONDICIONES LOCATIVAS

	ASPECTO A VERIFICAR	C	CP	NC	NA	HALLAZGOS
1.1	El establecimiento esta ubicado en terreno de fácil drenaje, alejado de botaderos de basura, aguas estancadas, criaderos de insectos y roedores, mataderos, cementerios y, en general, a focos de insalubridad e inseguridad evitar en las zonas de riesgo, que ofrezcan peligro de inundación, erosión (Art 160, 162, 163 ley 9 de 1979)	5	2.5	0		
1.2	Las entradas principales a la edificación y a sus ambientes interiores cuentan con fácil acceso (Art 40 Resolución 14861 a 1985)	4	2	0		
1.3	En el establecimiento los pisos son sólidos, impermeables, antideslizantes, de fácil limpieza, desinfección y resistentes a factores ambientales y uniformes, de manera que ofrezcan continuidad para evitar tropiezos y accidentes, nivelados para facilitar el drenaje (Art 193, 194 Ley 9 de 1979)	4	2	0		
1.4	En el establecimiento las paredes y techos son sólidos de fácil limpieza , desinfección y resistentes a factores ambientales (Art 195 Ley de 1979)	4	2	0		
1.5	Las redes e instalaciones eléctricas como interruptores, reguladores, lámparas y demás equipos o elementos utilizados para iluminación en áreas específicas están construidos, instaladas, mantenidas, accionadas, señalizadas y protegidas, de manera que se prevengan los riesgos de incendio y se evite el contacto con los elementos sometidos a tensión. (Art 117 Ley 9 de 1979)	3	1.5	0		
1.6	Las escaleras, rampas, son seguras, cuentan con pasamanos y estan revestidas de material antideslizante. (Art 47 y 48 Resolución 1461 de 1985)	4	2	0		
1.7	La ventilación es adecuada para el uso. (Art 197 Ley 9 de 1979)	3	1.5	0		
1.8	La iluminación es suficiente y adecuada en cantidad para su uso. (Art 196 Ley de 1979)	3	1.5	0		
CALIFICACIÓN DEL BLOQUE		30				La calificación del bloque corresponde al 10 % del total del acta

2. CONDICIONES SANITARIAS

	ASPECTO A VERIFICAR	C	CP	NC	NA	HALLAZGOS
2.1	El establecimiento cuenta con, servicios sanitario dotados con los mecanismos o elementos para la higiene personal, separados por sexo, en correcto funcionamiento y en cantidad suficientes para uso de los trabajadores y visitantes (inodoros y lavamanos). (Art 50 Resolución 14861 de 1985)	10		0		CR
2.2	El establecimiento mantiene las condiciones de en orden, aseo y cuenta con un programa de limpieza y desinfección para las instalaciones y equipos documentado e implementado (procedimientos, planillas, concentraciones y registros). (Art 207 Ley 9 de 1979)	6	3	0		
2.3	Los elementos y productos químicos utilizados para la limpieza y desinfección se encuentran debidamente rotulados y almacenados.	4	2	0		Almacenamiento Limpieza Sin Hojas de Seguridad
CALIFICACIÓN DEL BLOQUE		18				La calificación del bloque corresponde al 20 % del total del acta

3. CONDICIONES DE SANEAMIENTO

	3.1 ABASTECIMIENTO DE AGUA	C	CP	NC	NA	HALLAZGOS
3.1.1	El establecimiento se encuentra conectado a la red del sistema de acuerdo u otro sistema alternativo	2	1	0		
3.1.2	El establecimiento cuenta con suministro y acceso a agua potable (Art 165 Ley 9 de 1979)	4		0		CR
3.1.3	Las instalaciones interiores para suministro estan diseñadas y construidas para su funcionamiento normal con dotación de servicio continua y presión suficiente de servicio en todos los sitios de consumo (Art 10 numeral 2 Decreto 1575 de 2007)	2	1	0		
3.1.4	El establecimiento cuenta con tanques para el almacenamiento de agua potable debidamente protegidos y con capacidad suficiente para garantizar el suministro en la totalidad de sus instalaciones. (Art 10 Decreto 1575 de 2007)	2	1	0		
3.1.5	El establecimiento realiza semestralmente o cuando esté visiblemente sucio el lavado y desinfección de los tanques de almacenamiento de agua potable, (revisar soportes). (Art 10 Decreto 1575 de 2007)	2	1	0		
	3.2 MANEJO Y DISPOSICIÓN DE VERTIMIENTOS	**C**	**CP**	**NC**	**NA**	**HALLAZGOS**
3.2.1	Las aguas residuales generadas por el establecimiento son vertidas al alcantarillado u otro sistema alternativo. (Art 36 Ley 9 de 1979)	2	1	0		
3.2.2	Las instalaciones para evacuación de residuos líquidos están diseñadas y construidas para que permitan escurrimiento, eviten obstrucciones, impida el paso de gases y animales de la red pública al interior, no permitan el vaciamiento, el escape de líquido o la formación de depósitos en el interior de las tuberías y finalmente, se evite la conexión o interconexión con tanques de almacenamiento y sistemas de agua potable	2	1	0		
	3.3 MANEJO DE RESIDUOS SOLIDOS					**HALLAZGOS**
3.3.1	Cuenta con programa para el manejo y gestión integral de sus residuos sólidos documentado e implementado.	2	1	0		
3.3.2	El área para el almacenamiento de residuos cumple con condiciones sanitarias	3	1.5	0		
3.3.3	Cuenta con recipientes de material rígido que facilita su limpieza y dezinfección e identificados para el manejo de residuos y de cumplimiento al código de colores	2	1	0		
	3.4 MANEJO INTEGRADO DE PLAGAS					
3.4.1	Existe un programa de manejo integral de plagas documentado e implementado (Art 201 y Art 593 Ley 09 de 1979)	2	1	0		No reporta soporte
3.4.2	En el establecimiento no se evidencia la presencia de plagas o daños ocasionados por estas y se establecen medidas preventivas para el control y propagación (Art 168 Ley 09 de 79)	5		0		CR
CALIFICACIÓN DEL BLOQUE		16				La calificación del bloque corresponde al 30 % del total del acta

4. CONDICIONES DE SEGURIDAD - GESTIÓN DEL RIESGO

	ASPECTO A VERIFICAR	C	CP	NC	NA	HALLAZGOS
4.1	Existe plan de gestión del riesgo de desastres documentado e implementado. (Artículo 2.3.1.6.2.1 Decreto 2157 de 2017)	4	2	0		no cuenta con ninguno de el
4.2	Se encuentran claramente señalizadas las diferentes áreas y secciones en cuanto a acceso y circulación de personas, servicios, seguridad, salidas de emergencia, etc. (Art 203 Ley 9 1979) (Art 52 Resolución 14861 de 1985)	3	1.5	0		
4.3	El establecimiento tiene alarma de emergencia. (Art 52 Resolución 14861 de 1985)	2	1	0		

1330

4984

4.5	La institución cuenta con extintores o gabinetes contra incendios cargados y debidamente señalizados en perfecto estado de funcionamiento. (Art 52 Resolución 14861 de 1985)	5	2.5	0		No tiene
4.6	Existe botiquín de primeros auxilios. (Art 127 Ley 9 de 1979)	3	1.5	0		No tiene
CALIFICACIÓN DEL BLOQUE			10			La calificación del bloque corresponde al 20 % del total del acta

II. CUMPLIMIENTO DE CONDICIONES SANITARIAS (Propuesta)

% DE CUMPLIMIENTO		CONCEPTO. Seleccione con una equis (X) el concepto sanitario a emitir.	NIVEL DE CUMPLIMIENTO
87%		FAVORABLE	95% - 100%
	X	FAVORABLE CON REQUERIMIENTOS	50% - 94%
		DESFAVORABLE	< 49,9%

En caso que uno o más de los aspectos a evaluar sea identificado como "crítico", independiente del porcentaje de cumplimiento obtenido, el CONCEPTO SANITARIO a emitir será de DESFAVORABLE, representación de riesgo inminente a la salud pública con aplicación de medida sanitaria (NC-AMS) y se procederá a aplicar la MEDIDA SANITARIA DE SEGURIDAD CORRESPONDIENTE.

III. RELACIÓN DE LAS MUESTRAS TOMADAS EN EL ESTABLECIMIENTO

NÚMERO TOTAL DE MUESTRAS TOMADAS (AGUA)	
NÚMERO DEL ACTA DE TOMA DE MUESTRAS	

IV. REQUERIMIENTOS SANITARIOS

Se debe ajustar el establecimiento a la normatividad sanitaria vigente corrigiendo los hallazgos registrados en la presente acta.

2.3 4.6
3.4.1
4.1
4.5

V. OBSERVACIONES

Por parte de la autoridad sanitaria:

Por parte de Establecimiento:

Nos Comprometemos a Cumplir en 60 días

VI. INFORMACIÓN DE TIPO MEDIDA SANITARIA DE SEGURIDAD/PREVENTIVA SI___ NO___

- ☐ Clausura temporal total
- ☐ Clausura temporal parcial
- ☐ Suspensión parcial de trabajos o servicios
- ☐ Suspensión total de trabajos o servicios
- ☐ Decomiso
- ☐ Destrucción o desnaturalización
- ☐ Congelación
- ☐ Aislamiento o internación de personas para evitar la transmisión de enfermedades
- ☐ Captura y observación de animales sospechosos de enfermedades
- ☐ Vacunación personas o animales
- ☐ Control de insectos u otra fauna nociva o transmisora de enfermedades
- ☐ Desocupación o desalojamiento de establecimientos o viviendas

N° DEL ACTA DE LA MEDIDA SANITARIA

VII. PLAZO CUMPLIMIENTO DE HALLAZGOS

DÍAS HÁBILES PLAZO	
FECHA INICIO PLAZO	
FECHA LÍMITE DE PLAZO	

VII. NOTIFICACIÓN DEL ACTA

Para constancia y previa lectura y ratificación del contenido de la presente acta firman los funcionarios y personas que intervinieron en la visita, hoy 19 del mes de 08 del año 2021 en la Ciudad de Bucaramanga

De la presente acta se deja copia en poder del interesado, representante legal, responsable del establecimiento o quien atendió la visita.

NOTA: El acta debe ser notificada dentro de un plazo no mayor de cinco (5) días contados a partir de la realización de la visita.

POR PARTE DE LOS FUNCIONARIOS QUE REALIZAN LA VISITA		POR PARTE DEL ESTABLECIMIENTO	
FIRMA:		FIRMA:	
NOMBRE:		NOMBRE:	
CÉDULA:		CÉDULA:	
CARGO:		CARGO:	
INSTITUCIÓN:		INSTITUCIÓN:	

La salud es de todos | Minsalud

ACTA GENERAL DE INSPECCIÓN, VIGILANCIA Y CONTROL SANITARIO SECRETARÍA DE SALUD DE VILLAVICENCIO

Alcaldía de Villavicencio

498

CIUDAD Villavicencio FECHA 19/11/2025 ACTA N° 1329

TIPO DE ESTABLECIMIENTO

Establecimiento Comercial [X] Establecimientos de Espectáculo Público [ ] Establecimientos de Diversión Pública [ ]

IDENTIFICACIÓN DEL ESTABLECIMIENTO

*CAMPO OBLIGATORIO

*RAZÓN SOCIAL Unión Temporal Sagrada Misión Meta

*CÉDULA / NIT 901993219-0

*NOMBRE COMERCIAL Centro Vida Pisami

*DIRECCIÓN Cr 21E # 37A-17 MATRICULA MERCANTIL 8810

*DEPARTAMENTO Meta *MUNICIPIO Villavicencio

Barrio Pisami Vereda Comuna Localidad

Sector Corregimiento Caserío UPZ

Otro [ ] Cuál:

TELÉFONOS 3204379971 CORREO ELECTRÓNICO

CORREO ELECTRÓNICO corporacionadelupio@gmail.com

NOMBRE DEL PROPIETARIO Maria Sofia Rocio Meneses

*DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN C.C [X] C.E [ ] NIT [ ] *Número de documento 39637775

*NOMBRE DEL REPRESENTANTE LEGAL Maria Sofia Rocio Meneses

*DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN C.C [X] C.E [ ] NIT [ ] *Número de documento 39637775

CORREO ELECTRÓNICO corporacionadelupio@gmail.com

*DIRECCIÓN DE NOTIFICACIÓN Cr 36 # 33-27

EL REPRESENTANTE DEL ESTABLECIMIENTO AUTORIZA LA NOTIFICACIÓN ELECTRÓNICA: SI [X] NO [ ]

*DIRECCIÓN DE NOTIFICACIÓN ELECTRÓNICA corporacionadelupio@gmail.com

*DEPARTAMENTO Meta *MUNICIPIO Villavicencio

*HORARIO Y DÍA DE FUNCIONAMIENTO L-V 8/12 N° DE TRABAJADORES 3

N° DE EMPLEADOS AFILIADOS RIESGOS PROFESIONALES 3

N° DE EMPLEADOS AFILIADOS AL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL 3

CÓDIGO CIIU 8810 SI [X] NO [ ] DESCRIPCIÓN DE ACTIVIDAD Actividades de Asistencia Social

CONCEPTO SANITARIO DE ÚLTIMA VISITA SANITARIA

FECHA DE LA ÚLTIMA INSPECCIÓN	día / mes / año	TIPO DE CONCEPTO SANITARIO DE LA ÚLTIMA VISITA	FAVORABLE	% DE CUMPLIMIENTO DE LA ÚLTIMA INSPECCIÓN	%
N° ACTA DE ÚLTIMA VISITA	Primera Vez		FAVORABLE CON REQUERIMIENTOS		
			DESFAVORABLE		

*MOTIVO DE LA VISITA

PROGRAMACIÓN	SOLICITUD DEL INTERESADO [X]	ASOCIADA A PETICIONES, QUEJAS Y RECLAMOS	
SOLICITUD OFICIAL	EVENTO DE INTERÉS EN SALUD PÚBLICA	SOLICITUD DE PRÁCTICA DE PRUEBAS/ PROCESOS SANCIONATORIOS ADMIN.	

OTRO | ESPECIFIQUE:

NÚMERO Y FECHA DE RADICADO EN CASO DE QUE EL MOTIVO DE LA VISTA SEA SOLICITUD DE INTERESADO O ASOCIADO POR 1939 - 03/11/2025

CRITERIOS DE EVALUACIÓN

Cumplimiento (C)	Cuando el establecimiento cumple la totalidad de los requisitos descritos para el aspecto o condición sanitaria a evaluar
Cumplimiento parcial (PC)	Cuando el establecimiento no cumple con la totalidad de los requisitos descritos para el aspecto o condición sanitaria a evaluar
No cumplimiento (NC)	Cuando el establecimiento no cumple ninguno de los requisitos descritos para el aspecto o condición sanitaria a evaluar
Crítico (CR)	La casilla "CR" corresponde cuando el incumplimiento del aspecto a verificar sea considerado un riesgo inminente para la salud pública y deba aplicar Medida Sanitaria de Seguridad que impida que el establecimiento continúe su funcionamiento en condiciones normales
No aplica (NA)	Cuando el criterio a evaluar no corresponde a la actividad realizada por el objeto de IVC (para no afectar calificación de los bloques se diligenciará como Cumple (C) y se indicará en hallazgos las razones por que "no aplica" para el establecimiento vigilado y controlado)

REVISIÓN DOCUMENTAL

DOCUMENTOS	DOCUMENTADO SI	DOCUMENTADO NO	OBSERVACIONES
Documento de sistema de seguridad y salud en el trabajo (en caso de no contar notificar a dirección territorial Ministerio de trabajo	X		
Contrato con gestor de residuos (en caso de requerir notificar a autoridad ambiental)			N/A
Permiso de vertimientos (en caso de requerir notificar a autoridad ambiental)			N/A
En caso de requerir de medidas de control, la empresa contratada para ejecutar el programa de control de			

1323

4986

I. CONDICIONES LOCATIVAS, SANITARIAS Y DE SEGURIDAD

1. CONDICIONES LOCATIVAS

	ASPECTO A VERIFICAR	C	CP	NC	NA	HALLAZGOS
1.1	El establecimiento esta ubicado en terreno de fácil drenaje, alejado de botaderos de basura, aguas estancadas, criaderos de insectos y roedores, mataderos, cementerios y, en general, a focos de insalubridad o inseguridad evitar en las zonas de riesgo, que ofrezcan peligro de inundación, erosión (Art 160, 162, 163 ley 9 de 1979)	5	2.5	0		
1.2	Las entradas principales a la edificación y a sus ambientes interiores cuentan con fácil acceso (Art 40 Resolución 14861 a 1985)	4	2	0		
1.3	En el establecimiento los pisos son sólidos, impermeables, antideslizantes, de fácil limpieza, desinfección y resistentes a factores ambientales y uniformes, de manera que ofrezcan continuidad para evitar tropiezos y accidentes, nivelados para facilitar el drenaje (Art 193, 194 Ley 9 de 1979)	4	2	0		
1.4	En el establecimiento las paredes y techos son sólidos de fácil limpieza , desinfección y resistentes a factores ambientales (Art 195 Ley de 1979)	4	2	0		
1.5	Las redes o instalaciones eléctricas como interruptores, reguladores, lámparas y demás equipos o elementos utilizados para iluminación en áreas específicas están construidas, instaladas, mantenidas, accionadas, señalizadas y protegidas, de manera que se prevengan los riesgos de incendio y se evite el contacto con los elementos sometidos a tensión. (Art 117 Ley 9 de 1979)	3	1.5	0		
1.6	Las escaleras, rampas, son seguras, cuentan con pasamanos y estan revestidas de material antideslizante. (Art 47 y 48 Resolución 1461 de 1985)	4	2	0		
1.7	La ventilación es adecuada para el uso. (Art 197 Ley 9 de 1979)	3	1.5	0		
1.8	La iluminación es suficiente y adecuada en cantidad para su uso. (Art 196 Ley de 1979)	3	1.5	0		
CALIFICACIÓN DEL BLOQUE		30				La calificación del bloque corresponde al 30 % del total del acta

2. CONDICIONES SANITARIAS

	ASPECTO A VERIFICAR	C	CP	NC	NA	HALLAZGOS
2.1	El establecimiento cuenta con, servicios sanitario dotados con los mecanismos o elementos para la higiene personal, separados por sexo, en correcto funcionamiento y en cantidad suficientes para uso de los trabajadores y visitantes (inodoros y lavamanos). (Art 50 Resolución 14861 de 1985)	10		0		CR
2.2	El establecimiento mantiene las condiciones de en orden, aseo y cuenta con un programa de limpieza y desinfección para las instalaciones y equipos documentado e implementado (procedimientos, planillas, concentraciones y registros). (Art 207 Ley 9 de 1979)	6	3	0		
2.3	Los elementos y productos químicos utilizados para la limpieza y desinfección se encuentran debidamente rotulados y almacenados.	4	2	0		SIN HOJAS DE SEGURIDAD
CALIFICACIÓN DEL BLOQUE		18				La calificación del bloque corresponde al 20 % del total del acta

3. CONDICIONES DE SANEAMIENTO

	3.1 ABASTECIMIENTO DE AGUA	C	CP	NC	NA	HALLAZGOS
3.1.1	El establecimiento se encuentra conectado a la red del sistema de acuerdo u otro sistema alternativo	2	1	0		
3.1.2	El establecimiento cuenta con suministro y acceso a agua potable (Art 165 Ley 9 de 1979)	4		0		CR
3.1.3	Las instalaciones interiores para suministro estan diseñadas y construidas para su funcionamiento normal con dotación de servicio continuo y presión suficiente de servicio en todos los sitios de consumo (Art 10 numeral 2 Decreto 1575 de 2007)	2	1	0		
3.1.4	El establecimiento cuenta con tanques para el almacenamiento de agua potable debidamente protegidos y con capacidad suficiente para garantizar el suministro en la totalidad de sus instalaciones. (Art 19 Decreto 1575 de 2007)	2	1	0		
3.1.5	El establecimiento realiza semestralmente o cuando esté visiblemente sucio el lavado y desinfección de los tanques de almacenamiento de agua potable, (revisar soportes). (Art 10 Decreto 1575 de 2007)	2	1	0		
	3.2 MANEJO Y DISPOSICIÓN DE VERTIMIENTOS	**C**	**CP**	**NC**	**NA**	**HALLAZGOS**
3.2.1	Las aguas residuales generadas por el establecimiento son vertidas al alcantarillado u otro sistema alternativo. (Art 36 Ley 9 de 1979)	2	1	0		
3.2.2	Las instalaciones para evacuación de residuos líquidos están diseñadas y construidas para que permitan escurrimiento, eviten obstrucciones, impida el paso de gases y animales de la red pública al interior, no permitan el vaciamiento, el escape de líquido o la formación de depósitos en el interior de las tuberías y finalmente, se evite la conexión o interconexión con tanques de almacenamiento y sistemas de agua potable	2	1	0		
	3.3 MANEJO DE RESIDUOS SOLIDOS					**HALLAZGOS**
3.3.1	Cuenta con programa para el manejo y gestión integral de sus residuos sólidos documentado e implementado	2	1	0		NO ESTA DOCUMENTADO
3.3.2	El area para el almacenamiento de residuos cumple con condiciones sanitarias	3	1.5	0		
3.3.3	Cuenta con recipientes de material rígido que facilita su limpieza y desinfección e identificados para el manejo de residuos y de cumplimiento al código de colores.	2	1	0		
	3.4 MANEJO INTEGRADO DE PLAGAS					
3.4.1	Existe un programa de manejo integral de plagas documentado e implemantado (Art 201 y Art 593 Ley 09 de 1979)	2	1	0		NO REPORTA FUMIGACION NO DOCUMENTADO
3.4.2	En el establecimiento no se evidencia la presencia de plagas o daños ocasionados por estas y se establecen medidas preventivas para el control y propagación (Art 168 Ley 09 de 79)	5		0		CR
CALIFICACIÓN DEL BLOQUE		18				La calificación del bloque corresponde al 30 % del total del acta

4. CONDICIONES DE SEGURIDAD - GESTIÓN DEL RIESGO

	ASPECTO A VERIFICAR	C	CP	NC	NA	HALLAZGOS
4.1	Existe plan de gestión del riesgo de desastres documentado e implementado. (Artículo 2.3.1.5.2.1 Decreto 2157 de 2017)	4	2	0		NO ESTA DOCUMENTADO
4.2	Se encuentran claramente señalizadas las diferentes áreas y secciones en cuanto a acceso y circulación de personas, servicios, seguridad, salidas de emergencia, etc. (Art 206 Ley 9 1979) (Art 52 Resolución 14861 de 1985)	3	1.5	0		
4.3	El establecimiento tiene alarma de emergencia. (Art 52 Resolución 14861 de 1985)	2	1	0		NO TIENE

La institución cuenta con extintores o gabinetes contra incendios cargados y debidamente señalizados en perfecto estado de funcionamiento. (Art 52 Resolución 14861 de 1985)	5	2.5	0		Extintor Vencido
Existe botiquín de primeros auxilios. (Art 127 Ley 9 de 1979)	3	1.5	0		
CALIFICACIÓN DEL BLOQUE		93,5			La calificación del bloque corresponde al ___20___ % del total del acta

II. CUMPLIMIENTO DE CONDICIONES SANITARIAS (Propuesta)

% DE CUMPLIMIENTO		CONCEPTO. Seleccione con una equis (X) el concepto sanitario a emitir.	NIVEL DE CUMPLIMIENTO
88,5		FAVORABLE	95% - 100%
	X	FAVORABLE CON REQUERIMIENTOS	50% - 94%
		DESFAVORABLE	< 49.9%

En caso que uno o más de los aspectos a evaluar sea identificado como "crítico", independiente del porcentaje de cumplimiento obtenido, el CONCEPTO SANITARIO a emitir será de DESFAVORABLE, representación de riesgo inminente a la salud pública con aplicación de medida sanitaria (NC-AMS) y se procederá a aplicar la MEDIDA SANITARIA DE SEGURIDAD CORRESPONDIENTE.

III. RELACIÓN DE LAS MUESTRAS TOMADAS EN EL ESTABLECIMIENTO

NÚMERO TOTAL DE MUESTRAS TOMADAS (AGUA)	
NÚMERO DEL ACTA DE TOMA DE MUESTRAS	

IV. REQUERIMIENTOS SANITARIOS

Se debe ajustar el establecimiento a la normatividad sanitaria vigente corrigiendo los hallazgos registrados en la presente acta.

2.3 4.4
3.3.1 4.5
3.4.1
4.1

V. OBSERVACIONES

Por parte de la autoridad sanitaria:

Realiza fumigación de las instalaciones por ubicación de Predio a zonas con vectores

Por parte de Establecimiento:

Nos Comprometemos a cumplir en 60 días

VI. INFORMACIÓN DE TIPO MEDIDA SANITARIA DE SEGURIDAD/PREVENTIVA SI___ NO___

- ☐ Clausura temporal total
- ☐ Clausura temporal parcial
- ☐ Suspensión parcial de trabajos o servicios
- ☐ Suspensión total de trabajos o servicios
- ☐ Decomiso
- ☐ Destrucción o desnaturalización
- ☐ Congelación
- ☐ Aislamiento o internación de personas para evitar la transmisión de enfermedades
- ☐ Captura y observación de animales sospechosos de enfermedades
- ☐ Vacunación personas o animales
- ☐ Control de insectos u otra fauna nociva o transmisora de enfermedades
- ☐ Desocupación o desalojamiento de establecimientos o viviendas

N° DEL ACTA DE LA MEDIDA SANITARIA

VII. PLAZO CUMPLIMIENTO DE HALLAZGOS

DÍAS HÁBILES PLAZO	
FECHA INICIO PLAZO	
FECHA LÍMITE DE PLAZO	

VII. NOTIFICACIÓN DEL ACTA

Para constancia previa lectura y ratificación del contenido de la presente acta firman los funcionarios y personas que intervinieron en la visita, hoy 28 del mes de 08 del año 2025 en la Ciudad de Villavicencio

De la presente acta se deja copia en poder del interesado, representante legal, responsable del establecimiento o quien atendió la visita.

NOTA: El acta debe ser notificada dentro de un plazo no mayor de cinco (5) días contados a partir de la realización de la visita.

POR PARTE DE LOS FUNCIONARIOS QUE REALIZAN LA VISITA		POR PARTE DEL ESTABLECIMIENTO	
FIRMA:		FIRMA:	
NOMBRE:	Erika Daniela Serrano	NOMBRE:	
CÉDULA:	1121921586	CÉDULA:	
CARGO:	CPS PROF UNIVERSITARIO	CARGO:	
INSTITUCIÓN:	SEC. SALUD DPTAL	INSTITUCIÓN:	
FIRMA:		FIRMA:	
NOMBRE:		NOMBRE:	
CÉDULA:		CÉDULA:	
INSTITUCIÓN:		INSTITUCIÓN:	

4988

ACTA GENERAL
DE INSPECCIÓN, VIGILANCIA Y CONTROL SANITARIO
SECRETARÍA DE SALUD DE VILLAVICENCIO

CIUDAD Villavicencio FECHA 19/03/2025 ACTA N° 1332

TIPO DE ESTABLECIMIENTO

Establecimiento Comercial [X] Establecimientos de Espectáculo Público [ ] Establecimientos de Diversión Pública [ ]

IDENTIFICACIÓN DEL ESTABLECIMIENTO

*CAMPO OBLIGATORIO

*RAZÓN SOCIAL Unos Tomasse Bueno Mayor Meta

*CÉDULA / NIT 901993219-0

*NOMBRE COMERCIAL Centro Vias Bautistas

*DIRECCIÓN MATRICULA MERCANTIL 8810

*DEPARTAMENTO Meta *MUNICIPIO Villavicencio

Barrio Carrizales Vereda Comuna Localidad

Sector Corregimiento Caserío UPZ

Otro [ ] Cuál:

TELÉFONOS 3104179999 CORREO ELECTRÓNICO

CORREO ELECTRÓNICO corporacionadlupa@gmail.com

NOMBRE DEL PROPIETARIO Marina Sofia Bueno Meneses

*DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN C.C [X] C.E [ ] NIT [ ] *Número de documento 39637375

*NOMBRE DEL REPRESENTANTE LEGAL Marina Sofia Bueno Meneses

*DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN C.C [X] C.E [ ] NIT [ ] *Número de documento 39637375

CORREO ELECTRÓNICO corporacionadlupa@gmail.com

*DIRECCIÓN DE NOTIFICACIÓN Calle 33 #33-29

EL REPRESENTANTE DEL ESTABLECIMIENTO AUTORIZA LA NOTIFICACIÓN ELECTRÓNICA: SI [X] NO [ ]

*DIRECCIÓN DE NOTIFICACIÓN ELECTRÓNICA corporacionadlupa@gmail.com

*DEPARTAMENTO Meta *MUNICIPIO Villavicencio

*HORARIO Y DÍA DE FUNCIONAMIENTO L-V 8/16 N° DE TRABAJADORES 2

N° DE EMPLEADOS AFILIADOS RIESGOS PROFESIONALES 2

N° DE EMPLEADOS AFILIADOS AL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL 2

CÓDIGO CIIU 8810 SI [X] NO [ ] DESCRIPCIÓN DE ACTIVIDAD Actividades de Asistencia Social

CONCEPTO SANITARIO DE ÚLTIMA VISITA SANITARIA

FECHA DE LA ÚLTIMA INSPECCIÓN	día / mes / año	TIPO DE CONCEPTO SANITARIO DE LA ÚLTIMA VISITA	FAVORABLE	% DE CUMPLIMIENTO DE LA ÚLTIMA INSPECCIÓN	%
N° ACTA DE ÚLTIMA VISITA	Primera Vez		FAVORABLE CON REQUERIMIENTOS		
			DESFAVORABLE		

*MOTIVO DE LA VISITA

PROGRAMACIÓN	SOLICITUD DEL INTERESADO	[X]	ASOCIADA A PETICIONES, QUEJAS Y RECLAMOS
SOLICITUD OFICIAL	EVENTO DE INTERÉS EN SALUD PÚBLICA		SOLICITUD DE PRACTICA DE PRUEBAS/ PROCESOS SANCIONATORIOS ADMIN

OTRO [ ] ESPECIFIQUE:

NÚMERO Y FECHA DE RADICADO EN CASO DE QUE EL MOTIVO DE LA VISITA SEA SOLICITUD DE INTERESADO O ASOCIADO POR 1424-07/13/2025

CRITERIOS DE EVALUACIÓN

Cumplimiento (C)	Cuando el establecimiento cumple la totalidad de los requisitos descritos para el aspecto o condición sanitaria a evaluar
Cumplimiento parcial (PC)	Cuando el establecimiento no cumple con la totalidad de los requisitos descritos para el aspecto o condición sanitaria a evaluar
No cumplimiento (NC)	Cuando el establecimiento no cumple ninguno de los requisitos descritos para el aspecto o condición sanitaria a evaluar
Crítico (CR)	La casilla "CR" corresponde cuando el incumplimiento del aspecto a verificar sea considerado un riesgo inminente para la salud pública y deba aplicar Medida Sanitaria de Seguridad que impida que el establecimiento continúe su funcionamiento en condiciones normales
No aplica (N/A)	Cuando el criterio a evaluar no corresponda a la actividad realizada por el objeto de IVC (para no afectar calificación de los bloques se diligenciara como Cumple (C) y se indicará en hallazgos las razones por que "no aplica" para el establecimiento vigilado y controlado)

REVISIÓN DOCUMENTAL

DOCUMENTOS	DOCUMENTADO SI	DOCUMENTADO NO	OBSERVACIONES
Documento de sistema de seguridad y salud en el trabajo (en caso de no contar notificar a dirección territorial Ministerio de trabajo	X		
Contrato con gestor de residuos (en caso de requerir notificar a autoridad ambiental)		X	N/A

ACTA N° 1332

4989

I. CONDICIONES LOCATIVAS, SANITARIAS Y DE SEGURIDAD

1. CONDICIONES LOCATIVAS

	ASPECTO A VERIFICAR	C	CP	NC	NA	HALLAZGOS
1.1	El establecimiento esta ubicado en terreno de fácil drenaje, alejado de botaderos de basura, aguas estancadas, criaderos de insectos y roedores, mataderos, cementerios y, en general, a focos de insalubridad e inseguridad evitar en las zonas de riesgo, que ofrezcan peligro de inundación, erosión (Art 160, 162, 163 ley 9 de 1979)	5	2.5	0		
1.2	Las entradas principales a la edificación y a sus ambientes interiores cuentan con fácil acceso (Art 40 Resolución 14861 a 1985)	4	2	0		
1.3	En el establecimiento los pisos son sólidos, impermeables, antideslizantes, de fácil limpieza, desinfección y resistentes a factores ambientales y uniformes, de manera que ofrezcan continuidad para evitar tropiezos y accidentes, nivelados para facilitar el drenaje (Art 193, 194 Ley 9 de 1979)	4	2	0		
1.4	En el establecimiento las paredes y techos son sólidos de fácil limpieza , desinfección y resistentes a factores ambientales (Art 195 Ley de 1979)	4	2	0		
1.5	Las redes e instalaciones eléctricas como interruptores, reguladores, lámparas y demás equipos o elementos utilizados para iluminación en áreas específicas están construidas, instaladas, mantenidas, accionadas, señalizadas y protegidas, de manera que se prevengan los riesgos de incendio y se evite el contacto con los elementos sometidos a tensión. (Art 117 Ley 9 de 1979)	3	1.5	0		
1.6	Las escaleras, rampas, son seguras, cuentan con pasamanos y estan revestidas de material antideslizante. (Art 47 y 48 Resolución 1481 de 1985)	4	2	0		
1.7	La ventilación es adecuada para el uso. (Art 197 Ley 9 de 1979)	3	1.5	0		
1.8	La iluminación es suficiente y adecuada en cantidad para su uso. (Art 196 Ley de 1979)	3	1.5	0		
CALIFICACIÓN DEL BLOQUE			30			La calificación del bloque corresponde al 30 % del total del acta

2. CONDICIONES SANITARIAS

	ASPECTO A VERIFICAR	C	CP	NC	NA	HALLAZGOS
2.1	El establecimiento cuenta con, servicios sanitario dotados con los mecanismos o elementos para la higiene personal, separados por sexo, en correcto funcionamiento y en cantidad suficientes para uso de los trabajadores y visitantes (inodoros y lavamanos). (Art 50 Resolución 14861 de 1985)	10		0		CR
2.2	El establecimiento mantiene las condiciones de en orden, aseo y cuenta con un programa de limpieza y desinfección para las instalaciones y equipos documentado e implementado (procedimientos, planillas, concentraciones y registros). (Art 207 Ley 9 de 1979)	6	3	0		
2.3	Los elementos y productos químicos utilizados para la limpieza y desinfección se encuentran debidamente rotulados y almacenados	4	2	0		DENTRO DEL ANALISIS DE RIESGOS DE SEGURIDAD
CALIFICACIÓN DEL BLOQUE			28			La calificación del bloque corresponde al 20 % del total del acta

3. CONDICIONES DE SANEAMIENTO

	3.1 ABASTECIMIENTO DE AGUA	C	CP	NC	NA	HALLAZGOS
3.1.1	El establecimiento se encuentra conectado a la red del sistema de acuerdo u otro sistema alternativo	2	1	0		
3.1.2	El establecimiento cuenta con suministro y acceso a agua potable (Art 165 Ley 9 de 1979)	4		0		CR
3.1.3	Las instalaciones interiores para suministro estan diseñadas y construidas para su funcionamiento normal con dotación de servicio continuo y presión suficiente de servicio en todos los sitios de consumo (Art 10 numeral 2 Decreto 1575 de 2007)	2	1	0		
3.1.4	El establecimiento cuenta con tanques para el almacenamiento de agua potable debidamente protegidos y con capacidad suficiente para garantizar el suministro en la totalidad de sus instalaciones. (Art 10 Decreto 1575 de 2007)	2	1	0		
3.1.5	El establecimiento realiza semestralmente o cuando esté visiblemente sucio el lavado y desinfección de los tanques de almacenamiento de agua potable, (revisar soportes). (Art 10 Decreto 1575 de 2007)	2	1	0		
	3.2 MANEJO Y DISPOSICIÓN DE VERTIMIENTOS	**C**	**CP**	**NC**	**NA**	**HALLAZGOS**
3.2.1	Las aguas residuales generadas por el establecimiento son vertidos al alcantarillado u otro sistema alternativo. (Art 36 Ley 9 de 1979)	2	1	0		
3.2.2	Las instalaciones para evacuación de residuos líquidos están diseñadas y construidas para que permitan escurrimiento, eviten obstrucciones, impida el paso de gases y animales de la red pública al interior, no permitan el vaciamiento, el escape de líquido o la formación de depósitos en el interior de las tuberías y finalmente, se evite la conexión o interconexión con tanques de almacenamiento y sistemas de agua potable	2	1	0		
	3.3 MANEJO DE RESIDUOS SOLIDOS					**HALLAZGOS**
3.3.1	Cuenta con programa para el manejo y gestión integral de sus residuos sólidos documentado e implementado.	2	1	0		NO ESTA DOCUMENTADO
3.3.2	El área para el almacenamiento de residuos cumple con condiciones sanitarias	3	1.5	0		
3.3.3	Cuenta con recipientes de material rígido que facilita su limpieza y desinfección o identificados para el manejo de residuos y da cumplimiento al código de colores.	2	1	0		
	3.4 MANEJO INTEGRADO DE PLAGAS					
3.4.1	Existe un programa de manejo integral de plagas documentado e implementado (Art 201 y Art 593 Ley 09 de 1979)	2	1	0		NO DOCUMENTADO NO EJECUTA FUNCIONALIDAD
3.4.2	En el establecimiento no se evidencia la presencia de plagas o daños ocasionados por estas y se establecen medidas preventivas para el control y propagación (Art 168 Ley 09 de 79)	5		0		CR
CALIFICACIÓN DEL BLOQUE			22			La calificación del bloque corresponde al 30 % del total del acta

4. CONDICIONES DE SEGURIDAD - GESTIÓN DEL RIESGO

	ASPECTO A VERIFICAR	C	CP	NC	NA	HALLAZGOS
4.1	Existe plan de gestión del riesgo de desastres documentado e implementado. (Artículo 2.3.1.5.2.1 Decreto 2157 de 2017)	4	2	0		NO DOCUMENTADO
4.2	Se encuentran claramente señalizadas las diferentes áreas y secciones en cuanto a acceso y circulación de personas, servicios, seguridad, salidas de emergencia, etc. (Art 206 Ley 9 1979)	3	1.5	0		NO SEÑALIZADOS

ACTA N° 1332

4990

4.5	La institución cuenta con extintores o gabinetes contra incendios cargados y debidamente señalizados en perfecto estado de funcionamiento. (Art 52 Resolución 14861 de 1985)	5	2.5	0		NO TIENE
4.6	Existe botiquín de primeros auxilios. (Art 127 Ley 9 de 1979)	3	1.5	0		NO TIENE
CALIFICACIÓN DEL BLOQUE						La calificación del bloque corresponde al ___ 20 _____ % del total del acta

II. CUMPLIMIENTO DE CONDICIONES SANITARIAS (Propuesta)

% DE CUMPLIMIENTO		CONCEPTO. Seleccione con una equis (X) el concepto sanitario a emitir	NIVEL DE CUMPLIMIENTO
81%		FAVORABLE	95% - 100%
	X	FAVORABLE CON REQUERIMIENTOS	50% - 94%
		DESFAVORABLE	< 49,9%

En caso que uno o más de los aspectos a evaluar sea identificado como "crítico", independiente del porcentaje de cumplimiento obtenido, el CONCEPTO SANITARIO a emitir será de DESFAVORABLE, representación de riesgo inminente a la salud pública con aplicación de medida sanitaria (NC-AMS) y se procederá a aplicar la MEDIDA SANITARIA DE SEGURIDAD CORRESPONDIENTE.

III. RELACIÓN DE LAS MUESTRAS TOMADAS EN EL ESTABLECIMIENTO

NÚMERO TOTAL DE MUESTRAS TOMADAS (AGUA)	
NÚMERO DEL ACTA DE TOMA DE MUESTRAS	

IV. REQUERIMIENTOS SANITARIOS

Se debe ajustar el establecimiento a la normatividad sanitaria vigente corrigiendo los hallazgos registrados en la presente acta.

3.3 9.2
3.3.1 9.3
3.3.1 9.5
1.1 9.6

V. OBSERVACIONES

Por parte de la autoridad sanitaria:

Por parte de Establecimiento:

NOS COMPROMETEMOS A COMPLIR EN DOS MESES.

VI. INFORMACIÓN DE TIPO MEDIDA SANITARIA DE SEGURIDAD/PREVENTIVA SI___ NO___

- ☐ Clausura temporal total
- ☐ Clausura temporal parcial
- ☐ Suspensión parcial de trabajos o servicios
- ☐ Suspensión total de trabajos o servicios
- ☐ Decomiso
- ☐ Destrucción o desnaturalización
- ☐ Congelación
- ☐ Aislamiento o internación de personas para evitar la transmisión de enfermedades
- ☐ Captura y observación de animales sospechosos de enfermedades
- ☐ Vacunación personas o animales
- ☐ Control de insectos u otra fauna nociva o transmisora de enfermedades
- ☐ Desocupación o desalojamiento de establecimientos o viviendas

N° DEL ACTA DE LA MEDIDA SANITARIA

VII. PLAZO CUMPLIMIENTO DE HALLAZGOS

DÍAS HÁBILES PLAZO	
FECHA INICIO PLAZO	
FECHA LÍMITE DE PLAZO	

VII. NOTIFICACIÓN DEL ACTA

Para constancia previa lectura y ratificación del contenido de la presente acta firman los funcionarios y personas que intervinieron en la visita, hoy 8 del mes de 08 del año 2021 en la Ciudad de _____

De la presente acta se deja copia en poder del interesado, representante legal, responsable del establecimiento o quién atendió la visita.

NOTA: El acta debe ser notificada dentro de un plazo no mayor de cinco (5) días contados a partir de la realización de la visita

POR PARTE DE LOS FUNCIONARIOS QUE REALIZAN LA VISITA	
FIRMA	FIRMA
NOMBRE	NOMBRE
CÉDULA	CÉDULA
CARGO	CARGO
INSTITUCIÓN	INSTITUCIÓN
POR PARTE DEL ESTABLECIMIENTO	

ACTA DE INSPECCIÓN SANITARIA CON ENFOQUE DE RIESGO PARA ESTABLECIMIENTOS DE PREPARACIÓN DE ALIMENTOS

Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos

Municipio de Villavicencio

CIUDAD: VILLAVICENCIO FECHA: [illegible] ACTA N°: 3175

TIPO DE ESTABLECIMIENTO: Restaurante [X] Cafetería [ ] Panadería [ ] Frutería [ ] Comidas rápidas [ ] Otro [ ] Cuál: _____

ENTIDAD TERRITORIAL DE SALUD: Salud local de Villavicencio

IDENTIFICACIÓN DEL ESTABLECIMIENTO

* CAMPO OBLIGATORIO

*RAZÓN SOCIAL: Chuzo Temporal Adulto Mayor Meta

*CÉDULA / NIT: 901 943219-0 *NÚMERO DE INSCRIPCIÓN: 901943219-0

*NOMBRE COMERCIAL: Centro Vida Hacienda Alto

*DIRECCIÓN: Cra 49 Sur # 23-05 MATRÍCULA MERCANTIL: 8910

*DEPARTAMENTO: Meta *MUNICIPIO: Villavicencio

Barrio [X] Vereda [ ] Comuna [ ] Localidad [ ] Sector [ ] Corregimiento [ ] Caserío [ ] UPZ [ ]

Otro [ ] Cuál: Hacienda Alto

TELÉFONOS: 3133086893 FAX: _____

CORREO ELECTRÓNICO: Operacion.delupa@gmail.com

NOMBRE DEL PROPIETARIO: Martha Sara Bueno Herrera

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: CC [X] CE [ ] NIT [ ] Número de documento: 39631275

*NOMBRE DEL REPRESENTANTE LEGAL: Martha Sara Bueno Herrera

*DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: CC [X] CE [ ] NIT [ ] *Número de documento: 39631275

*DIRECCIÓN DE NOTIFICACIÓN: Cra 49 Sur # 23-05

*DEPARTAMENTO: Meta *MUNICIPIO: Villavicencio

*HORARIO Y DÍA DE FUNCIONAMIENTO: L-V 8am-4pm *NÚMERO DE TRABAJADORES: 1

CONCEPTO SANITARIO DE ÚLTIMA VISITA SANITARIA

FECHA DE LA ÚLTIMA INSPECCIÓN	día/mes/año			% DE CUMPLIMIENTO DE LA ÚLTIMA INSPECCIÓN	N/A %
		FAVORABLE			
		FAVORABLE CON REQUERIMIENTOS			
		DESFAVORABLE			

*MOTIVO DE LA VISITA

PROGRAMACIÓN		SOLICITUD DEL INTERESADO	X	ASOCIADA A PETICIONES, QUEJAS Y RECLAMOS	
SOLICITUD OFICIAL		EVENTO DE INTERÉS EN SALUD PUBLICA		SOLICITUD DE PRÁCTICA DE PRUEBAS/ PROCESOS SANCIONATORIOS ADMIN.	

OTRO | Especifique:

EVALUACIÓN

Aceptable (A)	Marque con una X cuando el establecimiento cumple la totalidad de los requisitos descritos en el instructivo para el aspecto a evaluar
Aceptable con Requerimiento (AR)	Marque con una X cuando el establecimiento cumple parcialmente los requisitos descritos en el instructivo para el aspecto a evaluar
Inaceptable (I)	Marque con una X cuando el establecimiento no cumple ninguno de los requisitos descritos en el instructivo para el aspecto a evaluar
No Aplica (NA)	Marque con una X la casilla "NA" en caso que el aspecto a verificar no se realice por parte del establecimiento y calificar como Aceptable (A). Justificar la razón del no aplica en el espacio de hallazgos.
Crítico (C)	Marque con una X la casilla "C" cuando el incumplimiento del aspecto a verificar afecte la inocuidad de los alimentos y deba aplicar Medida Sanitaria de Seguridad que impida que el establecimiento continúe

I. CONDICIONES SANITARIAS DE INSTALACIONES Y PROCESO

1	EDIFICACION E INSTALACIONES	A	AR	I	HALLAZGOS
1.1	**Localización y diseño.** *(Resolución 2674/2013, Artículo 6, Numerales 1.1, 1.2, 1.3, 2.1, 2.3 y 2.6.; Artículo 32, Numerales 1, 2, 3, 4, 6 y 7. Artículo 33, Numeral 8)*	2	1	0	C
1.2	**Condiciones de pisos y paredes.** *(Resolución 2674/2013, Artículo 7, Numeral 1, 2. Artículo 33, Numerales*	2	1	0	C
1.3	**Techos, iluminación y ventilación.** *(Resolución 2674/2013, Artículo 7, Numeral 3, 4, 5, 7, 8. Artículo 33, Numeral 4)*	2	1	0	C
1.4	**Instalaciones sanitarias.** *(Resolución 2674/2013, Artículo 6,*	4	2	0	

ACTA N° 3175

4992

2	EQUIPOS Y UTENSILIOS	A	AR	I	HALLAZGOS
2.1	**Condiciones de equipos y utensilios.** *(Resolución 2674/2013, Artículo 8, Artículo 9, Numerales 1, 6, 8 y 9. Artículo 10, Numerales 2 y 3. Artículo 34.)*	5	2,5	0	Hay utensilios en material no sanitario. C
2.2	**Superficies de contacto con el alimento.** *(Resolución 2674/2013, Artículo 8, Artículo 9, Numerales 2, 3, 4, 5, 7 y 10; Artículo 34. Artículo 35, Numeral 8 y 10. Resoluciones 683, 4142 y 4143 de 2012; 834 y 835 de 2013)*	7	3,5	0	C
	CALIFICACIÓN DEL BLOQUE			15	La calificación del bloque corresponde al 12% del total del acta

3	PERSONAL MANIPULADOR DE ALIMENTOS	A	AR	I	HALLAZGOS
3.1	**Estado de salud.** *(Resolución 2674/2013, Artículo 11; Numeral 1, 2, 4, 5. Artículo 14, Numeral 12.)*	7	3,5	0	C
3.2	**Reconocimiento médico.** *(Resolución 2674 de 2013, Artículo 11, Numeral 1, 2, 3, 4)*	2	1	0	El próximo mes se debe renovar el certificado de manipulador de alimento C
3.3	**Prácticas higiénicas.** (Resolución 2674/2013, Artículo 14, Numerales 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 13 y 14. Artículo 36. Artículo 35, Numeral 5 y 7.)	7	3,5	0	C
3.4	**Educación y capacitación.** *(Resolución 2674/2013, Artículos 12 y 13. Artículo 36.)*	4	2	0	C
	CALIFICACIÓN DEL BLOQUE			20	La calificación del bloque corresponde al 20% del total del acta

4	REQUISITOS HIGIÉNICOS	A	AR	I	HALLAZGOS
4.1	**Control de materias primas e insumos.** *(Decreto 561 de 1984, Art. 89. Resolución 2674/2013, Artículo 16, Numerales 1, 3, 4 y 5; Artículo 35, Numerales 1, 2 y 3. Resolución 5109 de 2005. Resolución 1506 de 2011. Resoluciones 683, 4142 y 4143 de 2012; 834 y 835 de 2013.)*	5	2,5	0	No hay Rotulado de materia prima en nevera C
4.2	**Prevención de la contaminación cruzada.** *(Resolución 2674/2013, Artículo 16, Numeral 7, Artículo 18, Numeral 7; Artículo 20, Numeral 5; Artículo 35, Numeral 4.)*	9		0	C
4.3	**Manejo de temperaturas.** *(Ley 9 de 1979, Artículo 293, 425. Resolución 2674/2013, Artículo 18, Numeral 3.1, 3.2, 3.3 y 5.)*	7	3,5	0	No hay registro de temperatura C
4.4	**Condiciones de almacenamiento.** *(Resoluciones 683/2012, 2674/2013 Artículo 16, Numeral 5 y 6. Artículo 33, Numeral 9.)*	4	2	0	NA C
	CALIFICACIÓN DEL BLOQUE			0	La calificación del bloque corresponde al 25% del total del acta

5	SANEAMIENTO	A	AR	I	HALLAZGOS
5.1	**Suministro y calidad de agua potable.** *(Resolución 2674/2013, Artículo 6, Numeral 3.1, 3.2, 3.3, 3.5.1, 3.5.2 y 3.5.3. Artículo 26, Numeral 4. Artículo 32, Numeral 8. Resolución 2115 de 2007, Artículo 9.)*	7	3,5	0	No hay registro calidad del Agua Potable C
5.2	**Residuos líquidos.** *(Resolución 2674/2013 Artículo 6, Numeral 4, Artículo 32, Numerales 5 y 10.)*	4	2	0	C

ACTA N° 3175

5.4	Control integral de plagas. *(Resolución 2674/2013 Artículo 26, Numeral 3.)*	9		0		C
5.5	Limpieza y desinfección de áreas, equipos y utensilios. *(Resolución 2674/2013 Artículo 6 Numeral 6.5, Artículo 26 Numeral 1)*	7	3,5	0		C
5.6	Soportes documentales de saneamiento. *(Decreto 1575 de 2007, Artículo 10 Resolución 2674/2013 Artículo 26.)*	2	1	0		C
CALIFICACIÓN DEL BLOQUE			7,5		La calificación del bloque corresponde al 33% del total del acta	

II. CONCEPTO SANITARIO

% DE CUMPLIMIENTO	CONCEPTO. Seleccione con una X el concepto sanitario a emitir	NIVEL DE CUMPLIMIENTO	
88%	X FAVORABLE	90-100%	En caso que uno o más de los aspectos a evaluar sea identificado como crítico y calificado como inaceptable (i), independiente del porcentaje de cumplimiento obtenido, el CONCEPTO SANITARIO a emitir será DESFAVORABLE y se procederá a aplicar la MEDIDA SANITARIA DE SEGURIDAD respectiva.
	FAVORABLE CON REQUERIMIENTOS	60 - 89,9%	
	DESFAVORABLE	< 59,9%	

III. RELACIÓN DE LAS MUESTRAS TOMADAS EN EL ESTABLECIMIENTO

NÚMERO TOTAL DE MUESTRAS TOMADAS	NO
NÚMERO DEL ACTA DE TOMA DE MUESTRAS	

IV. REQUERIMIENTOS SANITARIOS

Se debe ajustar el establecimiento a la normatividad sanitaria vigente corrigiendo los hallazgos registrados en la presente acta.

V. APLICACIÓN DE MEDIDA SANITARIA DE SEGURIDAD

Si | X No | Cuál:

VI. OBSERVACIONES

Por parte de la autoridad sanitaria:

Por cumplimiento a los requerimientos según hallazgo durante la visita

Por parte del establecimiento:

VII. NOTIFICACIÓN DEL ACTA

Para constancia previa lectura y ratificación del contenido de la presente acta firman los funcionarios y personas que intervinieron en la visita, hoy _____ del mes de _____ del año _____ en la Ciudad de _____.

De la presente acta se deja copia en poder del interesado, representante legal, responsable del establecimiento o quien atendió la visita.

NOTA: El acta debe ser notificada dentro de un plazo no mayor de cinco (5) días contados a partir de la realización de la visita.

POR PARTE DE LOS FUNCIONARIOS QUE REALIZAN LA VISITA	
FIRMA:	FIRMA:
NOMBRE: Arq. Lucia Delgado S.	NOMBRE:
CÉDULA: 210396581	CÉDULA:
CARGO: Profesional Apoyo DISAN	CARGO:
INSTITUCIÓN: DISAN	INSTITUCIÓN:
POR PARTE DEL ESTABLECIMIENTO	
FIRMA:	FIRMA:
NOMBRE:	NOMBRE:
	CÉDULA:

4494

La salud es de todos | Minsalud

ACTA GENERAL
DE INSPECCIÓN, VIGILANCIA Y CONTROL SANITARIO
SECRETARÍA DE SALUD DE VILLAVICENCIO

CIUDAD Villavicencio FECHA 7 (día/mes/año) 2025 ACTA N° 1270

TIPO DE ESTABLECIMIENTO

Establecimiento Comercial [X] Establecimientos de Espectáculo Público [ ] Establecimientos de Diversión Pública [ ]

IDENTIFICACIÓN DEL ESTABLECIMIENTO

*CAMPO OBLIGATORIO

*RAZÓN SOCIAL Univ. Tecnical Adulto Mayor Meta

*CÉDULA / NIT 901943719-0

*NOMBRE COMERCIAL Centro Vida Monte Carlo Alto

*DIRECCIÓN Cra 48 sur # 23-05 MATRICULA MERCANTIL —

*DEPARTAMENTO META *MUNICIPIO V/cio

Barrio Monte carlo Vereda Comuna Localidad

Sector Corregimiento Caserío UPZ

Otro [ ] Cuál:

TELÉFONOS 3133086897 CORREO ELECTRÓNICO

CORREO ELECTRÓNICO Corporacionadultomayor@gmail.com

NOMBRE DEL PROPIETARIO Martha Sofia Pinzon Herrera

*DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN C.C [X] C.E [ ] NIT [ ] *Número de documento 39637135

*NOMBRE DEL REPRESENTANTE LEGAL Martha Sofia Pinzon Herrera

*DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN C.C [X] C.E [ ] NIT [ ] *Número de documento 39637135

CORREO ELECTRÓNICO Corporacionadultomayor@gmail.com

*DIRECCIÓN DE NOTIFICACIÓN Cra 39 sur # 23-05 - Monte Carlo Alto

EL REPRESENTANTE DEL ESTABLECIMIENTO AUTORIZA LA NOTIFICACIÓN ELECTRÓNICA: SI [ ] NO [X]

*DIRECCIÓN DE NOTIFICACIÓN ELECTRÓNICA —

*DEPARTAMENTO meta *MUNICIPIO V/cio

*HORARIO Y DÍA DE FUNCIONAMIENTO 8Am-4pm / L-V N° DE TRABAJADORES tres (03)

N° DE EMPLEADOS AFILIADOS RIESGOS PROFESIONALES tres (03)

N° DE EMPLEADOS AFILIADOS AL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL tres (03)

CÓDIGO CIIU SI [ ] NO [X] DESCRIPCIÓN DE ACTIVIDAD

CONCEPTO SANITARIO DE ÚLTIMA VISITA SANITARIA

FECHA DE LA ÚLTIMA INSPECCIÓN	Primera vez	TIPO DE CONCEPTO SANITARIO DE LA ÚLTIMA VISITA	FAVORABLE	% DE CUMPLIMIENTO DE LA ÚLTIMA INSPECCIÓN	— %
N° ACTA DE ÚLTIMA VISITA	—		FAVORABLE CON REQUERIMIENTOS		
			DESFAVORABLE		

*MOTIVO DE LA VISITA

PROGRAMACIÓN	SOLICITUD DEL INTERESADO	[X]	ASOCIADA A PETICIONES, QUEJAS Y RECLAMOS
SOLICITUD OFICIAL	EVENTO DE INTERÉS EN SALUD PÚBLICA		SOLICITUD DE PRÁCTICA DE PRUEBAS/ PROCESOS SANCIONATORIOS ADMIN.

OTRO | ESPECIFIQUE

NÚMERO Y FECHA DE RADICADO EN CASO DE QUE EL MOTIVO DE LA VISITA SEA SOLICITUD DE INTERESADO O ASOCIADO POR

CRITERIOS DE EVALUACIÓN

Cumplimiento (C)	Cuando el establecimiento cumple la totalidad de los requisitos descritos para el aspecto o condición sanitaria a evaluar
Cumplimiento parcial (PC)	Cuando el establecimiento no cumple con la totalidad de los requisitos descritos para el aspecto o condición sanitaria a evaluar
No cumplimiento (NC)	Cuando el establecimiento no cumple ninguno de los requisitos descritos para el aspecto o condición sanitaria a evaluar
Crítico (CR)	La casilla "CR" corresponde cuando el incumplimiento del aspecto a verificar sea considerado un riesgo inminente para la salud pública y deba aplicar Medida Sanitaria de Seguridad que impida que el establecimiento continúe su funcionamiento en condiciones normales
No aplica (NA)	Cuando el criterio a evaluar no corresponde a la actividad realizada por el objeto de IVC. Para no afectar calificación de los bloques se diligenciará como Cumple (C) y se indicará en hallazgos las razones por que "no aplica" (para el establecimiento vigilado y controlado)

REVISIÓN DOCUMENTAL

DOCUMENTOS	DOCUMENTADO SI	DOCUMENTADO NO	OBSERVACIONES
Documento de sistema de seguridad y salud en el trabajo (en caso de no contar notificar a dirección territorial Ministerio de trabajo		X	
Contrato con gestor de residuos (en caso de requerir notificar a autoridad ambiental)		X	N/A

ACTA N° 1270

495

I. CONDICIONES LOCATIVAS, SANITARIAS Y DE SEGURIDAD

1. CONDICIONES LOCATIVAS

	ASPECTO A VERIFICAR	C	CP	NC	NA	HALLAZGOS
1.1	El establecimiento esta ubicado en terreno de fácil drenaje, alejado de botaderos de basura, aguas estancadas, criaderos de insectos y roedores, mataderos, cementerios y, en general, a focos de insalubridad e inseguridad evitar en las zonas de riesgo, que ofrezcan peligro de inundación, erosión (Art 160, 162, 163 ley 9 de 1979)	5	2.5	0		
1.2	Las entradas principales a la edificación y a sus ambientes interiores cuentan con fácil acceso (Art 40 Resolución 14861 a 1985)	4	2	0		
1.3	En el establecimiento los pisos son sólidos, impermeables, antideslizantes, de fácil limpieza, desinfección y resistentes a factores ambientales y uniformes, de manera que ofrezcan continuidad para evitar tropiezos y accidentes, nivelados para facilitar el drenaje (Art 193, 194 Ley 9 de 1979)	4	2	0		
1.4	En el establecimiento las paredes y techos son sólidos de fácil limpieza , desinfección y resistentes a factores ambientales (Art 195 Ley de 1979)	4	2	0		
1.5	Las redes e instalaciones eléctricas como interruptores, reguladores, lámparas y demás equipos o elementos utilizados para iluminación en áreas específicas están construidas, instaladas, mantenidas, accionadas, señalizadas y protegidas, de manera que se prevengan los riesgos de incendio y se evite el contacto con los elementos sometidos a tensión. (Art 117 Ley 9 de 1979)	3	1.5	0		
1.6	Las escaleras, rampas, son seguras, cuentan con pasamanos y estan revestidas de material antideslizante. (Art 47 y 48 Resolución 1481 de 1985)	4	2	0		
1.7	La ventilación es adecuada para el uso. (Art 197 Ley 9 de 1979)	3	1.5	0		
	La iluminación es suficiente y adecuada en cantidad para su uso. (Art 196 Ley de 1979)	3	1.5	0		

CALIFICACIÓN DEL BLOQUE 30% — La calificación del bloque corresponde al 30 % del total del acta

2. CONDICIONES SANITARIAS

	ASPECTO A VERIFICAR	C	CP	NC	NA	HALLAZGOS
2.1	El establecimiento cuenta con, servicios sanitario dotados con los mecanismos o elementos para la higiene personal, separados por sexo, en correcto funcionamiento y en cantidad suficientes para uso de los trabajadores y visitantes (inodoros y lavamanos) (Art 50 Resolución 14861 de 1985)	10		0		CR
2.2	El establecimiento mantiene las condiciones de en orden, aseo y cuenta con un programa de limpieza y desinfección para las instalaciones y equipos documentado e implementado (procedimientos, planillas, concentraciones y registros). (Art 207 Ley 9 de 1979)	6	3	0		
2.3	Los elementos y productos químicos utilizados para la limpieza y desinfección se encuentran debidamente rotulados y almacenados.	4	2	0		

CALIFICACIÓN DEL BLOQUE 10% — La calificación del bloque corresponde al 20 % del total del acta

3. CONDICIONES DE SANEAMIENTO

	3.1 ABASTECIMIENTO DE AGUA	C	CP	NC	NA	HALLAZGOS
3.1.1	El establecimiento se encuentra conectada a la red del sistema de acuerdo u otro sistema alternativo	2	1	0		
3.1.2	El establecimiento cuenta con sumistro y acceso a agua potable (Art 165 Ley 9 de 1979)	4		0		CR
	Las instalaciones interiores para suministro estan diseñadas y construidas para su funcionamiento normal con dotación de servicio continuo y presión suficiente de servicio en todos los sitios de consumo (Art 10 numeral 2 Decreto 1575 de 2007)	2	1	0		
3.1.4	El establecimiento cuenta con tanques para el almacenamiento de agua potable debidamente protegidos y con capacidad suficiente para garantizar el suministro en la totalidad de sus instalaciones. (Art 10 Decreto 1575 de 2007)	2	1	0		
3.1.5	El establecimiento realiza semestralmente o cuando esté visiblemente sucio el lavado y desinfección de los tanques de almacenamiento de agua potable. (revisar soportes). (Art 10 Decreto 1575 de 2007)	2	1	0		No cuenta con soportes
	3.2 MANEJO Y DISPOSICIÓN DE VERTIMIENTOS	**C**	**CP**	**NC**	**NA**	**HALLAZGOS**
3.2.1	Las aguas residuales generadas por el establecimiento son vertidos al alcantarillado u otro sistema alternativo. (Art 38 Ley 9 de 1979)	2	1	0		
3.2.2	Las instalaciones para evacuación de residuos líquidos están diseñadas y construidas para que permitan escurrimiento, eviten obstrucciones, impida el paso de gases y animales de la red pública al interior, no permitan el vaciamiento, el escape de líquido o la formación de depósitos en el interior de las tuberías y finalmente, se evite la conexión o interconexión con tanques de almacenamiento y sistemas de agua potable	2	1	0		
	3.3 MANEJO DE RESIDUOS SOLIDOS					**HALLAZGOS**
3.3.1	Cuenta con programa para el manejo y gestión integral de sus residuos sólidos documentado e implementado.	2	1	0		
3.3.2	El área para el almacenamiento de residuos cumple con condiciones sanitarias	3	1.5	0		No cuenta con area de almacenamiento
3.3.3	Cuenta con recipientes de material rígido que facilita su limpieza y desinfección e identificados para el manejo de residuos y da cumplimiento al código de colores.	2	1	0		No cuenta con Colores
	3.4 MANEJO INTEGRADO DE PLAGAS					
3.4.1	Existe un programa de manejo integral de plagas documentado e implementado (Art 201 y Art 593 Ley 09 de 1979)	2	1	0		Implementan programa Link Evidencias
3.4.2	En el establecimiento no se evidencia la presencia de plagas o daños ocasionados por estas y se establecen medidas preventivas para el control y propagación (Art 168 Ley 09 de 79)	5		0		CR

CALIFICACIÓN DEL BLOQUE 17% — La calificación del bloque corresponde al 30 % del total del acta

4. CONDICIONES DE SEGURIDAD - GESTIÓN DEL RIESGO

	ASPECTO A VERIFICAR	C	CP	NC	NA	HALLAZGOS
4.1	Existe plan de gestión del riesgo de desastres documentado e implementado. (Artículo 2.3.1.5.2.1 Decreto 2157 de 2017)	4	2	0		
4.2	Se encuentran claramente señalizadas las diferentes áreas y secciones en cuanto a acceso y circulación de personas, servicios, seguridad, salidas de emergencia, etc. (Art 266 Ley 9 1979)	3	1.5	0		

ACTA N° 1270

4996

4.5	La institución cuenta con extintores o gabinetes contra incendios cargados y debidamente señalizados en perfecto estado de funcionamiento. (Art 52 Resolución 14861 de 1985)	5	2.5	0		
4.6	Existe botiquín de primeros auxilios. (Art 127 Ley 9 de 1979)	3	1.5	0		
CALIFICACIÓN DEL BLOQUE				0 %		La calificación del bloque corresponde al ___20___ % del total del acta

II. CUMPLIMIENTO DE CONDICIONES SANITARIAS (Propuesta)

% DE CUMPLIMIENTO		CONCEPTO. Seleccione con una equis (X) el concepto sanitario a emitir	NIVEL DE CUMPLIMIENTO
72 %		FAVORABLE	95% - 100%
	X	FAVORABLE CON REQUERIMIENTOS	80% - 94%
		DESFAVORABLE	< 40,0%

En caso que uno o más de los aspectos a evaluar sea identificado como "crítico", independiente del porcentaje de cumplimiento obtenido, el CONCEPTO SANITARIO a emitir será de DESFAVORABLE, representación de riesgo inminente a la salud pública con aplicación de medida sanitaria (NC-AMS) y se procederá a aplicar la MEDIDA SANITARIA DE SEGURIDAD CORRESPONDIENTE.

III. RELACIÓN DE LAS MUESTRAS TOMADAS EN EL ESTABLECIMIENTO

NÚMERO TOTAL DE MUESTRAS TOMADAS (AGUA)	N/A
NÚMERO DEL ACTA DE TOMA DE MUESTRAS	N/A

IV. REQUERIMIENTOS SANITARIOS

Se debe ajustar el establecimiento a la normatividad sanitaria vigente corrigiendo los hallazgos registrados en la presente acta.

- 3.1.5 - 4.1 - 4.5
- 3.3.2 - 4.2 - 4.6
- 3.3.3 - 4.3
- 3.4.1 - 4.4

V. OBSERVACIONES

Por parte de la autoridad sanitaria:

Por Cumplimiento a los Requerimientos Sanitarios

Por parte de Establecimiento:

VI. INFORMACIÓN DE TIPO MEDIDA SANITARIA DE SEGURIDAD/PREVENTIVA SI___ NO___

- ☐ Clausura temporal total
- ☐ Clausura temporal parcial
- ☐ Suspensión parcial de trabajos o servicios
- ☐ Suspensión total de trabajos o servicios
- ☐ Decomiso
- ☐ Destrucción o desnaturalización
- ☐ Congelación
- ☐ Aislamiento o internación de personas para evitar la transmisión de enfermedades
- ☐ Captura y observación de animales sospechosos de enfermedades
- ☐ Vacunación personas o animales
- ☐ Control de insectos u otra fauna nociva o transmisora de enfermedades
- ☐ Desocupación o desalojamiento de establecimientos o viviendas

N° DEL ACTA DE LA MEDIDA SANITARIA

VII. PLAZO CUMPLIMIENTO DE HALLAZGOS

DÍAS HÁBILES PLAZO	N/A
FECHA INICIO PLAZO	N/A
FECHA LÍMITE DE PLAZO	

VII. NOTIFICACIÓN DEL ACTA

Para constancia previa lectura y ratificación del contenido de la presente acta firman los funcionarios y personas que intervinieron en la visita, hoy 23 del mes de Julio del año 2025 en la Ciudad de Villavicencio

De la presente acta se deja copia en poder del interesado, representante legal, responsable del establecimiento o quien atendió la visita.

NOTA: El acta debe ser notificada dentro de un plazo no mayor de cinco (5) días contados a partir de la realización de la visita

POR PARTE DE LOS FUNCIONARIOS QUE REALIZAN LA VISITA	
FIRMA:	FIRMA:
NOMBRE: Diego Alejandro Suarez	NOMBRE:
CÉDULA: 1121955061	CÉDULA:
CARGO: CPS	CARGO:
INSTITUCIÓN: Sec Salud	INSTITUCIÓN:
POR PARTE DEL ESTABLECIMIENTO	
FIRMA:	FIRMA:

4997

ACTA GENERAL
DE INSPECCIÓN, VIGILANCIA Y CONTROL SANITARIO
SECRETARÍA DE SALUD DE VILLAVICENCIO

CIUDAD Villavicencio FECHA 25/6/2025 (día/mes/año) ACTA N° 1310

TIPO DE ESTABLECIMIENTO

Establecimiento Comercial [X] Establecimientos de Espectáculo Público [ ] Establecimientos de Diversión Pública [ ]

IDENTIFICACIÓN DEL ESTABLECIMIENTO

*CAMPO OBLIGATORIO

*RAZÓN SOCIAL Unión Temporal Bouto Mayor Meta

*CÉDULA / NIT 901993219-0

*NOMBRE COMERCIAL Unión Temporal Bouto Mayor Meta

*DIRECCIÓN Manzana C Casa 17 MATRICULA MERCANTIL 8810

*DEPARTAMENTO Meta *MUNICIPIO Villavicencio

Barrio Bosques Colombia Vereda Comuna Localidad

Sector Corregimiento Caserío UPZ

Otro [ ] Cuál:

TELÉFONOS 3209774471 CORREO ELECTRÓNICO

CORREO ELECTRÓNICO corporacionbolupia@gmail.com

NOMBRE DEL PROPIETARIO Marina Sofia Bueno Heredia

*DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN C.C [X] C.E [ ] NIT [ ] *Número de documento 39637175

*NOMBRE DEL REPRESENTANTE LEGAL Marina Sofia Bueno Heredia

*DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN C.C [X] C.E [ ] NIT [ ] *Número de documento 39637175

CORREO ELECTRÓNICO corporacionbolupia@gmail.com

*DIRECCIÓN DE NOTIFICACIÓN Cll 36 #33-27

EL REPRESENTANTE DEL ESTABLECIMIENTO AUTORIZA LA NOTIFICACIÓN ELECTRÓNICA: SI [X] NO [ ]

*DIRECCIÓN DE NOTIFICACIÓN ELECTRÓNICA corporacionbolupia@gmail.com

*DEPARTAMENTO Meta *MUNICIPIO Villavicencio

*HORARIO Y DÍA DE FUNCIONAMIENTO L-V 8/16 N° DE TRABAJADORES 3

N° DE EMPLEADOS AFILIADOS RIESGOS PROFESIONALES 3

N° DE EMPLEADOS AFILIADOS AL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL 3

CÓDIGO CIIU 8810 SI [X] NO [ ] DESCRIPCIÓN DE ACTIVIDAD Actividades de Asistencia Social Sin Alojamiento para Colombia

CONCEPTO SANITARIO DE ÚLTIMA VISITA SANITARIA

FECHA DE LA ÚLTIMA INSPECCIÓN	día / mes / año	TIPO DE CONCEPTO SANITARIO DE LA ÚLTIMA VISITA	FAVORABLE	% DE CUMPLIMIENTO DE LA ÚLTIMA INSPECCIÓN	%
N° ACTA DE ÚLTIMA VISITA	PRIMERA VEZ		FAVORABLE CON REQUERIMIENTOS		
			DESFAVORABLE		

*MOTIVO DE LA VISITA

PROGRAMACIÓN		SOLICITUD DEL INTERESADO	X	ASOCIADA A PETICIONES, QUEJAS Y RECLAMOS	
SOLICITUD OFICIAL		EVENTO DE INTERÉSEN SALUD PÚBLICA		SOLICITUD DE PRÁCTICA DE PRUEBAS/ PROCESOS SANCIONATORIOS ADMIN.	
OTRO		ESPECIFIQUE:			

NÚMERO Y FECHA DE RADICADO EN CASO DE QUE EL MOTIVO DE LA VISTA SEA SOLICITUD DE INTERESADO O ASOCIADO POR

CRITERIOS DE EVALUACIÓN

Cumplimiento (C)	Cuando el establecimiento cumple la totalidad de los requisitos descritos para el aspecto o condición sanitaria a evaluar
Cumplimiento parcial (PC)	Cuando el establecimiento no cumple con la totalidad de los requisitos descritos para el aspecto o condición sanitaria a evaluar
No cumplimiento (NC)	Cuando el establecimiento no cumple ninguno de los requisitos descritos para el aspecto o condición sanitaria a evaluar
Crítico (CR)	La casilla "CR" corresponde cuando el incumplimiento del aspecto a verificar sea considerado un riesgo inminente para la salud pública y deba aplicar Medida Sanitaria de Seguridad que impida que el establecimiento continúe su funcionamiento en condiciones normales
No aplica (NA)	Cuando el criterio a evaluar no corresponde a la actividad realizada por el objeto de IVC (para no afectar calificación de los bloques se diligenciará como Cumple (C) y se indicará en hallazgos las razones por que "no aplica" para el establecimiento vigilado y controlado)

REVISIÓN DOCUMENTAL

DOCUMENTOS	DOCUMENTADO SI	DOCUMENTADO NO	OBSERVACIONES
Documento de sistema de seguridad y salud en el trabajo (en caso de no contar notificar a dirección territorial Ministerio de trabajo	X		
Contrato con gestor de residuos (en caso de requerir notificar a autoridad ambiental)			NA
Permiso de vertimientos (en caso de requerir notificar a autoridad ambiental)			NA
En caso de requerir de medidas de control, la empresa contratada para ejecutar el programa de control de plagas cuenta con concepto sanitario favorable expedido por la autoridad sanitaria del área de jurisdicción.	X		

ACTA N° 1310

498

I. CONDICIONES LOCATIVAS, SANITARIAS Y DE SEGURIDAD

1. CONDICIONES LOCATIVAS

	ASPECTO A VERIFICAR	C	CP	NC	NA	HALLAZGOS
1.1	El establecimiento esta ubicado en terreno de fácil drenaje, alejado de botaderos de basura, aguas estancadas, criaderos de insectos y roedores, mataderos, cementerios y, en general, a focos de insalubridad e inseguridad evitar en las zonas de riesgo, que ofrezcan peligro de inundación, erosión (Art 160, 162, 163 ley 9 de 1979)	5	2.5	0		
1.2	Las entradas principales a la edificación y a sus ambientes interiores cuentan con fácil acceso (Art 40 Resolución 14861 a 1985)	4	2	0		
1.3	En el establecimiento los pisos son sólidos, impermeables, antideslizantes, de fácil limpieza, desinfección y resistentes a factores ambientales y uniformes, de manera que ofrezcan continuidad para evitar tropiezos y accidentes, nivelados para facilitar el drenaje (Art 193, 194 Ley 9 de 1979)	4	2	0		
1.4	En el establecimiento las paredes y techos son sólidos de fácil limpieza , desinfección y resistentes a factores ambientales (Art 195 Ley de 1979)	4	2	0		
1.5	Las redes e instalaciones eléctricas como interruptores, reguladores, lámparas y demás equipos o elementos utilizados para iluminación en áreas específicas están construidas, instaladas, mantenidas, accionadas, señalizadas y protegidas, de manera que se prevengan los riesgos de incendio y se evite el contacto con los elementos sometidos a tensión. (Art 117 Ley 9 de 1979)	3	1.5	0		
1.6	Las escaleras, rampas, son seguras, cuentan con pasamanos y estan revestidas de material antideslizante. (Art 47 y 48 Resolución 1481 de 1985)	4	2	0	X	
1.7	La ventilación es adecuada para el uso. (Art 197 Ley 9 de 1979)	3	1.5	0		
1.8	La iluminación es suficiente y adecuada en cantidad para su uso. (Art 196 Ley de 1979)	3	1.5	0		
CALIFICACIÓN DEL BLOQUE		30				La calificación del bloque corresponde al 30 % del total del acta

2. CONDICIONES SANITARIAS

	ASPECTO A VERIFICAR	C	CP	NC	NA	HALLAZGOS
2.1	El establecimiento cuenta con, servicios sanitario dotados con los mecanismos o elementos para la higiene personal, separados por sexo, en correcto funcionamiento y en cantidad suficientes para uso de los trabajadores y visitantes (inodoros y lavamanos). (Art 50 Resolución 14861 de 1985)	10		0		CR
2.2	El establecimiento mantiene las condiciones de en orden, aseo y cuenta con un programa de limpieza y desinfección para las instalaciones y equipos documentado e implementado (procedimientos, planillas, concentraciones y registros). (Art 207 Ley 9 de 1979)	6	3	0		
2.3	Los elementos y productos químicos utilizados para la limpieza y desinfección se encuentran debidamente rotulados y almacenados.	4	2	0		
CALIFICACIÓN DEL BLOQUE		20				La calificación del bloque corresponde al 20 % del total del acta

3. CONDICIONES DE SANEAMIENTO

	3.1 ABASTECIMIENTO DE AGUA	C	CP	NC	NA	HALLAZGOS
3.1.1	El establecimiento se encuentra conectado a la red del sistema de acuerdo u otro sistema alternativo	2	1	0		
3.1.2	El establecimiento cuenta con sumistro y acceso a agua potable (Art 165 Ley 9 de 1979)	4		0		
3.1.3	Las instalaciones interiores para suministro estan diseñadas y construidas para su funcionamiento normal con dotación de servicio continuo y presión suficiente de servicio en todos los sitios de consumo (Art 10 numeral 2 Decreto 1575 de 2007)	2	1	0		CR
3.1.4	El establecimiento cuenta con tanques para el almacenamiento de agua potable debidamente protegidos y con capacidad suficiente para garantizar el suministro en la totalidad de sus instalaciones. (Art 10 Decreto 1575 de 2007)	2	1	0		
3.1.5	El establecimiento realiza semestralmente o cuando esté visiblemente sucio el lavado y desinfección de los tanques de almacenamiento de agua potable, (revisar soportes). (Art 10 Decreto 1575 de 2007)	2	1	0		
	3.2 MANEJO Y DISPOSICIÓN DE VERTIMIENTOS	**C**	**CP**	**NC**	**NA**	**HALLAZGOS**
3.2.1	Las aguas residuales generadas por el establecimiento son vertidos al alcantarillado u otro sistema alternativo. (Art 36 Ley 9 de 1979)	2	1	0		
3.2.2	Las instalaciones para evacuación de residuos líquidos están diseñadas y construidas para que permitan escurrimiento, eviten obstrucciones, impida el paso de gases y animales de la red pública al interior, no permitan el vaciamiento, el escape de líquido o la formación de depósitos en el interior de las tuberías y finalmente, se evite la conexión o interconexión con tanques de almacenamiento y sistemas de agua potable	2	1	0		
	3.3 MANEJO DE RESIDUOS SOLIDOS					**HALLAZGOS**
3.3.1	Cuenta con programa para el manejo y gestión integral de sus residuos sólidos documentado e implementado.	2	1	0		
3.3.2	El área para el almacenamiento de residuos cumple con condiciones sanitarias	3	1.5	0		SEPARACION INADECUADA DE RESIDUOS
3.3.3	Cuenta con recipientes de material rígido que facilita su limpieza y desinfección e identificados para el manejo de residuos y da cumplimiento al código de colores.	2	1	0		NO CUENTA RECIPIENTES ADECUADOS
	3.4 MANEJO INTEGRADO DE PLAGAS					
3.4.1	Existe un programa de manejo integral de plagas documentado e implementado (Art 201 y Art 593 Ley 09 de 1979)	2	1	0		
3.4.2	En el establecimiento no se evidencia la presencia de plagas o daños ocasionados por estas y se establecen medidas preventivas para el control y propagación (Art 169 Ley 09 de 79)	5		0		CR
CALIFICACIÓN DEL BLOQUE		26,5				La calificación del bloque corresponde al 30 % del total del acta

4. CONDICIONES DE SEGURIDAD - GESTIÓN DEL RIESGO

	ASPECTO A VERIFICAR	C	CP	NC	NA	HALLAZGOS
4.1	Existe plan de gestión del riesgo de desastres documentado e implementado. (Artículo 2.3.1.5.2.1 Decreto 2157 de 2017)	4	2	0		NO CUENTA DOCUMENTADO
4.2	Se encuentran claramente señalizadas las diferentes áreas y secciones en cuanto a acceso y circulación de personas, servicios, seguridad, salidas de emergencia, etc. (Art 206 Ley 9 1979) (Art 52 Resolución 14861 de 1985)	3	1.5	0		
4.3	El establecimiento tiene alarma de emergencia. (Art 52 Resolución 14861 de 1985)	2	1	0		NO TIENE ALARMA
4.4	Las escaleras cuentan con cinta antideslizante, franja foto luminica y pasamanos. (Art 48 Resolución 14861 de 1985)	3	1.5	0	X	

ACTA N° 1310

4.5	La institución cuenta con extintores o gabinetes contra incendios cargados y debidamente señalizados en perfecto estado de funcionamiento. (Art 52 Resolución 14861 de 1985)	5	2.5	0		NO TIENE EXTINTOR
4.6	Existe botiquín de primeros auxilios. (Art 127 Ley 9 de 1979)	3	1.5	0		NO TIENE BOTIQUIN
CALIFICACIÓN DEL BLOQUE			8			La calificación del bloque corresponde al 20 % del total del acta

II. CUMPLIMIENTO DE CONDICIONES SANITARIAS (Propuesta)

% DE CUMPLIMIENTO		CONCEPTO. Seleccione con una equis (X) el concepto sanitario a emitir.	NIVEL DE CUMPLIMIENTO
84,5		FAVORABLE	95% - 100%
	X	FAVORABLE CON REQUERIMIENTOS	50% - 94%
		DESFAVORABLE	< 49,9%

En caso que uno o más de los aspectos a evaluar sea identificado como "crítico", independiente del porcentaje de cumplimiento obtenido, el CONCEPTO SANITARIO a emitir será de DESFAVORABLE, representación de riesgo inminente a la salud pública con aplicación de medida sanitaria (NC-AMS) y se procederá a aplicar la MEDIDA SANITARIA DE SEGUNIDAD CORRESPONDIENTE.

III. RELACIÓN DE LAS MUESTRAS TOMADAS EN EL ESTABLECIMIENTO

NÚMERO TOTAL DE MUESTRAS TOMADAS (AGUA)	
NÚMERO DEL ACTA DE TOMA DE MUESTRAS	

IV. REQUERIMIENTOS SANITARIOS

Se debe ajustar el establecimiento a la normatividad sanitaria vigente corrigiendo los hallazgos registrados en la presente acta.

3.3.2 4.4
3.3.3 4.5
4.1 4.6
4.3 30

V. OBSERVACIONES

Por parte de la autoridad sanitaria:

NINGUNA

Por parte de Establecimiento:

se compromete a cumplir en 60 dias

VI. INFORMACIÓN DE TIPO MEDIDA SANITARIA DE SEGURIDAD/PREVENTIVA SI___ NO___

☐ Clausura temporal total	☐ Decomiso	☐ Captura y observación de animales sospechosos de enfermedades
☐ Clausura temporal parcial	☐ Destrucción o desnaturalización	☐ Vacunación personas o animales
☐ Suspensión parcial de trabajos o servicios	☐ Congelación	☐ Control de insectos u otra fauna nociva o transmisora de enfermedades
☐ Suspensión total de trabajos o servicios	☐ Aislamiento o internación de personas para evitar la transmisión de enfermedades	☐ Desocupación o desalojamiento de establecimientos o viviendas

N° DEL ACTA DE LA MEDIDA SANITARIA

VII. PLAZO CUMPLIMIENTO DE HALLAZGOS

DÍAS HÁBILES PLAZO	
FECHA INICIO PLAZO	
FECHA LÍMITE DE PLAZO	

VII. NOTIFICACIÓN DEL ACTA

Para constancia previa lectura y ratificación del contenido de la presente acta firman los funcionarios y personas que intervinieron en la visita, hoy 25 del mes de JULIO del año 2025 en la Ciudad de VALLEDUPAR

De la presente acta se deja copia en poder del interesado, representante legal, responsable del establecimiento o quien atendió la visita.

NOTA: El acta debe ser notificada dentro de un plazo no mayor de cinco (5) días contados a partir de la realización de la visita

POR PARTE DE LOS FUNCIONARIOS QUE REALIZAN LA VISITA			
FIRMA:		FIRMA:	
NOMBRE:	Silvia Raymundo Salcedo	NOMBRE:	
CÉDULA:	1122021566	CÉDULA:	
CARGO:	PROF UNIVERSITARIO 035201	CARGO:	
INSTITUCIÓN:	SEC SALUD D35201	INSTITUCIÓN:	NO CESA COMPROMETIDO
POR PARTE DEL ESTABLECIMIENTO			
FIRMA:		FIRMA:	
NOMBRE:	Edny Acuña	NOMBRE:	
CÉDULA:	49342089	CÉDULA:	
INSTITUCIÓN:	CAMPO NUEVO NUEVA COLOMBIA	INSTITUCIÓN:	
CARGO:	AUX. RANCHERIA	CARGO:	

ACTA DE INSPECCIÓN SANITARIA CON ENFOQUE DE RIESGO PARA ESTABLECIMIENTOS DE PREPARACIÓN DE ALIMENTOS

invima — Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos

Municipio de Villavicencio

5000

CIUDAD: VILLAVICENCIO | FECHA: 15 / 07 / 2021 | ACTA N°: 3185

TIPO DE ESTABLECIMIENTO: Restaurante [X] Cafetería [ ] Panadería [ ] Fruteria [ ] Comidas rápidas [ ] Otro [ ] Cuál: _____

ENTIDAD TERRITORIAL DE SALUD: local de Villavicencio

IDENTIFICACIÓN DEL ESTABLECIMIENTO

* CAMPO OBLIGATORIO

RAZÓN SOCIAL: Unión Temporal Adulto Mayor del Meta

*CÉDULA / NIT: 901943219-0 | *NÚMERO DE INSCRIPCIÓN: 901943219-0

*NOMBRE COMERCIAL: Centro Vida -Comercial- Nueva Colombia

*DIRECCIÓN: Manzana C Casa 17 | MATRÍCULA MERCANTIL: 8810

*DEPARTAMENTO: Meta | *MUNICIPIO: _____

Barrio [X] Vereda [ ] Comuna [ ] Localidad [ ] Sector [ ] Corregimiento [ ] Caserío [ ] UPZ [ ] Otro [ ] Cuál: Nueva Colombia

TELÉFONOS: 3204174471 | FAX: —

CORREO ELECTRÓNICO: Corporacion.delupra@gmail.com

NOMBRE DEL PROPIETARIO: Martha Sofia Bueno Rivera

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: CC [X] CE [ ] NIT [ ] Número de documento: 39637175

*NOMBRE DEL REPRESENTANTE LEGAL: Martha Sofia Bueno Rivera

*DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: CC [X] CE [ ] NIT [ ] *Número de documento: 39637175

*DIRECCIÓN DE NOTIFICACIÓN: Mz C Casa 17

*DEPARTAMENTO: Meta | *MUNICIPIO: Villavicencio

*HORARIO Y DÍA DE FUNCIONAMIENTO: L-V 8am-4pm | *NÚMERO DE TRABAJADORES: 1

CONCEPTO SANITARIO DE ÚLTIMA VISITA SANITARIA

FECHA DE LA ÚLTIMA INSPECCIÓN				% DE CUMPLIMIENTO DE LA ÚLTIMA INSPECCIÓN	
	días/meses/año	FAVORABLE			NO %
		FAVORABLE CON REQUERIMIENTOS			
		DESFAVORABLE			

*MOTIVO DE LA VISITA

PROGRAMACIÓN		SOLICITUD DEL INTERESADO	X	ASOCIADA A PETICIONES, QUEJAS Y RECLAMOS	
SOLICITUD OFICIAL		EVENTO DE INTERÉS EN SALUD PÚBLICA		SOLICITUD DE PRÁCTICA DE PRUEBAS/ PROCESOS SANCIONATORIOS ADMIN.	

OTRO | Especifique:

EVALUACIÓN

Aceptable (A)	Marque con una X cuando el establecimiento cumple la totalidad de los requisitos descritos en el instructivo para el aspecto a evaluar
Aceptable con Requerimiento (AR)	Marque con una X cuando el establecimiento cumple parcialmente los requisitos descritos en el instructivo para el aspecto a evaluar
Inaceptable (I)	Marque con una X cuando el establecimiento no cumple ninguno de los requisitos descritos en el instructivo para el aspecto a evaluar
No Aplica (NA)	Marque con una X la casilla "NA" en caso que el aspecto a verificar no se realice por parte del establecimiento y calificar como Aceptable (A). Justificar la razón del no aplica en el espacio de hallazgos.
Crítico (C)	Marque con una X la casilla "C" cuando el incumplimiento del aspecto a verificar afecte la inocuidad de los alimentos y deba aplicar Medida Sanitaria de Seguridad que impida que el establecimiento continúe

I. CONDICIONES SANITARIAS DE INSTALACIONES Y PROCESO

1	EDIFICACION E INSTALACIONES	A	AR	I	HALLAZGOS
1.1	**Localización y diseño.** *(Resolución 2674/2013, Artículo 6, Numerales 1.1, 1.2, 1.3, 2.1, 2.3 y 2.6,; Artículo 32, Numerales 1, 2, 3, 4, 6 y 7. Artículo 33, Numeral 8)*	2	X	0	Vía de acceso no tiene pavimentación y hay polvo y escombros por todas C
1.2	**Condiciones de pisos y paredes.** *(Resolución 2674/2013, Artículo 7, Numeral 1, 2. Artículo 33, Numerales*	2	1	0	C
1.3	**Techos, iluminación y ventilación.** *(Resolución 2674/2013, Artículo 7, Numeral 3, 4, 5, 7, 8. Artículo 33, Numeral 4.)*	2	1	0	C
1.4	**Instalaciones sanitarias.** *(Resolución 2674/2013, Artículo 6, Numeral 6.1, 6.2, 6.3, 6.4; Artículo 32, Numeral 9 y 11.)*	4	2	0	C
	CALIFICACIÓN DEL BLOQUE				La calificación del bloque corresponde al 10% del total del acta

ACTA N° 3185

5001

2	EQUIPOS Y UTENSILIOS	A	AR	I	HALLAZGOS
2.1	**Condiciones de equipos y utensilios.** *(Resolución 2674/2013. Artículo 8. Artículo 9. Numerales 1, 6, 8 y 9. Artículo 10. Numerales 2 y 3. Artículo 34.)*	5	2,5 X	0	Hay utensilios en material no semiliso (Cuadros) C
2.2	**Superficies de contacto con el alimento.** *(Resolución 2674/2013. Artículo 8; Artículo 9, Numerales 2, 3, 4, 5, 7 y 10; Artículo 34. Artículo 35, Numeral 8 y 10. Resoluciones 683, 4142 y 4143 de 2012; 834 y 835 de 2013)*	7 X	3,5	0	C
	CALIFICACIÓN DEL BLOQUE			95	La calificación del bloque corresponde al 12% del total del acta

3	PERSONAL MANIPULADOR DE ALIMENTOS	A	AR	I	HALLAZGOS
3.1	**Estado de salud.** *(Resolución 2674/2013. Artículo 11; Numeral 1, 2, 4, 5. Artículo 14, Numeral 12.)*	7 X	3,5	0	C
3.2	**Reconocimiento médico.** *(Resolución 2674 de 2013. Artículo 11. Numeral 1, 2, 3, 4)*	2 X	1	0	Vigentes del 10-02-2024 C
3.3	**Prácticas higiénicas.** (Resolución 2674/2013, Artículo 14, Numerales 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 13 y 14. Artículo 36. Artículo 35, Numeral 5 y 7.)	7 X	3,5	0	C
3.4	**Educación y capacitación.** *(Resolución 2674/2013. Artículos 12 y 13. Artículo 36.)*	4 X	2	0	C
	CALIFICACIÓN DEL BLOQUE			20	La calificación del bloque corresponde al 26% del total del acta

4	REQUISITOS HIGIÉNICOS	A	AR	I	HALLAZGOS
4.1	**Control de materias primas e insumos.** *(Decreto 561 de 1984. Art. 89. Resolución 2674/2013. Artículo 16, Numerales 1, 3, 4 y 5 ; Artículo 35, Numerales 1, 2 y 3. Resolución 5109 de 2005. Resolución 1506 de 2011. Resoluciones 683, 4142 y 4143 de 2012; 834 y 835 de 2013.)*	5	2,5 X	0	No hay rotulacion en neveras de almacenamiento de alimentos y materia prima C
4.2	**Prevención de la contaminación cruzada.** *(Resolución 2674/2013, Artículo 16, Numeral 7; Artículo 18, Numeral 7; Artículo 20, Numeral 5; Artículo 35, Numeral 4.)*	9 X		0	C
4.3	**Manejo de temperaturas.** *(Ley 9 de 1979, Artículo 293, 425. Resolución 2674/2013, Artículo 18, Numeral 3.1, 3.2, 3.3 y 5.)*	7	3,5 X	0	No hay registros de control de temperatura de neveras C
4.4	**Condiciones de almacenamiento.** *(Resoluciones 683/2012, 2674/2013 Artículo 16, Numeral 5 y 6. Artículo 33, Numeral 9.)*	4 X	2	0	NA C
	CALIFICACIÓN DEL BLOQUE			19	La calificación del bloque corresponde al 25% del total del acta

5	SANEAMIENTO	A	AR	I	HALLAZGOS
5.1	**Suministro y calidad de agua potable.** *(Resolución 2674/2013, Artículo 6, Numeral 3.1, 3.2, 3.3, 3.5.1, 3.5.2 y 3.5.3, Artículo 26, Numeral 4. Artículo 32, Numeral 8. Resolución 2115 de 2007, Artículo 9.)*	7	3,5 X	0	No hay monitoreo de la calidad del Agua C
5.2	**Residuos líquidos.** *(Resolución 2674/2013 Artículo 6, Numeral 4, Artículo 32, Numerales 5 y 10.)*	4 X	2	0	C
5.3	**Residuos sólidos.** *(Resolución 2674/2013 Artículo 6, Numerales 5.1, 5.2 y 5.3. Artículo 33, Numerales 5, 6 y 7. Artículo 18, Numeral 11.)*	4 X	2 X	0	Separan en canecas con colores equivocados con bolsas rojas y negras C

ACTA N° 3185

5002

5.4	**Control integral de plagas.** *(Resolución 2674/2013 Artículo 26, Numeral 3.)*	9		0		C
5.5	**Limpieza y desinfección de áreas, equipos y utensilios.** *(Resolución 2674/2013 Artículo 6 Numeral 6.5; Artículo 26 Numeral 1)*	7	3,5 X	0	No hay registros documentales de los lavados de aseo falta diligenciamiento	C
5.6	**Soportes documentales de saneamiento.** *(Decreto 1575 de 2007, Artículo 10 Resolución 2674/2013 Artículo 26.)*	2	1 X	0	Sin registros en los planillas diseñadas para el Plan de Saneamiento	C
	CALIFICACIÓN DEL BLOQUE		23		La calificación del bloque corresponde al 33% del total del acta	

II. CONCEPTO SANITARIO

% DE CUMPLIMIENTO	CONCEPTO. Señale con una equis (X) el concepto sanitario ajustado	NIVEL DE CUMPLIMIENTO
80.5	FAVORABLE	90-100%
	X FAVORABLE CON REQUERIMIENTOS	60 - 89,9%
	DESFAVORABLE	< 59,9%

En caso que uno o más de los aspectos a evaluar sea identificado como crítico y calificado como Inaceptable (I), independiente del porcentaje de cumplimiento obtenido, el CONCEPTO SANITARIO a emitir será DESFAVORABLE y se procederá a aplicar la MEDIDA SANITARIA DE SEGURIDAD respectiva.

III. RELACIÓN DE LAS MUESTRAS TOMADAS EN EL ESTABLECIMIENTO

NÚMERO TOTAL DE MUESTRAS TOMADAS	NO
NÚMERO DEL ACTA DE TOMA DE MUESTRAS	NO

IV. REQUERIMIENTOS SANITARIOS

Se debe ajustar el establecimiento a la normatividad sanitaria vigente corrigiendo los hallazgos registrados en la presente acta.

V. APLICACIÓN DE MEDIDA SANITARIA DE SEGURIDAD

Si	No	Cuál:
	X	

VI. OBSERVACIONES

Por parte de la autoridad sanitaria:

Dar cumplimiento a los requerimientos sanitarios segun acta de visita y hallazgos encontrados

Por parte del establecimiento:

VII. NOTIFICACIÓN DEL ACTA

Para constancia previa lectura y ratificación del contenido de la presente acta firman los funcionarios y personas que intervinieron en la visita, hoy 25 del mes de 04 del año 2021 en la Ciudad de Villavicencio.

De la presente acta se deja copia en poder del interesado, representante legal, responsable del establecimiento o quien atendió la visita.

NOTA: El acta debe ser notificada dentro de un plazo no mayor de cinco (5) días contados a partir de la realización de la visita.

POR PARTE DE LOS FUNCIONARIOS QUE REALIZAN LA VISITA	
FIRMA:	FIRMA:
NOMBRE: Andrea Alejandra S.	NOMBRE:
CÉDULA: 40396581	CÉDULA:
CARGO: Profesional de Apoyo	CARGO:
INSTITUCIÓN: DISA	INSTITUCIÓN:
POR PARTE DEL ESTABLECIMIENTO	
FIRMA:	FIRMA:
NOMBRE:	NOMBRE:
CÉDULA:	CÉDULA:
CARGO:	CARGO:

5003

ACTA GENERAL
DE INSPECCIÓN, VIGILANCIA Y CONTROL SANITARIO
SECRETARÍA DE SALUD DE VILLAVICENCIO

CIUDAD Villavicencio FECHA 24/Jun/2015 (día/mes/año) ACTA N° 1275

TIPO DE ESTABLECIMIENTO

Establecimiento Comercial [X] Establecimientos de Espectáculo Público [ ] Establecimientos de Diversión Pública [ ]

IDENTIFICACIÓN DEL ESTABLECIMIENTO

*CAMPO OBLIGATORIO

*RAZÓN SOCIAL Unión Temporal Adulto Mayor Meta
*CÉDULA / NIT 901043219-0
*NOMBRE COMERCIAL Centro Vida El Paby
*DIRECCIÓN Sector 2 Mz 13 Casa 49 MATRICULA MERCANTIL 8810
*DEPARTAMENTO Meta *MUNICIPIO V/cio

Barrio Paby Vereda Comuna Localidad
Sector Corregimiento Caserío UPZ
Otro [ ] Cuál:

TELÉFONOS 313 308 6897 CORREO ELECTRÓNICO
CORREO ELECTRÓNICO Corporacion.Mujer@gmail.com
NOMBRE DEL PROPIETARIO Martha Sofia Bueno Herrera
*DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN C.C [X] C.E [ ] NIT [ ] *Número de documento 39637175
*NOMBRE DEL REPRESENTANTE LEGAL Martha Sofia Bueno Herrera
*DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN C.C [X] C.E [ ] NIT [ ] *Número de documento 39637175
CORREO ELECTRÓNICO Corporacion.delapio@gmail.com
*DIRECCIÓN DE NOTIFICACIÓN Sector 2 Mz 13 Casa 49 el Paby

EL REPRESENTANTE DEL ESTABLECIMIENTO AUTORIZA LA NOTIFICACIÓN ELECTRÓNICA: SI [ ] NO [X]

*DIRECCIÓN DE NOTIFICACIÓN ELECTRÓNICA
*DEPARTAMENTO Meta *MUNICIPIO V/cio
*HORARIO Y DÍA DE FUNCIONAMIENTO L-V 8AM - 4PM N° DE TRABAJADORES tres (03)
N° DE EMPLEADOS AFILIADOS RIESGOS PROFESIONALES tres (03)
N° DE EMPLEADOS AFILIADOS AL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL tres (03)
CÓDIGO CIIU SI [ ] NO [X] DESCRIPCIÓN DE ACTIVIDAD

CONCEPTO SANITARIO DE ÚLTIMA VISITA SANITARIA

FECHA DE LA ÚLTIMA INSPECCIÓN	1 Vez mes / año	TIPO DE CONCEPTO SANITARIO DE LA ÚLTIMA VISITA	FAVORABLE	% DE CUMPLIMIENTO DE LA ÚLTIMA INSPECCIÓN	%
N° ACTA DE ÚLTIMA VISITA	/		FAVORABLE CON REQUERIMIENTOS		
			DESFAVORABLE		

*MOTIVO DE LA VISITA

PROGRAMACIÓN		SOLICITUD DEL INTERESADO	X	ASOCIADA A PETICIONES, QUEJAS Y RECLAMOS	
SOLICITUD OFICIAL		EVENTO DE INTERÉSEN SALUD PÚBLICA		SOLICITUD DE PRÁCTICA DE PRUEBAS/ PROCESOS SANCIONATORIOS ADMIN.	
OTRO		ESPECIFIQUE:			

NÚMERO Y FECHA DE RADICADO EN CASO DE QUE EL MOTIVO DE LA VISTA SEA SOLICITUD DE INTERESADO O ASOCIADO POR

CRITERIOS DE EVALUACIÓN

Cumplimiento (C)	Cuando el establecimiento cumple la totalidad de los requisitos descritos para el aspecto o condición sanitaria a evaluar
Cumplimiento parcial (PC)	Cuando el establecimiento no cumple con la totalidad de los requisitos descritos para el aspecto o condición sanitaria a evaluar
No cumplimiento (NC)	Cuando el establecimiento no cumple ninguno de los requisitos descritos para el aspecto o condición sanitaria a evaluar
Crítico (CR)	La casilla "CR" corresponde cuando el incumplimiento del aspecto a verificar sea considerado un riesgo inminente para la salud pública y deba aplicar Medida Sanitaria de Seguridad que impida que el establecimiento continúe su funcionamiento en condiciones normales
No aplica (NA)	Cuando el criterio a evaluar no corresponde a la actividad realizada por el objeto de IVC (para no afectar calificación de los bloques se diligenciará como Cumple (C) y se indicará en hallazgos las razones por que "no aplica" para el establecimiento vigilado y controlado)

REVISIÓN DOCUMENTAL

DOCUMENTOS	DOCUMENTADO SI	DOCUMENTADO NO	OBSERVACIONES
Documento de sistema de seguridad y salud en el trabajo (en caso de no contar notificar a dirección territorial Ministerio de trabajo		X	
Contrato con gestor de residuos (en caso de requerir notificar a autoridad ambiental)			N/A
Permiso de vertimientos (en caso de requerir notificar a autoridad ambiental)			N/A
En caso de requerir de medidas de control, la empresa contratada para ejecutar el programa de control de plagas cuenta con concepto sanitario favorable expedido por la autoridad sanitaria del área de jurisdicción.			No cuentan con

ACTA N° 1275

5004

I. CONDICIONES LOCATIVAS, SANITARIAS Y DE SEGURIDAD

1. CONDICIONES LOCATIVAS

	ASPECTO A VERIFICAR	C	CP	NC	NA	HALLAZGOS
1.1	El establecimiento esta ubicado en terreno de fácil drenaje, alejado de botaderos de basura, aguas estancadas, criaderos de insectos y roedores, mataderos, cementerios y, en general, a focos de insalubridad e inseguridad evitar en las zonas de riesgo, que ofrezcan peligro de inundación, erosión (Art 160, 162, 163 ley 9 de 1979)	(5)	2.5	0		
1.2	Las entradas principales a la edificación y a sus ambientes interiores cuentan con fácil acceso (Art 40 Resolución 14861 a 1985)	(4)	2	0		
1.3	En el establecimiento los pisos son sólidos, impermeables, antideslizantes, de fácil limpieza, desinfección y resistentes a factores ambientales y uniformes, de manera que ofrezcan continuidad para evitar tropiezos y accidentes, nivelados para facilitar el drenaje (Art 193, 194 Ley 9 de 1979)	(4)	2	0		
1.4	En el establecimiento las paredes y techos son sólidos de fácil limpieza , desinfección y resistentes a factores ambientales (Art 195 Ley de 1979)	(4)	2	0		
1.5	Las redes e instalaciones eléctricas como interruptores, reguladores, lámparas y demás equipos o elementos utilizados para iluminación en áreas específicas están construidas, instaladas, mantenidas, accionadas, señalizadas y protegidas, de manera que se prevengan los riesgos de incendio y se evite el contacto con los elementos sometidos a tensión. (Art 117 Ley 9 de 1979)	(3)	1.5	0		
1.6	Las escaleras, rampas, son seguras, cuentan con pasamanos y estan revestidas de material antideslizante. (Art 47 y 48 Resolución 1401 de 1985)	(4)	2	0	X	
1.7	La ventilación es adecuada para el uso. (Art 197 Ley 9 de 1979)	3	(1.5)	0		Implementar Sistema de ventilación mecanica
1.8	La iluminación es suficiente y adecuada en cantidad para su uso. (Art 196 Ley de 1979)	(3)	1.5	0		
CALIFICACIÓN DEL BLOQUE			28.5			La calificación del bloque corresponde al 30 % del total del acta

2. CONDICIONES SANITARIAS

	ASPECTO A VERIFICAR	C	CP	NC	NA	HALLAZGOS
2.1	El establecimiento cuenta con, servicios sanitario dotados con los mecanismos o elementos para la higiene personal, separados por sexo, en correcto funcionamiento y en cantidad suficientes para uso de los trabajadores y visitantes (inodoros y lavamanos). (Art 50 Resolución 14861 de 1985)	(10)		0		CR
2.2	El establecimiento mantiene las condiciones de en orden, aseo y cuenta con un programa de limpieza y desinfección para las instalaciones y equipos documentado e implementado (procedimientos, planillas, concentraciones y registros). (Art 207 Ley 0 de 1979)	(6)	3	0		
2.3	Los elementos y productos químicos utilizados para la limpieza y desinfección se encuentran debidamente rotulados y almacenados.	(4)	2	0		
CALIFICACIÓN DEL BLOQUE			10			La calificación del bloque corresponde al 20 % del total del acta

3. CONDICIONES DE SANEAMIENTO

	3.1 ABASTECIMIENTO DE AGUA	C	CP	NC	NA	HALLAZGOS
3.1.1	El establecimiento se encuentra conectado a la red del sistema de acuerdo u otro sistema alternativo	(2)	1	0		
3.1.2	El establecimiento cuenta con sumistro y acceso a agua potable (Art 165 Ley 9 de 1979)	(4)		0		CR
3.1.3	Las instalaciones interiores para suministro estan diseñadas y construidas para su funcionamiento normal con dotación de servicio continuo y presión suficiente de servicio en todos los sitios de consumo (Art 10 numeral 2 Decreto 1575 de 2007)	(2)	1	0		
3.1.4	El establecimiento cuenta con tanques para el almacenamiento de agua potable debidamente protegidos y con capacidad suficiente para garantizar el suministro en la totalidad de sus instalaciones. (Art 10 Decreto 1575 de 2007)	(2)	1	0		
3.1.5	El establecimiento realiza semestralmente o cuando esté visiblemente sucio el lavado y desinfección de los tanques de almacenamiento de agua potable, (revisar soportes). (Art 10 Decreto 1575 de 2007)	2	1	(0)		No cuenta con soportes
	3.2 MANEJO Y DISPOSICIÓN DE VERTIMIENTOS	**C**	**CP**	**NC**	**NA**	**HALLAZGOS**
3.2.1	Las aguas residuales generadas por el establecimiento son vertidos al alcantarillado u otro sistema alternativo. (Art 30 Ley 9 de 1979)	(2)	1	0		
3.2.2	Las instalaciones para evacuación de residuos líquidos están diseñadas y construidas para que permitan escurrimiento, eviten obstrucciones, impida el paso de gases y animales de la red pública al interior, no permitan el vaciamiento, el escape de líquido o la formación de depósitos en el interior de las tuberías y finalmente, se evite la conexión o interconexión con tanques de almacenamiento y sistemas de agua potable	(2)	1	0		
	3.3 MANEJO DE RESIDUOS SOLIDOS					**HALLAZGOS**
3.3.1	Cuenta con programa para el manejo y gestión integral de sus residuos sólidos documentado e implementado.	(2)	1	0		
3.3.2	El área para el almacenamiento de residuos cumple con condiciones sanitarias	3	1.5	(0)		No cuenta con punto de almacenamiento
3.3.3	Cuenta con recipientes de material rígido que facilita su limpieza y desinfección e identificados para el manejo de residuos y da cumplimiento al código de colores	2	1	(0)		No cuentan con todos los colores
	3.4 MANEJO INTEGRADO DE PLAGAS					
3.4.1	Existe un programa de manejo integral de plagas documentado e implementado (Art 201 y Art 693 Ley 09 de 1979)	2	(1)	0		Mantenimiento fumigación
3.4.2	En el establecimiento no se evidencia la presencia de plagas o daños ocasionados por estas y se establecen medidas preventivas para el control y propagación (Art 108 Ley 09 de 79)	(5)		0		CR
CALIFICACIÓN DEL BLOQUE			22			La calificación del bloque corresponde al 30 % del total del acta

4. CONDICIONES DE SEGURIDAD - GESTIÓN DEL RIESGO

	ASPECTO A VERIFICAR	C	CP	NC	NA	HALLAZGOS
4.1	Existe plan de gestión del riesgo de desastres documentado e implementado (Artículo 2.3.1.5.2.1 Decreto 2157 de 2017)	4	2	(0)		
4.2	Se encuentran claramente señalizadas las diferentes áreas y secciones en cuanto a acceso y circulación de personas, servicios, seguridad, salidas de emergencia, etc. (Art 206 Ley 9 1979) (Art 52 Resolución 14861 de 1985)	3	1.5	(0)		
4.3	El establecimiento tiene alarma de emergencia. (Art 52 Resolución 14861 de 1985)	2	1	(0)		
4.4	Las escaleras cuentan con cinta antideslizante, franja foto lumínica y pasamanos. (Art 48 Resolución 14861 de 1985)	(3)	1.5	0	X	

ACTA N° 1275

4.5	La institución cuenta con extintores o gabinetes contra incendios cargados y debidamente señalizados en perfecto estado de funcionamiento. (Art 52 Resolución 14861 de 1985)	5	2.5	0			
4.6	Existe botiquín de primeros auxilios. (Art 127 Ley 9 de 1979)	3	1.5	0			
CALIFICACIÓN DEL BLOQUE						La calificación del bloque corresponde al ___ 20 ___ % del total del acta	

II. CUMPLIMIENTO DE CONDICIONES SANITARIAS (Propuesta)

% DE CUMPLIMIENTO	CONCEPTO. Seleccione con una equis (X) el concepto sanitario a emitir	NIVEL DE CUMPLIMIENTO
73.5	FAVORABLE	95% - 100%
	FAVORABLE CON REQUERIMIENTOS X	50% - 94%
	DESFAVORABLE	< 49,9%

En caso que uno o más de los aspectos a evaluar sea identificado como "crítico", independiente del porcentaje de cumplimiento obtenido, el CONCEPTO SANITARIO a emitir será de DESFAVORABLE, representación de riesgo inminente a la salud pública con aplicación de medida sanitaria (NC-AMS) y se procederá a aplicar la MEDIDA SANITARIA DE SEGURIDAD CORRESPONDIENTE

III. RELACIÓN DE LAS MUESTRAS TOMADAS EN EL ESTABLECIMIENTO

NÚMERO TOTAL DE MUESTRAS TOMADAS (AGUA)	N/A
NÚMERO DEL ACTA DE TOMA DE MUESTRAS	N/A

IV. REQUERIMIENTOS SANITARIOS

Se debe ajustar el establecimiento a la normatividad sanitaria vigente corrigiendo los hallazgos registrados en la presente acta.

- 3.1.5 - 4.1 - 4.6
- 3.3.2 - 4.2
- 3.3.3 - 4.3
- 3.4.1 - 4.5

V. OBSERVACIONES

Por parte de la autoridad sanitaria:

Dar cumplimiento a los requerimientos Sanitarios

Por parte de Establecimiento:

VI. INFORMACIÓN DE TIPO MEDIDA SANITARIA DE SEGURIDAD/PREVENTIVA SI___ NO___

- ☐ Clausura temporal total
- ☐ Clausura temporal parcial
- ☐ Suspensión parcial de trabajos o servicios
- ☐ Suspensión total de trabajos o servicios
- ☐ Decomiso
- ☐ Destrucción o desnaturalización
- ☐ Congelación
- ☐ Aislamiento o internación de personas para evitar la transmisión de enfermedades
- ☐ Captura y observación de animales sospechosos de enfermedades
- ☐ Vacunación personas o animales
- ☐ Control de insectos u otra fauna nociva o transmisora de enfermedades
- ☐ Desocupación o desalojamiento de establecimientos o viviendas

N° DEL ACTA DE LA MEDIDA SANITARIA

VII. PLAZO CUMPLIMIENTO DE HALLAZGOS

DÍAS HÁBILES PLAZO	N/A
FECHA INICIO PLAZO	N/A
FECHA LÍMITE DE PLAZO	N/A

VII. NOTIFICACIÓN DEL ACTA

Para constancia previa lectura y ratificación del contenido de la presente acta firman los funcionarios y personas que intervinieron en la visita, hoy ___ del mes de Julio del año 2015 en la Ciudad de Villavicencio

De la presente acta se deja copia en poder del interesado, representante legal, responsable del establecimiento o quien atendió la visita.

NOTA: El acta debe ser notificada dentro de un plazo no mayor de cinco (5) días contados a partir de la realización de la visita

POR PARTE DE LOS FUNCIONARIOS QUE REALIZAN LA VISITA	
FIRMA:	FIRMA:
NOMBRE: Diego Armando Jaime	NOMBRE:
CÉDULA: 17905663	CÉDULA:
CARGO: CPS	CARGO:
INSTITUCIÓN: Secr. Salud	INSTITUCIÓN:
POR PARTE DEL ESTABLECIMIENTO	
FIRMA:	FIRMA:
NOMBRE:	NOMBRE:
CÉDULA:	CÉDULA:
INSTITUCIÓN:	INSTITUCIÓN:
CARGO:	CARGO:

5006

ACTA DE INSPECCIÓN SANITARIA CON ENFOQUE DE RIESGO PARA ESTABLECIMIENTOS DE PREPARACIÓN DE ALIMENTOS

invima — Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos

Municipio de Villavicencio

CIUDAD: VILLAVICENCIO | FECHA: 21 / 07 / 2021 | ACTA N°: 3181

TIPO DE ESTABLECIMIENTO: Restaurante [X] Cafetería [ ] Panadería [ ] Fruteria [ ] Comidas rápidas [ ] Otro [ ] Cuál: _____

ENTIDAD TERRITORIAL DE SALUD: Local de Villavicencio

IDENTIFICACIÓN DEL ESTABLECIMIENTO

* CAMPO OBLIGATORIO

RAZÓN SOCIAL: Union Temporal Adulto Mayor Meta

*CÉDULA / NIT: 901943219-0 | *NÚMERO DE INSCRIPCIÓN: 9001-901943219-0

*NOMBRE COMERCIAL: Centro vida El Rubi

*DIRECCIÓN: Sector 2 Mz 13 Casa 49 | MATRÍCULA MERCANTIL: 8810

*DEPARTAMENTO: Meta | *MUNICIPIO: Villavicencio

Barrio [X] Vereda [ ] Comuna [ ] Localidad [ ] Sector [ ] Corregimiento [ ] Caserío [ ] UPZ [ ]

Otro [ ] Cuál: El Rubi

TELÉFONOS: 313 3086897 | FAX:

CORREO ELECTRÓNICO: corporacionderubia@gmail.com

NOMBRE DEL PROPIETARIO: Martha Sofia Bueno Herrera

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: C.C. [X] C.E. [ ] NIT [ ] Número de documento: 39637117

*NOMBRE DEL REPRESENTANTE LEGAL: Martha Sofia Bueno Herrera

*DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: C.C. [X] C.E. [ ] NIT [ ] *Número de documento: 39637175

*DIRECCIÓN DE NOTIFICACIÓN: Sector 2 Mz 13 Casa 49 Barrio El Rubi

*DEPARTAMENTO: Meta | *MUNICIPIO: Villavicencio

*HORARIO Y DÍA DE FUNCIONAMIENTO: L-V. 8am-4pm | *NÚMERO DE TRABAJADORES: 3

CONCEPTO SANITARIO DE ÚLTIMA VISITA SANITARIA

FECHA DE LA ÚLTIMA INSPECCIÓN	día/mes/año			% DE CUMPLIMIENTO DE LA ÚLTIMA INSPECCIÓN	
		FAVORABLE			N/O %
		FAVORABLE CON REQUERIMIENTOS			
		DESFAVORABLE			

*MOTIVO DE LA VISITA

PROGRAMACIÓN		SOLICITUD DEL INTERESADO	X	ASOCIADA A PETICIONES, QUEJAS Y RECLAMOS	
SOLICITUD OFICIAL		EVENTO DE INTERÉS EN SALUD PÚBLICA		SOLICITUD DE PRÁCTICA DE PRUEBAS/ PROCESOS SANCIONATORIOS ADMIN.	

OTRO [ ] Especifique:

EVALUACIÓN

Aceptable (A)	Marque con una X cuando el establecimiento cumple la totalidad de los requisitos descritos en el instructivo para el aspecto a evaluar
Aceptable con Requerimiento (AR)	Marque con una X cuando el establecimiento cumple parcialmente los requisitos descritos en el instructivo para el aspecto a evaluar
Inaceptable (I)	Marque con una X cuando el establecimiento no cumple ninguno de los requisitos descritos en el instructivo para el aspecto a evaluar
No Aplica (NA)	Marque con una X la casilla "NA" en caso que el aspecto a verificar no se realice por parte del establecimiento y calificar como Aceptable (A). Justificar la razón del no aplica en el espacio de hallazgos.
Crítico (C)	Marque con una X la casilla "C" cuando el incumplimiento del aspecto a verificar afecte la inocuidad de los alimentos y deba aplicar Medida Sanitaria de Seguridad que impida que el establecimiento continúe

I. CONDICIONES SANITARIAS DE INSTALACIONES Y PROCESO

1	EDIFICACION E INSTALACIONES	A	AR	I	HALLAZGOS	
1.1	**Localización y diseño.** *(Resolución 2674/2013, Artículo 6, Numerales 1.1, 1.2, 1.3, 2.1, 2.3 y 2.6,; Artículo 32, Numerales 1, 2, 3, 4, 6 y 7. Artículo 33, Numeral 8)*	2 X	1	0		C
1.2	**Condiciones de pisos y paredes.** *(Resolución 2674/2013, Artículo 7, Numeral 1, 2. Artículo 33, Numerales*	2	1 X	0	Pared posterior a Cocina no esta de facil limpieza	C
1.3	**Techos, iluminación y ventilación.** *(Resolución 2674/2013, Artículo 7, Numeral 3, 4, 5, 7, 8. Artículo 33, Numeral 4.)*	2 X	1	0		C
1.4	**Instalaciones sanitarias.** *(Resolución 2674/2013, Artículo 6, Numeral 6.1, 6.2. 6.3, 6.4; Artículo 32, Numeral 9 y 11.)*	4 X	2	0		C
	CALIFICACIÓN DEL BLOQUE			1	La calificación del bloque corresponde al 10% del total del acta	

ACTA N° 3181

2	EQUIPOS Y UTENSILIOS	A	AR	I	HALLAZGOS
2.1	**Condiciones de equipos y utensilios.** *(Resolución 2674/2013, Artículo 8, Artículo 9, Numerales 1, 6, 8 y 9, Artículo 10, Numerales 2 y 3. Artículo 34.)*	5	2,5	0	C
2.2	**Superficies de contacto con el alimento.** *(Resolución 2674/2013, Artículo 8; Artículo 9, Numerales 2, 3, 4, 5, 7 y 10; Artículo 34. Artículo 35, Numeral 8 y 10. Resoluciones 683, 4142 y 4143 de 2012; 834 y 835 de 2013)*	7	3,5	0	C
	CALIFICACIÓN DEL BLOQUE			12	La calificación del bloque corresponde al 12% del total del acta

3	PERSONAL MANIPULADOR DE ALIMENTOS	A	AR	I	HALLAZGOS
3.1	**Estado de salud.** *(Resolución 2674/2013, Artículo 11; Numeral 1, 2, 4, 5. Artículo 14, Numeral 12.)*	7	3,5	0	C
3.2	**Reconocimiento médico.** *(Resolución 2674 de 2013, Artículo 11, Numeral 1, 2, 3, 4)*	2	1	0	C
3.3	**Prácticas higiénicas.** (Resolución 2674/2013, Artículo 14, Numerales 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 13 y 14. Artículo 36. Artículo 35, Numeral 5 y 7.)	7	3,5	0	C
3.4	**Educación y capacitación.** *(Resolución 2674/2013, Artículos 12 y 13. Artículo 36.)*	4	2	0	C
	CALIFICACIÓN DEL BLOQUE			20	La calificación del bloque corresponde al 20% del total del acta

4	REQUISITOS HIGIÉNICOS	A	AR	I	HALLAZGOS
4.1	**Control de materias primas e insumos.** *(Decreto 561 de 1984, Art. 89. Resolución 2674/2013, Artículo 16, Numerales 1, 3, 4 y 5 ; Artículo 35, Numerales 1, 2 y 3. Resolución 5109 de 2005. Resolución 1506 de 2011. Resoluciones 683, 4142 y 4143 de 2012; 834 y 835 de 2013.)*	5	2,5	0	No hay rotacion de Producto C
4.2	**Prevención de la contaminación cruzada.** *(Resolución 2674/2013, Artículo 16, Numeral 7; Artículo 18, Numeral 7; Artículo 20, Numeral 5; Artículo 35, Numeral 4.)*	9		0	C
4.3	**Manejo de temperaturas.** *(Ley 9 de 1979, Artículo 293, 425. Resolución 2674/2013, Artículo 18, Numeral 3.1, 3.2, 3.3 y 5.)*	7	3,5	0	No hay Control de temperatura en cuarto frio mejorar ventilacion area C
4.4	**Condiciones de almacenamiento.** *(Resoluciones 683/2012, 2674/2013 Artículo 16, Numeral 5 y 6. Artículo 33, Numeral 9.)*	4	2	0	no hay extractor de aire caliente y cuarto de almacenamiento estan a alta temperatura. NA C
	CALIFICACIÓN DEL BLOQUE			12	La calificación del bloque corresponde al 25% del total del acta

5	SANEAMIENTO	A	AR	I	HALLAZGOS
5.1	**Suministro y calidad de agua potable.** *(Resolución 2674/2013, Artículo 6, Numeral 3.1, 3.2, 3.3, 3.5.1, 3.5.2 y 3.5.3, Artículo 26, Numeral 4. Artículo 32, Numeral 8. Resolución 2115 de 2007, Artículo 9.)*	7	3,5	0	No hay registro calidad de Agua Potable C
5.2	**Residuos líquidos.** *(Resolución 2674/2013 Artículo 6, Numeral 4, Artículo 32, Numerales 5 y 10.)*	4	2	0	C
5.3	**Residuos sólidos.** *(Resolución 2674/2013 Artículo 6, Numerales 5.1, 5.2 y 5.3. Artículo 33, Numerales 5, 6 y 7. Artículo 18, Numeral 11.)*	4	2	0	Las canecas de residuos solidos tapa y rotulos reglamentario C

ACTA N° 3181

5.4	**Control integral de plagas.** *(Resolución 2674/2013 Artículo 26, Numeral 3.)*	9		0		C
5.5	**Limpieza y desinfección de áreas, equipos y utensilios.** *(Resolución 2674/2013 Artículo 6 Numeral 6.5; Artículo 26 Numeral 1)*	7	3,5	0		C
5.6	**Soportes documentales de saneamiento.** *(Decreto 1575 de 2007, Artículo 10. Resolución 2674/2013 Artículo 26.)*	2	1	0		C
	CALIFICACIÓN DEL BLOQUE		23		La calificación del bloque corresponde al 33% del total del acta	

II. CONCEPTO SANITARIO

% DE CUMPLIMIENTO	CONCEPTO. Seleccionar con una X la opción que aplica el concepto sanitario a emitir	NIVEL DE CUMPLIMIENTO
85,5	FAVORABLE	90-100%
	X FAVORABLE CON REQUERIMIENTOS	60 - 89,9%
	DESFAVORABLE	< 59,9%

En caso que uno o más de los aspectos a evaluar sea identificado como crítico y calificado como Inaceptable (I), independiente del porcentaje de cumplimiento obtenido, el CONCEPTO SANITARIO a emitir será DESFAVORABLE y se procederá a aplicar la MEDIDA SANITARIA DE SEGURIDAD respectiva.

III. RELACIÓN DE LAS MUESTRAS TOMADAS EN EL ESTABLECIMIENTO

NÚMERO TOTAL DE MUESTRAS TOMADAS	No
NÚMERO DEL ACTA DE TOMA DE MUESTRAS	No

IV. REQUERIMIENTOS SANITARIOS

Se debe ajustar el establecimiento a la normatividad sanitaria vigente corrigiendo los hallazgos registrados en la presente acta.

V. APLICACIÓN DE MEDIDA SANITARIA DE SEGURIDAD

Si	No	Cuál:
	X	

VI. OBSERVACIONES

Por parte de la autoridad sanitaria:

Por cumplimiento a los requerimientos segun hallazgos encontrados en la" visita.

Por parte del establecimiento:

VII. NOTIFICACIÓN DEL ACTA

Para constancia previa lectura y ratificación del contenido de la presente acta firman los funcionarios y personas que intervinieron en la visita, hoy 21 del mes de Julio del año 2023 en la Ciudad de _____.

De la presente acta se deja copia en poder del interesado, representante legal, responsable del establecimiento o quien atendió la visita.

NOTA: El acta debe ser notificada dentro de un plazo no mayor de cinco (5) días contados a partir de la realización de la visita.

POR PARTE DE LOS FUNCIONARIOS QUE REALIZAN LA VISITA	
FIRMA:	FIRMA:
NOMBRE: Marlucia Delgado Salas	NOMBRE:
CÉDULA: 40396531	CÉDULA:
CARGO: Profesional	CARGO:
INSTITUCIÓN: DASA	INSTITUCIÓN:
POR PARTE DEL ESTABLECIMIENTO	
FIRMA:	FIRMA:
NOMBRE:	NOMBRE:
CÉDULA: 1123500062	CÉDULA:
CARGO: manipuladora	CARGO:

5009

ACTA GENERAL
DE INSPECCIÓN, VIGILANCIA Y CONTROL SANITARIO
SECRETARÍA DE SALUD DE VILLAVICENCIO

CIUDAD Villavicencio FECHA 2 [illegible] 2021 ACTA N° 1311

TIPO DE ESTABLECIMIENTO

Establecimiento Comercial [X] Establecimientos de Espectáculo Público [ ] Establecimientos de Diversión Pública [ ]

IDENTIFICACIÓN DEL ESTABLECIMIENTO

*CAMPO OBLIGATORIO

*RAZÓN SOCIAL Unión Temporal Nuevo Mundo Meta
*CÉDULA / NIT 901493289-0
*NOMBRE COMERCIAL Centro Vial Decimo
*DIRECCIÓN Cra 42 A # 18 este-133 MATRICULA MERCANTIL 8810
*DEPARTAMENTO Meta *MUNICIPIO Villavicencio
Barrio Decimo Vereda Comuna Localidad
Sector Corregimiento Caserío UPZ
Otro [ ] Cuál:
TELÉFONOS 3044211502 CORREO ELECTRÓNICO
CORREO ELECTRÓNICO corporacionlupia@gmail.com
NOMBRE DEL PROPIETARIO Martha Sofia Bueno Hoyos
*DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN C.C [X] C.E [ ] NIT [ ] *Número de documento 39637775
*NOMBRE DEL REPRESENTANTE LEGAL Martha Sofia Bueno Hoyos
*DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN C.C [X] C.E [ ] NIT [ ] *Número de documento 39637775
CORREO ELECTRÓNICO corporacionlupia@gmail.com
*DIRECCIÓN DE NOTIFICACIÓN Cra 36 # 33-27
EL REPRESENTANTE DEL ESTABLECIMIENTO AUTORIZA LA NOTIFICACIÓN ELECTRÓNICA: SI [X] NO [ ]
*DIRECCIÓN DE NOTIFICACIÓN ELECTRÓNICA corporacionlupia@gmail.com
*DEPARTAMENTO Meta *MUNICIPIO Villavicencio
*HORARIO Y DÍA DE FUNCIONAMIENTO L-V 18-16 N° DE TRABAJADORES 3
N° DE EMPLEADOS AFILIADOS RIESGOS PROFESIONALES 3
N° DE EMPLEADOS AFILIADOS AL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL 3
CÓDIGO CIIU 8810 SI [X] NO [ ] DESCRIPCIÓN DE ACTIVIDAD

CONCEPTO SANITARIO DE ÚLTIMA VISITA SANITARIA

FECHA DE LA ÚLTIMA INSPECCIÓN	día / mes / año	TIPO DE CONCEPTO SANITARIO DE LA ÚLTIMA VISITA	FAVORABLE	% DE CUMPLIMIENTO DE LA ÚLTIMA INSPECCIÓN	%
N° ACTA DE ÚLTIMA VISITA	PRIMERA VEZ		FAVORABLE CON REQUERIMIENTOS		
			DESFAVORABLE		

*MOTIVO DE LA VISITA

PROGRAMACIÓN		SOLICITUD DEL INTERESADO	X	ASOCIADA A PETICIONES, QUEJAS Y RECLAMOS	
SOLICITUD OFICIAL		EVENTO DE INTERÉS EN SALUD PÚBLICA		SOLICITUD DE PRÁCTICA DE PRUEBAS/ PROCESOS SANCIONATORIOS ADMIN.	
OTRO		ESPECIFIQUE:			

NÚMERO Y FECHA DE RADICADO EN CASO DE QUE EL MOTIVO DE LA VISTA SEA SOLICITUD DE INTERESADO O ASOCIADO POR

CRITERIOS DE EVALUACIÓN

Cumplimiento (C)	Cuando el establecimiento cumple la totalidad de los requisitos descritos para el aspecto o condición sanitaria a evaluar
Cumplimiento parcial (PC)	Cuando el establecimiento no cumple con la totalidad de los requisitos descritos para el aspecto o condición sanitaria a evaluar
No cumplimiento (NC)	Cuando el establecimiento no cumple ninguno de los requisitos descritos para el aspecto o condición sanitaria a evaluar
Crítico (CR)	La casilla "CR" corresponde cuando el incumplimiento del aspecto a verificar sea considerado un riesgo inminente para la salud pública y deba aplicar Medida Sanitaria de Seguridad que impida que el establecimiento continúe su funcionamiento en condiciones normales
No aplica (NA)	Cuando el criterio a evaluar no corresponde a la actividad realizada por el objeto de IVC (para no afectar calificación de los bloques se diligenciará como Cumple (C) y se indicará en hallazgos las razones por que "no aplica" para el establecimiento vigilado y controlado)

REVISIÓN DOCUMENTAL

DOCUMENTOS	DOCUMENTADO SI	DOCUMENTADO NO	OBSERVACIONES
Documento de sistema de seguridad y salud en el trabajo (en caso de no contar notificar a dirección territorial Ministerio de trabajo			
Contrato con gestor de residuos (en caso de requerir notificar a autoridad ambiental)			
Permiso de vertimientos (en caso de requerir notificar a autoridad ambiental)			
En caso de requerir de medidas de control, la empresa contratada para ejecutar el programa de control de plagas cuenta con concepto sanitario favorable expedido por la autoridad sanitaria del área de jurisdicción.			

ACTA N° 1311

5010

I. CONDICIONES LOCATIVAS, SANITARIAS Y DE SEGURIDAD

1. CONDICIONES LOCATIVAS

	ASPECTO A VERIFICAR	C	CP	NC	NA	HALLAZGOS
1.1	El establecimiento esta ubicado en terreno de fácil drenaje, alejado de botaderos de basura, aguas estancadas, criaderos de insectos y roedores, mataderos, cementerios y, en general, a focos de insalubridad e inseguridad evitar en las zonas de riesgo, que ofrezcan peligro de inundación, erosión (Art 180, 182, 183 ley 9 de 1979)	(5)	2.5	0		
1.2	Las entradas principales a la edificación y a sus ambientes interiores cuentan con fácil acceso (Art 40 Resolución 14861 a 1985)	(4)	2	0		
1.3	En el establecimiento los pisos son sólidos, impermeables, antideslizantes, de fácil limpieza, desinfección y resistentes a factores ambientales y uniformes, de manera que ofrezcan continuidad para evitar tropiezos y accidentes, nivelados para facilitar el drenaje (Art 193, 194 Ley 9 de 1979)	4	(2)	0		PAREDES DEL BAÑO CON HUMEDAD
1.4	En el establecimiento las paredes y techos son sólidos de fácil limpieza , desinfección y resistentes a factores ambientales (Art 195 Ley de 1979)	(4)	2	0		
1.5	Las redes e instalaciones eléctricas como interruptores, reguladores, lámparas y demás equipos o elementos utilizados para iluminación en áreas especificas están construidas, instaladas, mantenidas, accionadas, señalizadas y protegidas, de manera que se prevengan los riesgos de incendio y se evite el contacto con los elementos sometidos a tensión. (Art 117 Ley 9 de 1979)	(3)	1.5	0		
1.6	Las escaleras, rampas, son seguras, cuentan con pasamanos y estan revestidas de material antideslizante. (Art 47 y 48 Resolución 1461 de 1985)	4	2	0	X	
1.7	La ventilación es adecuada para el uso. (Art 197 Ley 9 de 1979)	(3)	1.5	0		
1.8	La iluminación es suficiente y adecuada en cantidad para su uso. (Art 196 Ley de 1979)	(3)	1.5	0		
CALIFICACIÓN DEL BLOQUE		28				La calificación del bloque corresponde al 30 % del total del acta

2. CONDICIONES SANITARIAS

	ASPECTO A VERIFICAR	C	CP	NC	NA	HALLAZGOS
2.1	El establecimiento cuenta con, servicios sanitario dotados con los mecanismos o elementos para la higiene personal, separados por sexo, en correcto funcionamiento y en cantidad suficientes para uso de los trabajadores y visitantes (Inodoros y lavamanos). (Art 50 Resolución 14861 de 1985)	(10)		0		CR
2.2	El establecimiento mantiene las condiciones de en orden, aseo y cuenta con un programa de limpieza y desinfección para las instalaciones y equipos documentado e implementado (procedimientos, planillas, concentraciones y registros). (Art 207 Ley 9 de 1979)	(6)	3	0		
2.3	Los elementos y productos químicos utilizados para la limpieza y desinfección se encuentran debidamente rotulados y almacenados.	4	(2)	0		ADQUISICION DE ELEMENTOS PARA DESINFECCION
CALIFICACIÓN DEL BLOQUE		18				La calificación del bloque corresponde al 20 % del total del acta

3. CONDICIONES DE SANEAMIENTO

	3.1 ABASTECIMIENTO DE AGUA	C	CP	NC	NA	HALLAZGOS
3.1.1	El establecimiento se encuentra conectado a la red del sistema de acuerdo u otro sistema alternativo	(2)	1	0		
3.1.2	El establecimiento cuenta con suministro y acceso a agua potable (Art 165 Ley 9 de 1979)	(4)		0		CR
3.1.3	Las instalaciones interiores para suministro estan diseñadas y construidas para su funcionamiento normal con dotación de servicio continuo y presión suficiente de servicio en todos los sitios de consumo (Art 10 numeral 2 Decreto 1575 de 2007)	(2)	1	0		
3.1.4	El establecimiento cuenta con tanques para el almacenamiento de agua potable debidamente protegidos y con capacidad suficiente para garantizar el suministro en la totalidad de sus instalaciones. (Art 10 Decreto 1575 de 2007)	(2)	1	0		
3.1.5	El establecimiento realiza semestralmente o cuando esté visiblemente sucio el lavado y desinfección de los tanques de almacenamiento de agua potable, (revisar soportes). (Art 10 Decreto 1575 de 2007)	(2)	1	0		
	3.2 MANEJO Y DISPOSICIÓN DE VERTIMIENTOS	**C**	**CP**	**NC**	**NA**	**HALLAZGOS**
3.2.1	Las aguas residuales generadas por el establecimiento son vertidos al alcantarillado u otro sistema alternativo. (Art 36 Ley 9 de 1979)	(2)	1	0		
3.2.2	Las instalaciones para evacuación de residuos líquidos están diseñadas y construidas para que permitan escurrimiento, eviten obstrucciones, impida el paso de gases y animales de la red pública al interior, no permitan el vaciamiento, el escape de líquido o la formación de depósitos en el interior de las tuberías y finalmente, se evite la conexión o interconexión con tanques de almacenamiento y sistemas de agua potable	(2)	1	0		
	3.3 MANEJO DE RESIDUOS SOLIDOS					**HALLAZGOS**
3.3.1	Cuenta con programa para el manejo y gestión integral de sus residuos sólidos documentado e implementado.	(2)	1	0		
3.3.2	El área para el almacenamiento de residuos cumple con condiciones sanitarias	(3)	1.5	0		
3.3.3	Cuenta con recipientes de material rígido que facilita su limpieza y desinfección e identificados para el manejo de residuos y da cumplimiento al código de colores.	2	(1)	0		CONTRO DE CODIGO DE COLORES NO CORRECTO
	3.4 MANEJO INTEGRADO DE PLAGAS					
3.4.1	Existe un programa de manejo integral de plagas documentado e implementado (Art 201 y Art 593 Ley 09 de 1979)	(2)	1	0		
3.4.2	En el establecimiento no se evidencia la presencia de plagas o daños ocasionados por estas y se establecen medidas preventivas para el control y propagación (Art 168 Ley 09 de 79)	(5)		0		CR
CALIFICACIÓN DEL BLOQUE		29				La calificación del bloque corresponde al 30 % del total del acta

4. CONDICIONES DE SEGURIDAD - GESTIÓN DEL RIESGO

	ASPECTO A VERIFICAR	C	CP	NC	NA	HALLAZGOS
4.1	Existe plan de gestión del riesgo de desastres documentado e implementado. (Artículo 2.3.1.5.2.1 Decreto 2157 de 2017)	4	(2)	0		NO DOCUMENTADO
4.2	Se encuentran claramente señalizadas las diferentes áreas y secciones en cuanto a acceso y circulación de personas, servicios, seguridad, salidas de emergencia, etc. (Art 206 Ley 9 1979) (Art 52 Resolución 14861 de 1985)	(3)	1.5	0		
4.3	El establecimiento tiene alarma de emergencia. (Art 52 Resolución 14861 de 1985)	2	1	(0)		NO TIENE ALARMA
4.4	Las escaleras cuentan con cinta antideslizante, franja foto luminica y pasamanos. (Art 48 Resolución 14861 de 1985)	3	1.5	0	X	

ACTA N° 1311

4.5	La institución cuenta con extintores o gabinetes contra incendios cargados y debidamente señalizados en perfecto estado de funcionamiento. (Art 52 Resolucion 14861 de 1985)	(5)	2.5	0		
4.6	Existe botiquín de primeros auxilios. (Art 127 Ley 9 de 1979)	(3)	1.5	0		
CALIFICACIÓN DEL BLOQUE		16				La calificación del bloque corresponde al ___20___ % del total del acta

II. CUMPLIMIENTO DE CONDICIONES SANITARIAS (Propuesta)

% DE CUMPLIMIENTO		CONCEPTO. Seleccione con una equis (X) el concepto sanitario a emitir	NIVEL DE CUMPLIMIENTO	
91%		FAVORABLE	95% - 100%	En caso que uno o más de los aspectos a evaluar sea identificado como "crítico", independiente del porcentaje de cumplimiento obtenido, el CONCEPTO SANITARIO a emitir será de DESFAVORABLE, representación de riesgo inminente a la salud pública con aplicación de medida sanitaria (NC-AMS) y se procederá a aplicar la MEDIDA SANITARIA DE SEGURIDAD CORRESPONDIENTE
	X	FAVORABLE CON REQUERIMIENTOS	59% - 94%	
		DESFAVORABLE	≤ 49,9%	

III. RELACIÓN DE LAS MUESTRAS TOMADAS EN EL ESTABLECIMIENTO

NÚMERO TOTAL DE MUESTRAS TOMADAS (AGUA)	
NÚMERO DEL ACTA DE TOMA DE MUESTRAS	

IV. REQUERIMIENTOS SANITARIOS

Se debe ajustar el establecimiento a la normatividad sanitaria vigente corrigiendo los hallazgos registrados en la presente acta.

1.3 4.3
2.3
3.33
9.1

V. OBSERVACIONES

Por parte de la autoridad sanitaria:

NINGUNA

Por parte de Establecimiento:

Me Comprometo a Cumplir en 60 Dias. Habiles

VI. INFORMACIÓN DE TIPO MEDIDA SANITARIA DE SEGURIDAD/PREVENTIVA SI___ NO___

- ☐ Clausura temporal total
- ☐ Clausura temporal parcial
- ☐ Suspensión parcial de trabajos o servicios
- ☐ Suspensión total de trabajos o servicios
- ☐ Decomiso
- ☐ Destrucción o desnaturalización
- ☐ Congelación
- ☐ Aislamiento o internación de personas para evitar la transmisión de enfermedades
- ☐ Captura y observación de animales sospechosos de enfermedades
- ☐ Vacunación personas o animales
- ☐ Control de insectos u otra fauna nociva o transmisora de enfermedades
- ☐ Desocupación o desalojamiento de establecimientos o viviendas

N° DEL ACTA DE LA MEDIDA SANITARIA

VII. PLAZO CUMPLIMIENTO DE HALLAZGOS

DÍAS HÁBILES PLAZO	
FECHA INICIO PLAZO	
FECHA LÍMITE DE PLAZO	

VII. NOTIFICACIÓN DEL ACTA

Para constancia previa lectura y ratificación del contenido de la presente acta firman los funcionarios y personas que intervinieron en la visita, hoy 25 del mes de Octubre del año 2025 en la Ciudad de VALLEDUPAR

De la presente acta se deja copia en poder del interesado, representante legal, responsable del establecimiento o quien atendió la visita.

NOTA: El acta debe ser notificada dentro de un plazo no mayor de cinco (5) días contados a partir de la realización de la visita.

POR PARTE DE LOS FUNCIONARIOS QUE REALIZAN LA VISITA	
FIRMA:	FIRMA:
NOMBRE: Orlando Desmond Salcedo	NOMBRE:
CÉDULA: 1065821560	CÉDULA:
CARGO: CPS PROF UNIVERSITARIO	CARGO:
INSTITUCIÓN: SEC SALUD DPTAL	INSTITUCIÓN:
POR PARTE DEL ESTABLECIMIENTO	
FIRMA:	FIRMA:
NOMBRE: Ana Alejandra Garcia	NOMBRE:
CÉDULA: 1119413041	CÉDULA:
INSTITUCIÓN:	INSTITUCIÓN:
CARGO:	CARGO:

ACTA DE INSPECCIÓN SANITARIA CON ENFOQUE DE RIESGO PARA ESTABLECIMIENTOS DE PREPARACIÓN DE ALIMENTOS

Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos

Municipio de Villavicencio

5012

CIUDAD: VILLAVICENCIO | FECHA: 05 / 03 / 2023 | ACTA N°: 3186

TIPO DE ESTABLECIMIENTO: Restaurante [X] Cafetería [ ] Panadería [ ] Frutería [ ] Comidas rápidas [ ] Otro [ ] Cuál: _____

ENTIDAD TERRITORIAL DE SALUD: local de Villavicencio

IDENTIFICACIÓN DEL ESTABLECIMIENTO

* CAMPO OBLIGATORIO

*RAZÓN SOCIAL: Unión Temporal Adulto Mayor del Meta

*CÉDULA / NIT: 901943219-0 | *NÚMERO DE INSCRIPCIÓN: 90001-901943219-0

*NOMBRE COMERCIAL: Centro Día Delirio

*DIRECCIÓN: Calle 47A # 18 Cle 133 | MATRÍCULA MERCANTIL: 8310

*DEPARTAMENTO: Meta | *MUNICIPIO: Villavicencio

Barrio [X] Vereda [ ] Comuna [ ] Localidad [ ] Sector [ ] Corregimiento [ ] Caserío [ ] UPZ [ ]

Otro [ ] Cuál: el Delirio

TELÉFONOS: 3041211502 | FAX: —

CORREO ELECTRÓNICO: Corporacion delapiz @ gmail.com

NOMBRE DEL PROPIETARIO: Martha Sofia Bueno Herrera

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: CC [X] CE [ ] NIT [ ] Número de documento: 39637775

*NOMBRE DEL REPRESENTANTE LEGAL: Martha Sofia Bueno Herrera

*DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: CC [X] CE [ ] NIT [ ] *Número de documento: 39637775

*DIRECCIÓN DE NOTIFICACIÓN: CR 47A # 18 Cle 133

*DEPARTAMENTO: Meta | *MUNICIPIO: Villavicencio

*HORARIO Y DÍA DE FUNCIONAMIENTO: Lunes-Viernes 8am-4pm | *NÚMERO DE TRABAJADORES: 7

CONCEPTO SANITARIO DE ÚLTIMA VISITA SANITARIA

FECHA DE LA ÚLTIMA INSPECCIÓN	día / mes / año			% DE CUMPLIMIENTO DE LA ÚLTIMA INSPECCIÓN	
		FAVORABLE			N/O %
		FAVORABLE CON REQUERIMIENTOS			
		DESFAVORABLE			

*MOTIVO DE LA VISITA

PROGRAMACIÓN		SOLICITUD DEL INTERESADO	X	ASOCIADA A PETICIONES, QUEJAS Y RECLAMOS	
SOLICITUD OFICIAL		EVENTO DE INTERÉS EN SALUD PÚBLICA		SOLICITUD DE PRÁCTICA DE PRUEBAS/ PROCESOS SANCIONATORIOS ADMIN	

OTRO | Especifique:

EVALUACIÓN

Aceptable (A)	Marque con una X cuando el establecimiento cumple la totalidad de los requisitos descritos en el instructivo para el aspecto a evaluar
Aceptable con Requerimiento (AR)	Marque con una X cuando el establecimiento cumple parcialmente los requisitos descritos en el instructivo para el aspecto a evaluar
Inaceptable (I)	Marque con una X cuando el establecimiento no cumple ninguno de los requisitos descritos en el instructivo para el aspecto a evaluar
No Aplica (NA)	Marque con una X la casilla "NA" en caso que el aspecto a verificar no se realice por parte del establecimiento y calificar como Aceptable (A). Justificar la razón del no aplica en el espacio de hallazgos.
Crítico (C)	Marque con una X la casilla "C" cuando el incumplimiento del aspecto a verificar afecte la inocuidad de los alimentos y deba aplicar Medida Sanitaria de Seguridad que impida que el establecimiento continúe

I. CONDICIONES SANITARIAS DE INSTALACIONES Y PROCESO

1	EDIFICACION E INSTALACIONES	A	AR	I	HALLAZGOS	
1.1	**Localización y diseño.** *(Resolución 2674/2013, Artículo 6, Numerales 1.1, 1.2, 1.3, 2.1, 2,3 y 2.6,; Artículo 32, Numerales 1, 2, 3, 4, 6 y 7. Artículo 33, Numeral 8)*	2 X	1	0		C
1.2	**Condiciones de pisos y paredes.** *(Resolución 2674/2013, Artículo 7, Numeral 1, 2. Artículo 33, Numerales*	2	1 X	0	Pared posterior de cocina area de los estufas no es lisa y de facil limpieza pisos y paredes sin bordes rincon	C
1.3	**Techos, iluminación y ventilación.** *(Resolución 2674/2013, Artículo 7, Numeral 3, 4, 5, 7, 8. Artículo 33, Numeral 4.)*	2 X	1	0		C
1.4	**Instalaciones sanitarias.** *(Resolución 2674/2013, Artículo 6, Numeral 6.1, 6.2, 6.3, 6.4; Artículo 32, Numeral 9 y 11.)*	4 X	2	0		C
	CALIFICACIÓN DEL BLOQUE			7	La calificación del bloque corresponde al 10% del total del acta	

ACTA N° 3186

2	EQUIPOS Y UTENSILIOS	A	AR	I	HALLAZGOS
2.1	**Condiciones de equipos y utensilios.** *(Resolución 2674/2013, Artículo 8, Artículo 9, Numerales 1, 6, 8 y 9, Artículo 10, Numerales 2 y 3. Artículo 34.)*	5	2,5	0	C
2.2	**Superficies de contacto con el alimento.** *(Resolución 2674/2013, Artículo 8, Artículo 9, Numerales 2, 3, 4, 5, 7 y 10; Artículo 34. Artículo 35, Numeral 8 y 10. Resoluciones 683, 4142 y 4143 de 2012; 834 y 835 de 2013)*	7	3,5	0	C
	CALIFICACIÓN DEL BLOQUE			12	La calificación del bloque corresponde al 12% del total del acta

3	PERSONAL MANIPULADOR DE ALIMENTOS	A	AR	I	HALLAZGOS
3.1	**Estado de salud.** *(Resolución 2674/2013, Artículo 11; Numeral 1, 2, 4, 5. Artículo 14, Numeral 12.)*	7	3,5	0	C
3.2	**Reconocimiento médico.** *(Resolución 2674 de 2013, Artículo 11, Numeral 1, 2, 3, 4)*	2	1	0	C
3.3	**Prácticas higiénicas.** (Resolución 2674/2013, Artículo 14, Numerales 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 13 y 14. Artículo 36. Artículo 35, Numeral 5 y 7.)	7	3,5	0	C
3.4	**Educación y capacitación.** *(Resolución 2674/2013, Artículos 12 y 13. Artículo 36.)*	4	2	0	C
	CALIFICACIÓN DEL BLOQUE			20	La calificación del bloque corresponde al 20% del total del acta

4	REQUISITOS HIGIÉNICOS	A	AR	I	HALLAZGOS
4.1	**Control de materias primas e insumos.** *(Decreto 561 de 1984, Art. 89 Resolución 2674/2013, Artículo 16, Numerales 1, 3, 4 y 5 ; Artículo 35, Numerales 1, 2 y 3. Resolución 5109 de 2005. Resolución 1506 de 2011. Resoluciones 683, 4142 y 4143 de 2012; 834 y 835 de 2013.)*	5	2,5	0	Falta Rotulos materias primas (Pistacho) en nevera. C
4.2	**Prevención de la contaminación cruzada.** *(Resolución 2674/2013, Artículo 16, Numeral 7; Artículo 18, Numeral 7; Artículo 20, Numeral 5; Artículo 35, Numeral 4.)*	9		0	C
4.3	**Manejo de temperaturas.** *(Ley 9 de 1979, Artículo 293, 425. Resolución 2674/2013, Artículo 18, Numeral 3.1, 3.2, 3.3 y 5.)*	7	3,5	0	Registro de temperatura no estan soportados C
4.4	**Condiciones de almacenamiento.** *(Resoluciones 683/2012, 2674/2013 Artículo 16, Numeral 5 y 6. Artículo 33, Numeral 9.)*	4	2	0	NA C
	CALIFICACIÓN DEL BLOQUE			19	La calificación del bloque corresponde al 25% del total del acta

5	SANEAMIENTO	A	AR	I	HALLAZGOS
5.1	**Suministro y calidad de agua potable.** *(Resolución 2674/2013, Artículo 6, Numeral 3.1, 3.2, 3.3, 3.5.1, 3.5.2 y 3.5.3, Artículo 26, Numeral 4. Artículo 32, Numeral 8 Resolución 2115 de 2007, Artículo 9.)*	7	3,5	0	No hay registros control calidad del Agua C
5.2	**Residuos líquidos.** *(Resolución 2674/2013 Artículo 6, Numeral 4, Artículo 32, Numerales 5 y 10.)*	4	2	0	C
5.3	**Residuos sólidos.** *(Resolución 2674/2013 Artículo 6, Numerales 5.1, 5.2 y 5.3. Artículo 33, Numerales 5, 6 y 7. Artículo 18, Numeral 11.)*	4	2	0	C

ACTA N° 3186

5014

5.4	**Control integral de plagas.** *(Resolución 2674/2013 Artículo 26, Numeral 3.)*	9	X	0		C
5.5	**Limpieza y desinfección de áreas, equipos y utensilios.** *(Resolución 2674/2013 Artículo 6 Numeral 6.5; Artículo 26 Numeral 1)*	7	3,5	B		C
5.6	**Soportes documentales de saneamiento.** *(Decreto 1575 de 2007, Artículo 10. Resolución 2674/2013 Artículo 26.)*	2	1	B	No hay planillas de registro del plan de Saneamiento con diligenciamiento actualizado.	C
CALIFICACIÓN DEL BLOQUE			28,5		La calificación del bloque corresponde al 33% del total del acta	

II. CONCEPTO SANITARIO

% DE CUMPLIMIENTO	CONCEPTO. Seleccione con una X (equis) el concepto sanitario a emitir	NIVEL DE CUMPLIMIENTO
88,5	FAVORABLE	90-100%
	X FAVORABLE CON REQUERIMIENTOS	60 - 89,9%
	DESFAVORABLE	< 59,9%

En caso que uno o más de los aspectos a evaluar sea identificado como crítico y calificado como Inaceptable (I), independiente del porcentaje de cumplimiento obtenido, el CONCEPTO SANITARIO a emitir será DESFAVORABLE y se procederá a aplicar la MEDIDA SANITARIA DE SEGURIDAD respectiva.

III. RELACIÓN DE LAS MUESTRAS TOMADAS EN EL ESTABLECIMIENTO

NÚMERO TOTAL DE MUESTRAS TOMADAS	NO
NÚMERO DEL ACTA DE TOMA DE MUESTRAS	NO

IV. REQUERIMIENTOS SANITARIOS

Se debe ajustar el establecimiento a la normatividad sanitaria vigente corrigiendo los hallazgos registrados en la presente acta.

V. APLICACIÓN DE MEDIDA SANITARIA DE SEGURIDAD

Si	No	Cuál:
	X	

VI. OBSERVACIONES

Por parte de la autoridad sanitaria:

Dar cumplimiento a los requerimientos según los hallazgos encontrados en la visita.

Por parte del establecimiento:

VII. NOTIFICACIÓN DEL ACTA

Para constancia previa lectura y ratificación del contenido de la presente acta firman los funcionarios y personas que intervinieron en la visita, hoy 21 del mes de 01 del año 2025 en la Ciudad de Villavicencio.

De la presente acta se deja copia en poder del interesado, representante legal, responsable del establecimiento o quien atendió la visita.

NOTA: El acta debe ser notificada dentro de un plazo no mayor de cinco (5) días contados a partir de la realización de la visita.

POR PARTE DE LOS FUNCIONARIOS QUE REALIZAN LA VISITA	
FIRMA:	FIRMA:
NOMBRE: Ana Lucia Delgado Solano	NOMBRE:
CÉDULA: 1030685681	CÉDULA:
CARGO: Profesional CPS	CARGO:
INSTITUCIÓN: DASM	INSTITUCIÓN:
POR PARTE DEL ESTABLECIMIENTO	
FIRMA:	FIRMA:
NOMBRE: Adly Alejandra Garcia G.	NOMBRE:
CÉDULA: 1122654501	CÉDULA:
CARGO: Auxiliar de cocina	CARGO:

5015

Gmail

MARTHA BUENO <corporaciondelupia@gmail.com>

SOLICITUD VISITA DE INSPECCIÓN

2 mensajes

MARTHA BUENO <corporaciondelupia@gmail.com> 31 de julio de 2025, 12:34 p.m.
Para: contactenos@sancarlosdeguaroa-meta.gov.co

Buen día,

Respetuosamente me permito adjuntar solicitud de visita de inspección sanitaria del centro vida operado por la UNION TEMPORAL ADULTO MAYOR META.

Atento a sus indicaciones,

UNIÓN TEMPORAL ADULTO MAYOR META
NIT. 901.94 3.219-0

2 archivos adjuntos

OFICIO SALUD SAN CARLOS DE GUAROA.pdf
61K

RUT UT ADULTO MAYOR META.pdf
282K

Secretaría Local de Salud SCG <salud@sancarlosdeguaroa-meta.gov.co> 1 de agosto de 2025, 12:20 p.m.
Para: contactenos contactenos <contactenos@sancarlosdeguaroa-meta.gov.co>, "corporaciondelupia@gmail.com" <corporaciondelupia@gmail.com>, Secr gobierno <gobierno@sancarlosdeguaroa-meta.gov.co>, SANDRA PATRICIA VI¥A QUEVEDO <svinaq@meta.gov.co>

San Carlos de Guaroa – Meta, agosto 01 de 2025.
ASCG: 100.12.01.676

Señora:
MARTHA SOFIA BUENO HERRERA
Representante Legal Unión Temporal Adulto Mayor Meta
Nit 901.943.219
Villavicencio

ASUNTO: Traslado por Competencias del oficio remitido a través del correo electrónico de ventanilla única de la entidad con solicitud de visita de inspección sanitaria centro vida del adulto mayor La Palmera.

Cordial saludo.

Habiendo recibido el redireccionamiento de su solicitud a través del correo electrónico de la ventanilla única de la Alcaldía Municipal en relación con lo mencionado en el asunto, me permito informar que:

1. Por disposición de la Ley 715 de 2001, la función de inspección sanitaria en municipios de sexta categoría será ejercida por la Secretaría Departamental de Salud a través de un profesional designado para tal fin y que en el caso particular de nuestro municipio la profesional asignada por el ente departamental es la profesional SANDRA PATRICIA VIÑA QUEVEDO cuyos datos de contacto son: Celular 311 4750102 o al correo electrónico svinaq@meta.gov.co con quien usted puede comunicarse para el trámite de su solicitud, pues no es competencia de este despacho.

2. Caso distinto, si la solicitud fuera para la autorización de funcionamiento del centro vida; en cuyo caso se debe cumplir con el trámite y documentación requerida en la Resolución 055 de 2018 emitida por el Ministerio de Salud y Protección Social.

Por lo anterior, se corre traslado de su solicitud a la profesional de inspección sanitaria del departamento para que en coordinación con usted adelante las acciones pertinentes. De conformidad con lo establecido en el Artículo 21 de la Ley 1755 de 2015 (...) "Si la autoridad a quien se dirige la petición no es la competente, se informará de inmediato al interesado si este actúa verbalmente, o dentro de los cinco días siguientes al de la recepción, si obró por escrito. Dentro del término señalado remitirá la petición al competente y enviará copia del remisorio al peticionario o en caso de no existir funcionario competente así se le comunicará".

Atentamente:

RONALD ANDRES RODRIGUEZ GUTIERREZ

Secretario de Salud - San Carlos de Guaroa (Meta)

ANEXO: Oficio original firmado



El vie, 1 ago 2025 a las 8:06, contactenos contactenos (<contactenos@sancarlosdeguaroa-meta.gov.co>) escribió:

[Texto citado oculto]

--

ANDREA LIZETH TORRES
Auxiliar Administrativo
Ventanilla Única - Despacho Alcalde

ASCG. 100.12.01.676.pdf
815K

5017

Unión Temporal
Adulto Mayor Meta

Villavicencio, 31 de julio de 2025

Señores
MUNICIPIO DE SAN CARLOS DE GUAROA

Asunto: SOLICITUD DE VISITA DE INSPECCIÓN SANITARIA – CENTRO VIDA DEL ADULTO MAYOR

MARTHA SOFIA BUENO HERRERA, actuando en condición de representante legal de la UNIÓN TEMPORAL ADULTO MAYOR META, en calidad de contratista encargado de la operación del programa de atención al Adulto Mayor del Departamento del Meta, respetuosamente nos permitimos solicitar la realización de una visita de inspección sanitaria a las instalaciones del centro vida ubicado en la INSPECCIÓN DE PALMERAS, donde está ubicado el inmueble que la administración municipal dispuso para el beneficio de los adultos mayores.

Esta solicitud tiene como objetivo verificar el cumplimiento de los requisitos sanitarios exigidos por la normatividad vigente y garantizar condiciones adecuadas de salubridad, higiene y bienestar para los adultos mayores beneficiarios del programa.

Se anexa copia del RUT de la unión temporal.

Cordialmente,

MARTHA SOFIA BUENO HERRERA
C.C. No. 39.637.175
Representante Legal
UNIÓN TEMPORAL ADULTO MAYOR META
NIT. 901.94 3.219-0

Dirección: Calle 36 # 33 - 27 Barzal Bajo
Correo: corporaciondelupia@gmail.com Cel. 313 308 6897
Villavicencio - Meta

5618

ACTA DE TOMA DE MUESTRA DE ALIMENTOS Y BEBIDAS

ACTA No. 30288

DEPARTAMENTO DEL META

Fecha 21/08/2018 Hora: _____ Establecimiento [illegible] Correo Electrónico _____

Dirección Cra 5a Palacio la Palmera Teléfono 3167720401

Ciudad, municipio u otro San Carlos de Guaroa Departamento Meta Representante Legal Jorge Enrique [illegible]

Vehículo (tipo) _____ No. de placa _____ Propietario _____

No de orden	No U/M o producto	Contenido neto gr o cc por unidad	Nombre del producto, marca y presentación	T°C	Tipo de envase	Numero de lote	Fecha de vencimiento	Registro sanitario (si aplica)
	3	500 gr Pack.	Copo de maiz	60°	Bolsa.	N/A	N/A.	N/A.

Recibe laboratorio:	Nombre		Firma		Fecha		Hora		T°C	

CONVENCIONES: U/M: Unidades por muestra del mismo lote; T: temperatura. El número de unidades por muestra dependen de la norma de cada producto.

Se deja contramuestra oficial: SI [X] NO [ ] Se deja contramuestra en poder del interesado: SI [ ] NO [X]

SITIO DE ALMACENAMIENTO DEL PRODUCTO MUESTREADO: _____

ANÁLISIS SOLICITADOS: _____

OBSERVACIONES: [illegible]

Firman las personas que intervinieron en la presente diligencia:

Por parte de la Entidad de Salud Territorial

Firma _____

Nombre _____

Cargo y Entidad _____

C.C. N° _____

Por parte del establecimiento o responsable del producto.

Firma _____

Nombre _____

Cargo y Entidad _____

C.C. N° _____

5014

Gmail

MARTHA BUENO <corporaciondelupia@gmail.com>

SOLICITUD VISITA DE INSPECCIÓN

2 mensajes

MARTHA BUENO <corporaciondelupia@gmail.com> 31 de julio de 2025, 4:11 p.m.
Para: alcaldia@uribe-meta.gov.co

Buen día,

Respetuosamente me permito adjuntar solicitud de visita de inspección sanitaria del centro vida operado por la UNIÓN TEMPORAL ADULTO MAYOR META.

Atento a sus indicaciones,

UNIÓN TEMPORAL ADULTO MAYOR META
NIT. 901.94 3.219-0

2 archivos adjuntos

RUT UT ADULTO MAYOR META.pdf
282K

OFICIO SALUD LA URIBE.pdf
51K

Secretaría de Gobierno <secretariadegobierno@uribe-meta.gov.co> 11 de agosto de 2025, 10:43 a.m.
Para: wcubillosg@meta.gov.co, corporaciondelupia@gmail.com, ALCALDIA MUNICIPAL URIBE META <alcaldia@uribe-meta.gov.co>

Hola, buenos días.

Reciba un cordial saludo;

Remito por competencia para su conocimiento y trámite pertinente. Se informa a la señora, Sofía, que ya se hizo la correspondiente solicitud con el Inspector de Salud e Higiene, de esta manera se da cierre al Radicado Interno N° 0-1473.

Sin más preámbulo;

LINA MARÍA MATEUS CASTAÑEDA
Secretaria de Gobierno y Participación Ciudadana Uribe-Meta

Dirección: Carrera 6° No. 5-18 Barrio El Centro

Secretariadegobierno@uribe-meta.gov.co

---------- Forwarded message ---------
De: **ALCALDIA MUNICIPAL URIBE META** <alcaldia@uribe-meta.gov.co>
Date: jue, 31 jul 2025 a las 17:00
Subject: Fwd: SOLICITUD VISITA DE INSPECCIÓN
To: Secretaría de Gobierno <secretariadegobierno@uribe-meta.gov.co>, adultomayor adultomayor <adultomayor@uribe-meta.gov.co>

3020

RADICADO 0-1473

Buen día , cordial saludo.

De manera atenta me permito enviar para su conocimiento y fines pertinentes .

De Acuerdo a lo establecido en la Ley 1755 de 2015 - Articulo 14- Términos para resolver las distintas modalidades de peticiones.

Cordialmente,

VENTANILLA UNICA MUNICIPAL
Dirección: Carrera 6° No. 5-18 Barrio El Centro
Teléfono: 3123257280
Página web: www.uribe-meta.gov.co

****

DE ACUERDO A LA CORTE CONSTITUCIONAL EN SUS SENTENCIAS C-621 DE 1997, T 377 DEL 2000, T487 DE 2001 Y EL CONSEJO DE ESTADO SECCIÓN CUARTA SENTENCIA 99/07/09 EXPEDIENTE 9409 ESTABLECIERON QUE LAS COMUNICACIONES RECIBIDAS POR MEDIO ELECTRÓNICO TIENEN EL MISMO VALOR JURÍDICO QUE LA RECIBIDA POR LA VENTANILLA DE LA ENTIDAD.
[Texto citado oculto]

---

3 archivos adjuntos

RUT UT ADULTO MAYOR META.pdf
282K

OFICIO SALUD LA URIBE.pdf
51K

RESPUESTA OF-GOB-366-2025.pdf
370K