5142

Sistema de Gestión de la Seguridad Y Salud en el Trabajo

FORMATO: **DE REGISTRO DE ASISTENCIA**

SG-SST CONTRATO N°2928 "REHABILITACIÓN DE PARQUES EN DIFERENTES BARRIOS EN EL MUNICIPIO DE VILLAVICENCIO"

VILLAVICENCIO META	Parque retiro	20	02	2025

Charla de seguridad	
Reuniones de Seguridad y Salud en el Trabajo	X

Agotamiento por calor

1	Campos muñoz adolfo	7560950	maestro	adolfo
2	Castro acosta rafael	17346307	maestro	rafael
3	Rodriguez guevara clara alicia	40404593	residente de obra	Alicia
4	Luz Estela punta baena	1063990090	Auxiliar SST	Luz Estela
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				
16				
17				
18				
19				
20				
21				
22				
23				
24				
25				
26				
27				
28				
29				
30				

Observaciones:

Nombre	Firma
DIANA ALEJANDRA LEON	DIANA ALEJANDRA LEON

5141

	Sistema de Gestión de la Seguridad Y Salud en el Trabajo				
	FORMATO:	**DE REGISTRO DE ASISTENCIA**			
	SG-SST CONTRATO N°2928 "REHABILITACIÓN DE PARQUES EN DIFERENTES BARRIOS EN EL MUNICIPIO DE VILLAVICENCIO"				
VILLAVICENCIO META		Parque villiro	29	02	2025
Charla de seguridad	X				
Reuniones de Seguridad y Salud en el Trabajo		Protección para la cabeza			

1	Campos muñoz adolfo	7560150	maestro	adolfo	
2	castro acosta rafael	17346207	maestro	rafael	
3	Guevara Estrada wiliam A	8607222	Ayudante	wiliam	
4	Parra briva luz Estella	1067590090	Auxiliar SST	luz Estella	
5	Rodriguez guevara clara Alicia	40609583	Residente de obra	clara Alicia	
6					
7					
8					
9					
10					
11					
12					
13					
14					
15					
16					
17					
18					
19					
20					
21					
22					
23					
24					
25					
26					
27					
28					
29					
30					

Observaciones:

Nombre	Firma
DIANA ALEJANDRA LEON	DIANA ALEJANDRA LEON

	Sistema de Gestión de la Seguridad Y Salud en el Trabajo
	FORMATO: **DE REGISTRO DE ASISTENCIA**
	SG-SST CONTRATO N°2928 "REHABILITACIÓN DE PARQUES EN DIFERENTES BARRIOS EN EL MUNICIPIO DE VILLAVICENCIO"

VILLAVICENCIO META		Parque retiro	28	02	2025
Charla de seguridad					
Reuniones de Seguridad y Salud en el Trabajo	X	Protección de la Piel			

1	Rodriguez Guevara Clara A	1006958?	Residente obra	Clara
2	Luz Estela Ruiz bravo	1067590090	Auxiliar SST	LuzEstela
3	Lombana murillo camilo E	8607 1353	Aydante	Elias campo
4	Leal Amigo Cesar	17388436	Aydante	Cesar leal
5	Guevara Estrada Wilian A	8607 1222	Aydante	Wilian
6	Diaz Ramirez Yinner R	8606 5755	Aydante	Yinner
7	Campos muñoz adolfo	7560950	maestro	adolfo
8	Castro acosta rafael	17396307	maestro	rafael
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				
16				
17				
18				
19				
20				
21				
22				
23				
24				
25				
26				
27				
28				
29				
30				

Observaciones:

Nombre	Firma
DIANA ALEJANDRA LEÓN	DIANA ALEJANDRA LEÓN

5150

	Sistema de Gestión de la Seguridad Y Salud en el Trabajo				
	FORMATO:	**DE REGISTRO DE ASISTENCIA**			
	SG-SST CONTRATO N°2026 "REHABILITACIÓN DE PARQUES EN DIFERENTES BARRIOS EN EL MUNICIPIO DE VILLAVICENCIO"				
VILLAVICENCIO META	Por qué mascarina		4	03	2025
Charla de seguridad					
Reuniones de Seguridad y Salud en el Trabajo	X	Quemaduras del sol			

1	Rodríguez Guevara Clara A	9090 1583	residente de obra	Clara A	
2	Luz Estela Ruiz Bravo	1063 590090	Auxiliar SST	Luz Estela	
3	Guevara Estrada William A	8607222	Residente	William	
4	Castro Acosta Rafael	17316307	maestro	Rafael	
5	Campos Muñoz Adolfo	7560450	maestro	Adolfo	
6					
7					
8					
9					
10					
11					
12					
13					
14					
15					
16					
17					
18					
19					
20					
21					
22					
23					
24					
25					
26					
27					
28					
29					
30					

Observaciones:

Nombre	Firma
DIANA ALEJANDRA LEÓN	DIANA ALEJANDRA

Sistema de Gestión de la Seguridad Y Salud en el Trabajo

FORMATO: **DE REGISTRO DE ASISTENCIA**

SG-SST CONTRATO N°2928 "REHABILITACIÓN DE PARQUES EN DIFERENTES BARRIOS EN EL MUNICIPIO DE VILLAVICENCIO"

VILLAVICENCIO META	Parque macarena	07	03	2025

Charla de seguridad	X
Reuniones de Seguridad y Salud en el Trabajo	

Manejo Defensivo

1	Arias Gualteno argimiro	1901502	Aydante	argimiro
2	campos muñoz adolfo	7560950	maestro	adolfo
3	campos gutierrez Bratan s	1121845490	Ayudante	Bratan
4	castro acosta rafael	17346307	mayor	rafael
5	montano ordoñez jacquelin	1001287717	aministracion	Jacquelin
6	pinto bravo luz Estela	1063590090	Auxiliar SST	Luz Estela
7	rodriguez guzman clara Alicia	40409583	recibe la obra	clara Alicia
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				
16				
17				
18				
19				
20				
21				
22				
23				
24				
25				
26				
27				
28				
29				
30				

Observaciones:

Nombre	Firma
DIANA ALEJANDRA LEÓN	DIANA ALEJANDRA

	Sistema de Gestión de la Seguridad Y Salud en el Trabajo
	FORMATO: DE REGISTRO DE ASISTENCIA
	SG-SST CONTRATO N°2926 "REHABILITACIÓN DE PARQUES EN DIFERENTES BARRIOS EN EL MUNICIPIO DE VILLAVICENCIO"

VILLAVICENCIO META	Parque retiro	18	03	2025

Charla de seguridad ☒

Reuniones de Seguridad y Salud en el Trabajo ☐ reporte de accidente

1	Campos Muñoz Adolfo	7560450	maestro	adolfo
2	Campos Gutierrez Brayan	1121845010	Ayudante	Brayan
3	Casilla acosta rafael	17326707	maestro	rafael
4	montaño ordoñez jacqueline	1006287717	administración	jacqueline
5	Luz Estela Puerta bolaños	1062590090	Auxiliar SST	Luz Stela
6	Rodriguez Guerrero Elena A	40409593	residente obra	Elena Alicia
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				
16				
17				
18				
19				
20				
21				
22				
23				
24				
25				
26				
27				
28				
29				
30				

Observaciones:

Nombre	Firma
DIANA ALEJANDRA León P	DIANA ALEJANDRA León

Sistema de Gestión de la Seguridad Y Salud en el Trabajo

FORMATO: DE REGISTRO DE ASISTENCIA

SG-SST CONTRATO N°2028 "REHABILITACIÓN DE PARQUES EN DIFERENTES BARRIOS EN EL MUNICIPIO DE VILLAVICENCIO"

VILLAVICENCIO META | Parque Maloca | 18 | 03 | 2025

Charla de seguridad

Reuniones de Seguridad y Salud en el Trabajo | X | ESPACIO CONFINADOS

1	Rodriguez Guarino Cesar Alicia	9010045985	residente obra	Cesar
2	Castro acosta rafael	17796707	operativo	rafael
3	Campos muñoz adolfo	75160950	operativo	adolfo
4	luz estela puerta brito	1063 540090	auxiliar SST	luz Estela
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				
16				
17				
18				
19				
20				
21				
22				
23				
24				
25				
26				
27				
28				
29				
30				

Observaciones:

Nombre	Firma
DIANA ALEJANDRA LEON	DIANA ALEJANDRA LEON

Sistema de Gestión de la Seguridad Y Salud en el Trabajo

FORMATO: DE REGISTRO DE ASISTENCIA

SG-SST CONTRATO N°2928 "REHABILITACIÓN DE PARQUES EN DIFERENTES BARRIOS EN EL MUNICIPIO DE VILLAVICENCIO"

VILLAVICENCIO META	Parque de retiro	21	03	2025

Charla de seguridad: X

Reuniones de Seguridad y Salud en el Trabajo:

Protección para los ojo

1	Rodriguez Guerrero Cesar Alicia	9040593	residente de obra	Cesar
2	Puerta Bueva Luz Estela	1063592090	Auxiliar SST	Luz Estela
3	Montaño Ordoñez Jacquelin D	1098287717	Administración	Jacquelin
4	Castro acosta rafael	17346307	maestro	rafael
5	Campos Gutierrez Bratan S	1121845416	Ayudante	Bratan
6	Campos muñoz adolfo	7560950	maestro	adolfo
7	Arias Guillero Argemiro	1095307	Ayudante	argemiro
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				
16				
17				
18				
19				
20				
21				
22				
23				
24				
25				
26				
27				
28				
29				
30				

Observaciones:

Nombre	Firma
DIANA ALEJANDRA LEON	DIANA ALEJANDRA LEON

	Sistema de Gestión de la Seguridad Y Salud en el Trabajo
	FORMATO: DE REGISTRO DE ASISTENCIA
	SG-SST CONTRATO N°2928 "REHABILITACIÓN DE PARQUES EN DIFERENTES BARRIOS EN EL MUNICIPIO DE VILLAVICENCIO"

VILLAVICENCIO META	Parque ritmo	26	03	2025

Charla de seguridad	X	Proteccion de caidas
Reuniones de Seguridad y Salud en el Trabajo		

1	Cruz Tunal Jhon Bryan	1118556213	Atudante	Jhon
2	Leon correa Ricardo antonio	1234920	Atudante	Ricardo
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				
16				
17				
18				
19				
20				
21				
22				
23				
24				
25				
26				
27				
28				
29				
30				

Observaciones:

Nombre	Firma
DIANA ALEJANDRA LEON	DIANA ALEJANDRA LEON

Sistema de Gestión de la Seguridad Y Salud en el Trabajo

FORMATO: DE REGISTRO DE ASISTENCIA

SG-SST CONTRATO N°2928 "REHABILITACIÓN DE PARQUES EN DIFERENTES BARRIOS EN EL MUNICIPIO DE VILLAVICENCIO"

VILLAVICENCIO META	Parque Tacarina	01	04	2025

Charla de seguridad

Reuniones de Seguridad y Salud en el Trabajo: X

materiales peligros

1	Cruz Tumal Jhon Berlitz	1118556213	Atudante	Jhon
2	Leal Urrego ricardo anbeio	1124040220	Atudante	ricardo
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				
16				
17				
18				
19				
20				
21				
22				
23				
24				
25				
26				
27				
28				
29				
30				

Observaciones:

Nombre	Firma
DIANA ALEJANDRA LEÓN	DIANA ALEJANDRA LEÓN

Sistema de Gestión de la Seguridad Y Salud en el Trabajo

FORMATO: DE REGISTRO DE ASISTENCIA

SG-SST CONTRATO N°2928 "REHABILITACIÓN DE PARQUES EN DIFERENTES BARRIOS EN EL MUNICIPIO DE VILLAVICENCIO"

VILLAVICENCIO META	Parque retiro	04	4	2025

Charla de seguridad

Reuniones de Seguridad y Salud en el Trabajo X

Aseo en el Trabajo

1	Campos Munoz Adolfo	7560450	maestro	adolfo	
2	castro acosta rafael	17396307	maestro	rafael	
3	Guevara Estrada wiliam A	1067222	Ayudante	wiliam	
4	Punta brava Luz Estela	1063590090	Auxiliar SST	Luz Estela	
5	rodriguez guevara clara Alicia	40401583	residente obra	clara Alica	
6					
7					
8					
9					
10					
11					
12					
13					
14					
15					
16					
17					
18					
19					
20					
21					
22					
23					
24					
25					
26					
27					
28					
29					
30					

Observaciones:

Nombre	Firma
DIANA ALEJANDRA LEON	DIANA ALEJANDRA LEON

5158

	Sistema de Gestión de la Seguridad Y Salud en el Trabajo
	FORMATO: DE REGISTRO DE ASISTENCIA
	SG-SST CONTRATO N°2928 "REHABILITACIÓN DE PARQUES EN DIFERENTES BARRIOS EN EL MUNICIPIO DE VILLAVICENCIO"

VILLAVICENCIO META	parque yalino	09	04	2025

Charla de seguridad	
Reuniones de Seguridad y Salud en el Trabajo	x

Analisis de riesgo laboral

1	Rodriguez guerrero cesar Alicy	1010 9583	residente obra	Clara
2	Puerta bravo luz Estela	1063 590090	Auxiliar SST	luz Estela
3	montaño ordoñez Jacqueline	1001287717	Administrador	Jacqueline
4	castro acosta rafael	17 396 307	maestro	rafael
5	campos gutierrez Brayan S	1121845490	Ayudante	Brayan
6	campos munar adolfo	75 60 450	maestro	adolfo
7	Arias guallinos argemiro	1901 5202	Ayudante	argemiro
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				
16				
17				
18				
19				
20				
21				
22				
23				
24				
25				
26				
27				
28				
29				
30				

Observaciones:

Nombre	Firma
DIANA ALEJANDRA LEÓN	DIANA ALEJANDRA LEÓN

	Sistema de Gestión de la Seguridad Y Salud en el Trabajo
	FORMATO: **DE REGISTRO DE ASISTENCIA**
	SG-SST CONTRATO N°2928 "REHABILITACIÓN DE PARQUES EN DIFERENTES BARRIOS EN EL MUNICIPIO DE VILLAVICENCIO"

VILLAVICENCIO META	Parque macarena	15	09	2025

Charla de seguridad	
Reuniones de Seguridad y Salud en el Trabajo	x

Protección auditivas

1	rodriguez guerra clara Alicia	1010015883	residente obra	clara
2	Luz Stella Punta baena	1062599099	Auxiliar SST	luz stella
3	guevara estrada wiliam A	86072222	Ayudante	wiliam
4	Castro acosta rafael	17396307	maestro	rafael
5	Campos muñoz adolfo	7560150	maestro	adolfo
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				
16				
17				
18				
19				
20				
21				
22				
23				
24				
25				
26				
27				
28				
29				
30				

Observaciones:

Nombre	Firma
DIANA ALEJANDRA LEÓN	DIANA ALEJANDRA LEÓN

Sistema de Gestión de la Seguridad Y Salud en el Trabajo

FORMATO: **DE REGISTRO DE ASISTENCIA**

SG-SST CONTRATO N°2026 "REHABILITACIÓN DE PARQUES EN DIFERENTES BARRIOS EN EL MUNICIPIO DE VILLAVICENCIO"

VILLAVICENCIO META	Parque retiro	19	09	2025

Charla de seguridad	
Reuniones de Seguridad y Salud en el Trabajo	X Protección respiratoria

1	Cruz Tumal Jhon Bertin	1118556213	Ayudante	Jhon
2	Leal Vargas ricardo Antonio	17349220	Ayudante	ricardo
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				
16				
17				
18				
19				
20				
21				
22				
23				
24				
25				
26				
27				
28				
29				
30				

Observaciones:

Nombre	Firma
DIANA ALEJANDRA León P	DIANA ALEJANDRA León P

	Sistema de Gestión de la Seguridad Y Salud en el Trabajo
	FORMATO: DE REGISTRO DE ASISTENCIA
	SG-SST CONTRATO N°2928 "REHABILITACIÓN DE PARQUES EN DIFERENTES BARRIOS EN EL MUNICIPIO DE VILLAVICENCIO"

VILLAVICENCIO META	Parque Maloca	23	04	2025

Charla de seguridad	
Reuniones de Seguridad y Salud en el Trabajo	X

Cuidado de la Tierra

1	Orlando Trocha García	86 042 707	Ayudante	Orlando
2	Wilison Ramirez Fuquen	79693 185	Ayudante	Wilson
3	Adolfo Campos Muñoz	7.560 450	Maestro	Adolfo
4	Rafael Castro Acosta	17 306 307	maestro	Rafael
5	Florentino martinez rico	17 584 326	Ayudante	Florentino
6	Argemiro arias Gualteros	19 015 302	Ayudante	Argemiro
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				
16				
17				
18				
19				
20				
21				
22				
23				
24				
25				
26				
27				
28				
29				
30				

Observaciones:

Nombre	Firma
DIANA ALEJANDRA LEON P.	DIANA ALEJANDRA L.

5162

	Sistema de Gestión de la Seguridad Y Salud en el Trabajo
	FORMATO: DE REGISTRO DE ASISTENCIA
	SG-SST CONTRATO N°2928 "REHABILITACIÓN DE PARQUES EN DIFERENTES BARRIOS EN EL MUNICIPIO DE VILLAVICENCIO"

VILLAVICENCIO META	Parque macarena	29	04	2025

Charla de seguridad		Violencia en el lugar de trabajo
Reuniones de Seguridad y Salud en el Trabajo	x	

1	Adolfo Cumbos Rivas	7560 450	Masivo	Adolfo	
2	Wuilson Ramon Fuquen	79 693 185	Atudante	wuilson	
3	Orlando Tacha Garcia	86 062 707	Atudante	Orlando	
4	Rafael Castro Acosta	17 346 307	Masivo	Rafael	
5	Florentino Martinez Rico	12 594 326	Atudante	Florentino	
6	Argimiro Arias Gualtiros	19 015302	Atudante	Argimiro	
7					
8					
9					
10					
11					
12					
13					
14					
15					
16					
17					
18					
19					
20					
21					
22					
23					
24					
25					
26					
27					
28					
29					
30					

Observaciones:

Nombre	Firma
DIANA ALEJANDRA LEON P.	DIANA ALEJANDRA L.

5163

	Sistema de Gestión de la Seguridad Y Salud en el Trabajo
	FORMATO: DE REGISTRO DE ASISTENCIA
	SG-SST CONTRATO N°2028 "REHABILITACIÓN DE PARQUES EN DIFERENTES BARRIOS EN EL MUNICIPIO DE VILLAVICENCIO"

VILLAVICENCIO META	Parque retiro	01	05	2025

Charla de seguridad		
Reuniones de Seguridad y Salud en el Trabajo	X	EXPOSICION AL RUIDO

1	CAMPOS MUÑOZ ADOLFO	7560950	MAESTRO	ADOLFO
2	CASTRO ACOSTA RAFAEL	17396307	MAESTRO	RAFAEL
3	RODRIGUEZ GUERRERO CESAR A	9010 9583	RESIDENTE OBRA	CESAR
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				
16				
17				
18				
19				
20				
21				
22				
23				
24				
25				
26				
27				
28				
29				
30				

Observaciones:

Nombre	Firma
DIANA ALEJANDRA LEON P	DIANA ALEJANDRA LEÓN

516

Sistema de Gestión de la Seguridad Y Salud en el Trabajo

FORMATO: **DE REGISTRO DE ASISTENCIA**

SG-SST CONTRATO N°2928 "REHABILITACIÓN DE PARQUES EN DIFERENTES BARRIOS EN EL MUNICIPIO DE VILLAVICENCIO"

VILLAVICENCIO META | Parque Manzanares | 06 | 05 | 2025

Charla de seguridad	
Reuniones de Seguridad y Salud en el Trabajo	X

Levantamiento del Piso

1	Cruz Tomas Jhon Beltz	1118556213	Aprendiz	Jhon
2	Leal Amigo Ricardo Antonio	17399720	Aprendiz	Ricardo
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				
16				
17				
18				
19				
20				
21				
22				
23				
24				
25				
26				
27				
28				
29				
30				

Observaciones:

Nombre	Firma
DIANA ALEJANDRA LEÓN F	DIANA ALEJANDRA LEÓN

Sistema de Gestión de la Seguridad Y Salud en el Trabajo

FORMATO: **DE REGISTRO DE ASISTENCIA**

SG-SST CONTRATO N°2028 "REHABILITACIÓN DE PARQUES EN DIFERENTES BARRIOS EN EL MUNICIPIO DE VILLAVICENCIO"

VILLAVICENCIO META	Parque Manzarina	09	05	2023

Charla de seguridad	
Reuniones de Seguridad y Salud en el Trabajo	X

importancia de la hidratación

1	Campos muñoz adolfo	7560950	maestro	adolfo
2	castro acosta rafael	17396307	maestro	rafael
3	guevara estrada william A	86077272	Ayudante	william
4	Ruiz baena luz estela	1063590090	Auxiliar SST	luz estela
5	rodriguez guarnizo ceramica	9010 9583	residente obra	ceramica
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				
16				
17				
18				
19				
20				
21				
22				
23				
24				
25				
26				
27				
28				
29				
30				

Observaciones:

Nombre	Firma
DIANA ALEJANDRA LEON B	DIANA ALEJANDRA LEON

	Sistema de Gestión de la Seguridad Y Salud en el Trabajo
	FORMATO: DE REGISTRO DE ASISTENCIA
	SG-SST CONTRATO N°2928 "REHABILITACIÓN DE PARQUES EN DIFERENTES BARRIOS EN EL MUNICIPIO DE VILLAVICENCIO"

VILLAVICENCIO META	Parque Macarena	12	05	2025

Charla de seguridad	X
Reuniones de Seguridad y Salud en el Trabajo	

Terminado

1	Rodriguez Guimro Cesar A	9010595	residente obra	Cesar
2	Castro acosta rafael	17396207	maestro	rafael
3	Campos munoz adolfo	75609 50	maestro	adolfo
4	Puerta Diana Lorena	1063 599096	Auxiliar SST	Lorena
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				
16				
17				
18				
19				
20				
21				
22				
23				
24				
25				
26				
27				
28				
29				
30				

Observaciones:

Nombre	Firma
DIANA ALEJANDRA LEÓN	DIANA ALEJANDRA LEÓN

5167

Sistema de Gestión de la Seguridad Y Salud en el Trabajo

FORMATO: **DE REGISTRO DE ASISTENCIA**

SG-SST CONTRATO N°2026 "REHABILITACIÓN DE PARQUES EN DIFERENTES BARRIOS EN EL MUNICIPIO DE VILLAVICENCIO"

VILLAVICENCIO META	Parque rilino	19	05	2025

Charla de seguridad	X
Reuniones de Seguridad y Salud en el Trabajo	

Manejo de estrés laboral

1	Arias Guallino argimiro	1901502	Ayudante	argimiro
2	Campos muñoz adolfo	7560950	maestro	adolfo
3	Campos Gutierrez Cristian s	1121895990	Ayudante	Bristan
4	Castro acosta rafael	17396307	maestro	rafael
5	Monturio jordana Jacqueline	1001287717	Aministrativo	Jacqueline
6	Ruiz brigy luz estela	1063590090	Auxiliar SST	luz estela
7	rodriguez guirro ciro A	9090 9583	residente obra	ciro
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				
16				
17				
18				
19				
20				
21				
22				
23				
24				
25				
26				
27				
28				
29				
30				

Observaciones:

Nombre	Firma
DIANA ALEJANDRA LEON P	DIANA ALEJANDRA LEON

Sistema de Gestión de la Seguridad Y Salud en el Trabajo

FORMATO: DE REGISTRO DE ASISTENCIA

SG-SST CONTRATO N°2026 "REHABILITACIÓN DE PARQUES EN DIFERENTES BARRIOS EN EL MUNICIPIO DE VILLAVICENCIO"

VILLAVICENCIO META	Parque Naranja	26	05	2025
Charla de seguridad				
Reuniones de Seguridad y Salud en el Trabajo	X	Herramientas manuales		

1	Rodriguez Guerrero Cesar A	9090 45 89	residente obra	Cesar
2	Puerta brinez luz estra	1063 590090	Auxiliar SST	luz Estra
3	Monzón ordoñez Jacquelin	1001287717	Administración	Jacquelin
4	Castro Acosta rafael	17396707	maestro	rafael
5	Campos Gutierrez Bradan S	1121845400	Ayudante	Bradan
6	Campos Muñoz adolfo	75604 50	maestro	adolfo
7	Arias Gualteros argemiro	19015202	Ayudante	argemiro
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				
16				
17				
18				
19				
20				
21				
22				
23				
24				
25				
26				
27				
28				
29				
30				

Observaciones:

Nombre	Firma
DIANA ALEJANDRA LEON R	DIANA ALEJANDRA LEÓN

	Sistema de Gestión de la Seguridad Y Salud en el Trabajo
	FORMATO: DE REGISTRO DE ASISTENCIA
	SG-SST CONTRATO N°2928 "REHABILITACIÓN DE PARQUES EN DIFERENTES BARRIOS EN EL MUNICIPIO DE VILLAVICENCIO"

VILLAVICENCIO META — Parque Macarena — 3 — 06 — 2025

Charla de seguridad

Reuniones de Seguridad y Salud en el Trabajo — x — reporte de accidente

1	Wilian Alexander Guevara	86.077.222	Ayudante	Wilian
2	Florentino Martinez Rico	12.589.376	Ayudante	Florentino
3	Argemiro Arias Guilleros	19.015 302	Ayudante	Argemiro
4	Jerson Sanchez Palacio	1.133 259 006	Ayudante	Jerson
5	Orlando Tacha Garcia	86 042 709	Ayudante	Orlando
6	Wilson Ramirez Guevara	79.693 185	Ayudante	Wilson
7	Adolfo Campos Muñoz	7560 450	maestro	Adolfo
8	Rafael Castro Acosta	17 346 707	maestro	Rafael
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				
16				
17				
18				
19				
20				
21				
22				
23				
24				
25				
26				
27				
28				
29				
30				

Observaciones:

Nombre	Firma
Diana Alejandra Prieto Leon	DIANA ALEJANDRA L.

Sistema de Gestión de la Seguridad Y Salud en el Trabajo

FORMATO: **DE REGISTRO DE ASISTENCIA**

SG-SST CONTRATO N°2926 "REHABILITACIÓN DE PARQUES EN DIFERENTES BARRIOS EN EL MUNICIPIO DE VILLAVICENCIO"

VILLAVICENCIO META	parque rubino	09	06	2025
Charla de seguridad	X			
Reuniones de Seguridad y Salud en el Trabajo		orden y aseo en obra		

1	Cumbas muñoz adolfo	7560430	maestro	adolfo	
2	Castro cuesta rafael	17396207	maestro	rafael	
3	rodriguez guarino clara A	40104583	medianti obra	clara	
4	Parra brinez luz estela	1063590090	Auxiliar SST	luz estela	
5					
6					
7					
8					
9					
10					
11					
12					
13					
14					
15					
16					
17					
18					
19					
20					
21					
22					
23					
24					
25					
26					
27					
28					
29					
30					

Observaciones:

Nombre	Firma
DIANA ALEJANDRA LEON P	DIANA ALEJANDRA LEON

5121

Sistema de Gestión de la Seguridad Y Salud en el Trabajo

FORMATO: **DE REGISTRO DE ASISTENCIA**

SG-SST CONTRATO N°2928 "REHABILITACIÓN DE PARQUES EN DIFERENTES BARRIOS EN EL MUNICIPIO DE VILLAVICENCIO"

VILLAVICENCIO META		Parque Macarena	16	06	2025

Charla de seguridad	X
Reuniones de Seguridad y Salud en el Trabajo	

Elemento de Protección Personal

No.				
1	Rodriguez Guevara Clara A	40909583	residente obr	Clara
2	Luz Estela Rueda Ariza	1063540090	Auxiliar SST	luz estela
3	Guevara Estrada William A	86072222	Aprendiz	William
4	Castro acosta rafael	17396307	maestro	rafael
5	Campos muñoz Cedulfo	75 60950	maestro	cedulfo
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				
16				
17				
18				
19				
20				
21				
22				
23				
24				
25				
26				
27				
28				
29				
30				

Observaciones:

Nombre	Firma
DIANA ALEJANDRA LEON R	DIANA ALEJANDRA LEON

5122

Sistema de Gestión de la Seguridad Y Salud en el Trabajo

FORMATO: **DE REGISTRO DE ASISTENCIA**

SG-SST CONTRATO N°2028 "REHABILITACIÓN DE PARQUES EN DIFERENTES BARRIOS EN EL MUNICIPIO DE VILLAVICENCIO"

VILLAVICENCIO META | Parque recinto | 24 | 06 | 2025

Charla de seguridad	
Reuniones de Seguridad y Salud en el Trabajo	☑

Cuidado Ambiental

1	Cruz Zuniga Jhon Berlitz	1118556213	Asistente	Jhon
2	Leal Amigo Ricardo A	17249720	Asistente	Ricardo
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				
16				
17				
18				
19				
20				
21				
22				
23				
24				
25				
26				
27				
28				
29				
30				

Observaciones:

Nombre	Firma
DIANA ALEJANDRA LEÓN	DIANA ALEJANDRA LEÓN

5123

Sistema de Gestión de la Seguridad Y Salud en el Trabajo

FORMATO: **DE REGISTRO DE ASISTENCIA**

SG-SST CONTRATO N°2028 "REHABILITACIÓN DE PARQUES EN DIFERENTES BARRIOS EN EL MUNICIPIO DE VILLAVICENCIO"

VILLAVICENCIO META | Parque Ritiro | 30 | 06 | 2026

Charla de seguridad

Reuniones de Seguridad y Salud en el Trabajo | X | Prevención caídas Suelos Humidos

1	Arias Guilleros argemiro	19015702	Ayudante	argemiro
2	Campos Ramirez adolfo	7560450	maestro	adolfo
3	Campos Guiterrez Bretan	1121895990	Ayudante	Bretan
4	Castro acosta rafael	17346707	maestro	rafael
5	Montaño orduña Jacquelin	1001287717	Aministracion	Jacquelin
6	Pustra Baena luz Elena	1063590096	Auxiliar SST	luz Estela
7	rodriguez Suarez clara Alicia	40401583	residente obra	clara
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				
16				
17				
18				
19				
20				
21				
22				
23				
24				
25				
26				
27				
28				
29				
30				

Observaciones:

Nombre	Firma
DIANA ALEJANDRA León P	DIANA ALEJANDRA León

5124

	Sistema de Gestión de la Seguridad Y Salud en el Trabajo				
	FORMATO:	**DE REGISTRO DE ASISTENCIA**			
	SG-SST CONTRATO N°2928 "REHABILITACIÓN DE PARQUES EN DIFERENTES BARRIOS EN EL MUNICIPIO DE VILLAVICENCIO"				
VILLAVICENCIO META	Parque rding		08	07	2025
Charla de seguridad					
Reuniones de Seguridad y Salud en el Trabajo	X	Protección respiratoria			

1	Cruz Rumal Jhon Berlis	1118556213	Apoio SST	Jhon Cruz	
2	Leal Urrego Ricardo Antonio	17319920	maestro general	Antonio Leal	
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					
11					
12					
13					
14					
15					
16					
17					
18					
19					
20					
21					
22					
23					
24					
25					
26					
27					
28					
29					
30					

Observaciones:

Nombre	Firma
DIANA ALEJANDRA LEÓN	DIANA ALEJANDRA L.

5125

Sistema de Gestión de la Seguridad Y Salud en el Trabajo

FORMATO: DE REGISTRO DE ASISTENCIA

SG-SST CONTRATO N°2928 "REHABILITACIÓN DE PARQUES EN DIFERENTES BARRIOS EN EL MUNICIPIO DE VILLAVICENCIO"

VILLAVICENCIO META	Parque retiro	14	07	25

Charla de seguridad: X

Reuniones de Seguridad y Salud en el Trabajo:

Sensibilización de seguridad

1	Cruz Everardo Jhon Bustos	1118555213	Apoyo SST	Jhon Cruz
2	Leal Cerrito Ricardo Antonio	17199220	Auxiliar Ambiental	Antonio Leal
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				
16				
17				
18				
19				
20				
21				
22				
23				
24				
25				
26				
27				
28				
29				
30				

Observaciones:

Nombre	Firma
DIANA ALEJANDRA LEÓN L	DIANA ALEJANDRA L

576

	Sistema de Gestión de la Seguridad Y Salud en el Trabajo				
	FORMATO: DE REGISTRO DE ASISTENCIA				
	SG-SST CONTRATO N°2928 "REHABILITACIÓN DE PARQUES EN DIFERENTES BARRIOS EN EL MUNICIPIO DE VILLAVICENCIO"				
VILLAVICENCIO META	Parque Retiro		22	07	2025
Charla de seguridad					
Reuniones de Seguridad y Salud en el Trabajo	X	mantenimiento seguro de equipos			

1	Cruz Jumed Jhon Avelino	1118556113	Apoyo SST	Jhon Cruz	
2	Leal Urrego Ricardo Antonio	1299120	mantto	Ricardo Leal	
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					
11					
12					
13					
14					
15					
16					
17					
18					
19					
20					
21					
22					
23					
24					
25					
26					
27					
28					
29					
30					

Observaciones:

Nombre	Firma
DIANA ALEJANDRA LEON.P	DIANA ALEJANDRA L.

5127

	Sistema de Gestión de la Seguridad Y Salud en el Trabajo
	FORMATO: DE REGISTRO DE ASISTENCIA
	SG-SST CONTRATO N°2928 "REHABILITACIÓN DE PARQUES EN DIFERENTES BARRIOS EN EL MUNICIPIO DE VILLAVICENCIO"

VILLAVICENCIO META	Parque macarena	28	07	2025

Charla de seguridad		Ruido y Vibraciones
Reuniones de Seguridad y Salud en el Trabajo	X	

1	Argemiro arias Quintero	19 015 302	Atudante	argemiro
2	Florentino martinez hico	12584 326	Atudante	florentino
3	rafael castro acosta	17 346 207	maestro	rafael
4	adolfo campos muñoz	7 560 950	maestro	adolfo
5	wilson varios fuquen	79 693 185	Atudante	wilson
6	Orlando Tacha Garcias	86 092 707	Atudante	orlando
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				
16				
17				
18				
19				
20				
21				
22				
23				
24				
25				
26				
27				
28				
29				
30				

Observaciones:

Nombre	Firma
DIANA ALEJANDRA LEON P.	DIANA ALEJANDRA L.

Sistema de Gestión de la Seguridad Y Salud en el Trabajo

FORMATO: **DE REGISTRO DE ASISTENCIA**

SG-SST CONTRATO N°2928 "REHABILITACIÓN DE PARQUES EN DIFERENTES BARRIOS EN EL MUNICIPIO DE VILLAVICENCIO"

VILLAVICENCIO META | Parque mi carina | 08 | 09 | 2023

Charla de seguridad	X	Pausas activas
Reuniones de Seguridad y Salud en el Trabajo		

1	Rodriguez Gutierrez Clara Alicia	40400583	residente de obra	Clara rodriguez
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				
16				
17				
18				
19				
20				
21				
22				
23				
24				
25				
26				
27				
28				
29				
30				

Observaciones:

Nombre	Firma
DIANA ALEJANDRA LOPEZ P	DIANA ALEJANDRA L

518

Sistema de Gestión de la Seguridad Y Salud en el Trabajo

FORMATO: **DE REGISTRO DE ASISTENCIA**

SG-SST CONTRATO N°2028 "REHABILITACIÓN DE PARQUES EN DIFERENTES BARRIOS EN EL MUNICIPIO DE VILLAVICENCIO"

VILLAVICENCIO META	Parque Retiro	29	11	2025

Charla de seguridad	
Reuniones de Seguridad y Salud en el Trabajo	X

Riesgo Eléctrico

1	Campos muñoz adolfo	7560950	maestro	Adolfo
2	castro acosta rafael	17346307	maestro	rafael
3	Punto brinda luz Estiva	1063590090	Auxiliar SST	LUZ ESTIVA
4	Rodriguez Gustavo Clara Alicia	9010 9583	Practicante Apoyo en obra	CLARA ALICIA
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				
16				
17				
18				
19				
20				
21				
22				
23				
24				
25				
26				
27				
28				
29				
30				

Observaciones:

Nombre	Firma
DIANA ALEJANDRA LEON P	DIANA ALEJANDRA

Sistema de Gestión de la Seguridad Y Salud en el Trabajo

FORMATO: DE REGISTRO DE ASISTENCIA

SG-SST CONTRATO N°2928 "REHABILITACIÓN DE PARQUES EN DIFERENTES BARRIOS EN EL MUNICIPIO DE VILLAVICENCIO"

VILLAVICENCIO META	Parque macarena	13	12	2025

Charla de seguridad

Reuniones de Seguridad y Salud en el Trabajo

Proteccion de la piel

1	Arias Gualteros Argemiro	19015302	Atudante	Argemiro
2	Barreto Parathora Jthan C	1121 82 952	Atudante	Jthan
3	Barreto Rivera Fanni Yoyana	1121 846223	Atudante	Fanni
4	Cabrera Sanchez ricardo E	6031135	Atudante	ricardo
5	Campos munoz adolfo	7560450	maestro	adolfo
6	Campos Gutierrez Brayan S	1121 895440	Atudante	Brayan
7	Castro agudelo rafael	17346307	maestro	rafael
8	Diaz ramirez ricardo raul	86076 5755	Atudante	raul
9	Guevara Estrada wilian A	8607 2277	Atudante	wilian
10	Leal urrego oscar	17388436	Atudante	oscar
11	Lombana murillo cumbe	8607 1353	Atudante	murillo
12	montero ortiz Jacquelin	1001287317	Apoyo manejo	Jacquelin
13	Puerta bravo luz Estela	1063590090	Auxiliar SST	Luz Estela
14	Rodriguez guerrero clara A	40104583	residente de	clara Alicia
15				
16				
17				
18				
19				
20				
21				
22				
23				
24				
25				
26				
27				
28				
29				
30				

Observaciones:

Nombre	Firma
DIANA ALEJANDRA LEON P	DIANA ALEJANDRA L

Sistema de Gestión de la Seguridad Y Salud en el Trabajo

FORMATO: DE REGISTRO DE ASISTENCIA

SG-SST CONTRATO N°2928 "REHABILITACIÓN DE PARQUES EN DIFERENTES BARRIOS EN EL MUNICIPIO DE VILLAVICENCIO"

VILLAVICENCIO META | Pq. Quiratiro | 20 | 12 | 2023

Charla de seguridad	
Reuniones de Seguridad y Salud en el Trabajo	X

Protección Auditiva

1	Arias Eduardo argemiro	19 0153 62	Ayudante	argemiro
2	Campos muñoz adolfo	75 60 150	maestro	adolfo
3	Campos Gutierrez Bretan S	1121895 440	Ayudante	Bretan
4	castro acosta rafael	17346307	maestro	rafael
5	Leal amigo cesar	1738884736	Ayudante	cesar
6	montaño ordoñez Jacquelin D	1001287717	Apoyo Administrativo	Jacquelin
7	Ruata brisa Luz Edith	1063590090	auxiliar SST	Luz Edith
8	Rodriguez Navarro Clara alicia	40405583	Residente Ambiental	clara alicia
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				
16				
17				
18				
19				
20				
21				
22				
23				
24				
25				
26				
27				
28				
29				
30				

Observaciones:

Nombre	Firma
DIANA ALEJANDRA LEÓN P	DIANA ALEJANDRA LEÓN P

NIT: 901.892.095-4

NOMBRES Y APELLIDOS Cesar Leal Amigo

CARGO: maestro **CÉDULA DE CIUADADANIA No** 17388436

Para efectos de la protección personal, en cumplimiento del Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo, **EL TRABAJADOR** deja expresa constancia que **EL EMPLEADOR**, le hace entrega de los siguientes elementos de protección personal- EPP, aceptando que su uso es OBLIGATORIO y se comprometo a mantenerlos en buen estado durante el tiempo de vida útil de mis elementos.

FECHA	ARTÍCULO	CANT.	TALLA	OBSERVACIONES (Entrega- Devuelve)	FIRMA
1-12-25	casco	1	N/A	Entrega	Cesar
1-12-25	guantes	1 par	10	Entrega	Cesar
1-12-25	gafas	1	N/A	Entrega	Cesar
1-12-25	tapa oidos	1	N/A	Entrega	Cesar

EL TRABAJOR, declara haber recibido los elementos de protección personal-EPP, en buen estado siendo implementos especiales de trabajo y de acuerdo con las Normas de Seguridad y Salud en el Trabajo, se compromete a utilizarlos adecamente como mecanismo de protección personal contra cualquier eventual riesgo, manteniéndolos limpios y en buenas condiciones, también manifiesta que conoce su uso y le han proporcionado la correspondiente capacitación.

Las partes establecen que EL TRABAJADR, se obliga para con EL EMPLEADOR a usar adecuadamente los elementos de protección personal-EPP y así mismo de acuerdo con las circulares y/o avisos y a reclamar oportunamente estos EPP, caso en contrario EL TRABAJADOR exonera de cualquier responsabilidad AL EMPLEADOR, pudiendo este aplicar las respectivas medidas de carácter laboral.

Las partes estipulan que en caso de extravió y/o deterioro por uso normal, EL TRABAJADOR se compromete a informar al responsable de SST, sobre los EPP, para obtener el reemplazo. Así mismo, al extraviarse o deteriorarse algún EPP por descuido o culpa DEL TRABAJADOR, éste deja en libertad AL EMPLEADOR para aplicar las respectivas medidas de carácter laboral.

Cesar Leal Amigo
FIRMA DEL TRABAJADOR
C.C. No 17388436

Diana Alejandra L
FIRMA DEL RESPONSABLE DE LA ENTREGA
C.C. No 1121 920 784

5128

NIT: 901.892.095-4

NOMBRES Y APELLIDOS DIAZ ramirez yinnu raul

CARGO: Aprendiz **CÉDULA DE CIUADADANIA No** 86065755

Para efectos de la protección personal, en cumplimiento del Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo, **EL TRABAJADOR** deja expresa constancia que **EL EMPLEADOR**, le hace entrega de los siguientes elementos de protección personal- EPP, aceptando que su uso es OBLIGATORIO y se compromete a mantenerlos en buen estado durante el tiempo de vida útil de mis elementos.

FECHA	ARTÍCULO	CANT.	TALLA	OBSERVACIONES (Entrega- Devuelve)	FIRMA
1-12-25	casco	1	N/A	Entrega	yinnu
1-12-25	guantes	1 par	10	Entrega	yinnu
1-12-25	gafas	1	N/A	Entrega	yinnu
1-12-25	tapa oido	1	N/A	Entrega	yinnu

EL TRABAJOR, declara haber recibido los elementos de protección personal-EPP, en buen estado siendo implementos especiales de trabajo y de acuerdo con las Normas de Seguridad y Salud en el Trabajo, se compromete a utilizarlos adecamente como mecanismo de protección personal contra cualquier eventual riesgo, manteniéndolos limpios y en buenas condiciones, también manifiesta que conoce su uso y le han proporcionado la correspondiente capacitación.

Las partes establecen que EL TRABAJADR, se obliga para con EL EMPLEADOR a usar adecuadamente los elementos de protección personal-EPP y así mismo de acuerdo con las circulares y/o avisos y a reclamar oportunamente estos EPP, caso en contrario EL TRABAJADOR exonera de cualquier responsabilidad AL EMPLEADOR, pudiendo este aplicar las respectivas medidas de carácter laboral.

Las partes estipulan que en caso de extravió y/o deterioro por uso normal, EL TRABAJADOR se compromete a informar al responsable de SST, sobre los EPP, para obtener el reemplazo. Así mismo, al extraviarse o deteriorarse algún EPP por descuido o culpa DEL TRABAJADOR, éste deja en libertad AL EMPLEADOR para aplicar las respectivas medidas de carácter laboral.

Diaz ramirez yinnu raul
FIRMA DEL TRABAJADOR
C.C. No 86065755

DIANA ALEJANDRA L
FIRMA DEL RESPONSABLE DE LA ENTREGA
C.C. No 1121940784

5189

NIT: 901.892.095-4

NOMBRES Y APELLIDOS Carlos Gutierrez Bratan SNIPU

CARGO: Ayudante **CÉDULA DE CIUADADANIA No** 1121845440

Para efectos de la protección personal, en cumplimiento del Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo, **EL TRABAJADOR** deja expresa constancia que **EL EMPLEADOR**, le hace entrega de los siguientes elementos de protección personal- EPP, aceptando que su uso es OBLIGATORIO y se comprometo a mantenerlos en buen estado durante el tiempo de vida útil de mis elementos.

FECHA	ARTÍCULO	CANT.	TALLA	OBSERVACIONES (Entrega- Devuelve)	FIRMA
1-12-25	casco	1	N/A	Entrega	Bratan
1-12-25	guantes	1 par	L0	Entrega	Bratan
1-12-25	gafa	1	N/A	Entrega	Bratan
1-12-25	tapa oído	1	N/A	Entrega	bratan

EL TRABAJOR, declara haber recibido los elementos de protección personal-EPP, en buen estado siendo implementos especiales de trabajo y de acuerdo con las Normas de Seguridad y Salud en el Trabajo, se compromete a utilizarlos adecamente como mecanismo de protección personal contra cualquier eventual riesgo, manteniéndolos limpios y en buenas condiciones, también manifiesta que conoce su uso y le han proporcionado la correspondiente capacitación.

Las partes establecen que EL TRABAJADR, se obliga para con EL EMPLEADOR a usar adecuadamente los elementos de protección personal-EPP y así mismo de acuerdo con las circulares y/o avisos y a reclamar oportunamente estos EPP, caso en contrario EL TRABAJADOR exonera de cualquier responsabilidad AL EMPLEADOR, pudiendo este aplicar las respectivas medidas de carácter laboral.

Las partes estipulan que en caso de extravió y/o deterioro por uso normal, EL TRABAJADOR se compromete a informar al responsable de SST, sobre los EPP, para obtener el reemplazo. Así mismo, al extraviarse o deteriorarse algún EPP por descuido o culpa DEL TRABAJADOR, éste deja en libertad AL EMPLEADOR para aplicar las respectivas medidas de carácter laboral.

Bratan Gutierrez Carlos
FIRMA DEL TRABAJADOR
C.C. No

Diana Alejandra L
FIRMA DEL RESPONSABLE DE LA ENTREGA
C.C. No 1121 960 784

5190

NIT: 901.892.095-4

NOMBRES Y APELLIDOS Danilo Rivera Kenny Rogers

CARGO: Auxiliar **CÉDULA DE CIUADADANIA No** 1121846223

Para efectos de la protección personal, en cumplimiento del Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo, **EL TRABAJADOR** deja expresa constancia que **EL EMPLEADOR**, le hace entrega de los siguientes elementos de protección personal- EPP, aceptando que su uso es OBLIGATORIO y se comprometo a mantenerlos en buen estado durante el tiempo de vida útil de mis elementos.

FECHA	ARTÍCULO	CANT.	TALLA	OBSERVACIONES (Entrega- Devuelve)	FIRMA
1-12-25	casco	1	N/A	Entrega	Kenny
1-12-25	guantes	1 par	10	Entrega	Kenny
1-12-25	gafa	1	N/A	Entrega	Kenny
1-12-25	tapa oido	1	N/A	Entrega	Kenny

EL TRABAJOR, declara haber recibido los elementos de protección personal-EPP, en buen estado siendo implementos especiales de trabajo y de acuerdo con las Normas de Seguridad y Salud en el Trabajo, se compromete a utilizarlos adecamente como mecanismo de protección personal contra cualquier eventual riesgo, manteniéndolos limpios y en buenas condiciones, también manifiesta que conoce su uso y le han proporcionado la correspondiente capacitación.

Las partes establecen que EL TRABAJADR, se obliga para con EL EMPLEADOR a usar adecuadamente los elementos de protección personal-EPP y así mismo de acuerdo con las circulares y/o avisos y a reclamar oportunamente estos EPP, caso en contrario EL TRABAJADOR exonera de cualquier responsabilidad AL EMPLEADOR, pudiendo este aplicar las respectivas medidas de carácter laboral.

Las partes estipulan que en caso de extravió y/o deterioro por uso normal, EL TRABAJADOR se compromete a informar al responsable de SST, sobre los EPP, para obtener el reemplazo. Así mismo, al extraviarse o deteriorarse algún EPP por descuido o culpa DEL TRABAJADOR, éste deja en libertad AL EMPLEADOR para aplicar las respectivas medidas de carácter laboral.

Kenny Rogers Rivera
FIRMA DEL TRABAJADOR
C.C. No 1121846223

FIRMA DEL RESPONSABLE DE LA ENTREGA
C.C. No 1121 920 384

NIT: 901.892.095-4

NOMBRES Y APELLIDOS Adolfo campos muñoz

CARGO: maestro **CÉDULA DE CIUADADANIA No** 7.560.450

Para efectos de la protección personal, en cumplimiento del Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo, **EL TRABAJADOR** deja expresa constancia que **EL EMPLEADOR**, le hace entrega de los siguientes elementos de protección personal- EPP, aceptando que su uso es OBLIGATORIO y se comprometo a mantenerlos en buen estado durante el tiempo de vida útil de mis elementos.

FECHA	ARTÍCULO	CANT.	TALLA	OBSERVACIONES (Entrega- Devuelve)	FIRMA
20-10-25	guantes	1	10	Entrega	Adolfo
20-10-25	gafas	1	no Aplica	Entrega	Adolfo
20-10-25	tapa oidos	1	no Aplica	Entrega	Adolfo
20-10-25	botas	1	37	Entrega	Adolfo
20-10-25	camisa	1	m	Entrega	Adolfo
20-10-25	pantalon	1	12	Entrega	Adolfo

EL TRABAJOR, declara haber recibido los elementos de protección personal-EPP, en buen estado siendo implementos especiales de trabajo y de acuerdo con las Normas de Seguridad y Salud en el Trabajo, se compromete a utilizarlos adecamente como mecanismo de protección personal contra cualquier eventual riesgo, manteniéndolos limpios y en buenas condiciones, también manifiesta que conoce su uso y le han proporcionado la correspondiente capacitación.

Las partes establecen que EL TRABAJADR, se obliga para con EL EMPLEADOR a usar adecuadamente los elementos de protección personal-EPP y así mismo de acuerdo con las circulares y/o avisos y a reclamar oportunamente estos EPP, caso en contrario EL TRABAJADOR exonera de cualquier responsabilidad AL EMPLEADOR, pudiendo este aplicar las respectivas medidas de carácter laboral.

Las partes estipulan que en caso de extravió y/o deterioro por uso normal, EL TRABAJADOR se compromete a informar al responsable de SST, sobre los EPP, para obtener el reemplazo. Así mismo, al extraviarse o deteriorarse algún EPP por descuido o culpa DEL TRABAJADOR, éste deja en libertad AL EMPLEADOR para aplicar las respectivas medidas de carácter laboral.

Adolfo campos muñoz
FIRMA DEL TRABAJADOR
C.C. No

DIANA ALEJANDRA LEON
FIRMA DEL RESPONSABLE DE LA ENTREGA
C.C. No

5192

NIT: 901.892.095-4

NOMBRES Y APELLIDOS Barrio Barahona Jhan Carlos

CARGO: Auxiliar **CÉDULA DE CIUADADANIA No** 1121831952

Para efectos de la protección personal, en cumplimiento del Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo, **EL TRABAJADOR** deja expresa constancia que **EL EMPLEADOR**, le hace entrega de los siguientes elementos de protección personal- EPP, aceptando que su uso es OBLIGATORIO y se comprometo a mantenerlos en buen estado durante el tiempo de vida útil de mis elementos.

FECHA	ARTÍCULO	CANT.	TALLA	OBSERVACIONES (Entrega- Devuelve)	FIRMA
1-12-25	casco	1	N/A	entrega	Jhann
1-12-25	guantes	1par	L0	entrega	Jhann
1-12-25	gafas	1	N/A	entrega	Jhann
1-12-25	tapa oidos	1	N/A	entrega	Jhann

EL TRABAJOR, declara haber recibido los elementos de protección personal-EPP, en buen estado siendo implementos especiales de trabajo y de acuerdo con las Normas de Seguridad y Salud en el Trabajo, se compromete a utilizarlos adecamente como mecanismo de protección personal contra cualquier eventual riesgo, manteniéndolos limpios y en buenas condiciones, también manifiesta que conoce su uso y le han proporcionado la correspondiente capacitación.

Las partes establecen que EL TRABAJADR, se obliga para con EL EMPLEADOR a usar adecuadamente los elementos de protección personal-EPP y así mismo de acuerdo con las circulares y/o avisos y a reclamar oportunamente estos EPP, caso en contrario EL TRABAJADOR exonera de cualquier responsabilidad AL EMPLEADOR, pudiendo este aplicar las respectivas medidas de carácter laboral.

Las partes estipulan que en caso de extravió y/o deterioro por uso normal, EL TRABAJADOR se compromete a informar al responsable de SST, sobre los EPP, para obtener el reemplazo. Así mismo, al extraviarse o deteriorarse algún EPP por descuido o culpa DEL TRABAJADOR, éste deja en libertad AL EMPLEADOR para aplicar las respectivas medidas de carácter laboral.

Jhan carlos Barrio
FIRMA DEL TRABAJADOR
C.C. No 1121831952

Diana Alejandra L
FIRMA DEL RESPONSABLE DE LA ENTREGA
C.C. No 1121920784

5193

NIT: 901.892.095-4

NOMBRES Y APELLIDOS Cruz Tumal JHon Berlitz

CARGO: Ayudante **CÉDULA DE CIUADADANIA No** 1118556217

Para efectos de la protección personal, en cumplimiento del Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo, **EL TRABAJADOR** deja expresa constancia que **EL EMPLEADOR**, le hace entrega de los siguientes elementos de protección personal- EPP, aceptando que su uso es OBLIGATORIO y se comprometo a mantenerlos en buen estado durante el tiempo de vida útil de mis elementos.

FECHA	ARTÍCULO	CANT.	TALLA	OBSERVACIONES (Entrega- Devuelve)	FIRMA
14-07-25	casco	1	N/A	entrega	JHon
14-07-25	guantes	1 par	10	entrega	JHon
14-07-25	gafas	1	N/A	entrega	JHon
14-07-25	ruka oi dos cara	1	N/A	entrega	JHon

EL TRABAJOR, declara haber recibido los elementos de protección personal-EPP, en buen estado siendo implementos especiales de trabajo y de acuerdo con las Normas de Seguridad y Salud en el Trabajo, se compromete a utilizarlos adecamente como mecanismo de protección personal contra cualquier eventual riesgo, manteniéndolos limpios y en buenas condiciones, también manifiesta que conoce su uso y le han proporcionado la correspondiente capacitación.

Las partes establecen que EL TRABAJADR, se obliga para con EL EMPLEADOR a usar adecuadamente los elementos de protección personal-EPP y así mismo de acuerdo con las circulares y/o avisos y a reclamar oportunamente estos EPP, caso en contrario EL TRABAJADOR exonera de cualquier responsabilidad AL EMPLEADOR, pudiendo este aplicar las respectivas medidas de carácter laboral.

Las partes estipulan que en caso de extravió y/o deterioro por uso normal, EL TRABAJADOR se compromete a informar al responsable de SST, sobre los EPP, para obtener el reemplazo. Así mismo, al extraviarse o deteriorarse algún EPP por descuido o culpa DEL TRABAJADOR, éste deja en libertad AL EMPLEADOR para aplicar las respectivas medidas de carácter laboral.

JHon Berlitz Cruz Tumal
FIRMA DEL TRABAJADOR
C.C. No 1118 556 217

DIANA ALEJANDRA L.
FIRMA DEL RESPONSABLE DE LA ENTREGA
C.C. No 1121 920 784

5194

NIT: 901.892.095-4

NOMBRES Y APELLIDOS Luis Amigo Ricardo Antonio

CARGO: Ayudante **CÉDULA DE CIUADADANIA No** 1734920

Para efectos de la protección personal, en cumplimiento del Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo, **EL TRABAJADOR** deja expresa constancia que **EL EMPLEADOR**, le hace entrega de los siguientes elementos de protección personal- EPP, aceptando que su uso es OBLIGATORIO y se comprometo a mantenerlos en buen estado durante el tiempo de vida útil de mis elementos.

FECHA	ARTÍCULO	CANT.	TALLA	OBSERVACIONES (Entrega- Devuelve)	FIRMA
14-07-25	casco	1	N/A	Entrega	Antonio
14-07-25	guantes	1 par	10	Entrega	Antonio
14-07-25	gafas	1	N/A	Entrega	Antonio
14-07-25	tapa oidos copa	1	N/A	Entrega	Antonio

EL TRABAJOR, declara haber recibido los elementos de protección personal-EPP, en buen estado siendo implementos especiales de trabajo y de acuerdo con las Normas de Seguridad y Salud en el Trabajo, se compromete a utilizarlos adecamente como mecanismo de protección personal contra cualquier eventual riesgo, manteniéndolos limpios y en buenas condiciones, también manifiesta que conoce su uso y le han proporcionado la correspondiente capacitación.

Las partes establecen que EL TRABAJADR, se obliga para con EL EMPLEADOR a usar adecuadamente los elementos de protección personal-EPP y así mismo de acuerdo con las circulares y/o avisos y a reclamar oportunamente estos EPP, caso en contrario EL TRABAJADOR exonera de cualquier responsabilidad AL EMPLEADOR, pudiendo este aplicar las respectivas medidas de carácter laboral.

Las partes estipulan que en caso de extravió y/o deterioro por uso normal, EL TRABAJADOR se compromete a informar al responsable de SST, sobre los EPP, para obtener el reemplazo. Así mismo, al extraviarse o deteriorarse algún EPP por descuido o culpa DEL TRABAJADOR, éste deja en libertad AL EMPLEADOR para aplicar las respectivas medidas de carácter laboral.

Ricardo antonio luis amigo
FIRMA DEL TRABAJADOR
C.C. No 1734920

DIANA ALEJANDRA L
FIRMA DEL RESPONSABLE DE LA ENTREGA
C.C. No 1121'920'784

NIT: 901.892.095-4

NOMBRES Y APELLIDOS Lombana murillo campo Elias

CARGO: Aydante **CÉDULA DE CIUADADANIA No** 86071353

Para efectos de la protección personal, en cumplimiento del Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo, **EL TRABAJADOR** deja expresa constancia que **EL EMPLEADOR**, le hace entrega de los siguientes elementos de protección personal- EPP, aceptando que su uso es OBLIGATORIO y se compromete a mantenerlos en buen estado durante el tiempo de vida útil de mis elementos.

FECHA	ARTÍCULO	CANT.	TALLA	OBSERVACIONES (Entrega- Devuelve)	FIRMA
1-12-25	casco	1	N/A	Entrega	Elias
1-12-25	guantes	1par	10	Entrega	Elias
1-12-25	gafa	1	N/A	Entrega.	Elias
1-12-25	tapaoido	1	N/A	Entrega.	Elias

EL TRABAJOR, declara haber recibido los elementos de protección personal-EPP, en buen estado siendo implementos especiales de trabajo y de acuerdo con las Normas de Seguridad y Salud en el Trabajo, se compromete a utilizarlos adecamente como mecanismo de protección personal contra cualquier eventual riesgo, manteniéndolos limpios y en buenas condiciones, también manifiesta que conoce su uso y le han proporcionado la correspondiente capacitación.

Las partes establecen que EL TRABAJADR, se obliga para con EL EMPLEADOR a usar adecuadamente los elementos de protección personal-EPP y así mismo de acuerdo con las circulares y/o avisos y a reclamar oportunamente estos EPP, caso en contrario EL TRABAJADOR exonera de cualquier responsabilidad AL EMPLEADOR, pudiendo este aplicar las respectivas medidas de carácter laboral.

Las partes estipulan que en caso de extravió y/o deterioro por uso normal, EL TRABAJADOR se compromete a informar al responsable de SST, sobre los EPP, para obtener el reemplazo. Así mismo, al extraviarse o deteriorarse algún EPP por descuido o culpa DEL TRABAJADOR, éste deja en libertad AL EMPLEADOR para aplicar las respectivas medidas de carácter laboral.

Elias campo murillo
FIRMA DEL TRABAJADOR
C.C. No 86071353

Diana Alejandra L
FIRMA DEL RESPONSABLE DE LA ENTREGA
C.C. No 1121 920 784

5196

NIT: 901.892.095-4

NOMBRES Y APELLIDOS Rafael castro acosta

CARGO: maestro **CÉDULA DE CIUADADANIA No** 17 346 307

Para efectos de la protección personal, en cumplimiento del Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo, **EL TRABAJADOR** deja expresa constancia que **EL EMPLEADOR**, le hace entrega de los siguientes elementos de protección personal- EPP, aceptando que su uso es OBLIGATORIO y se comprometo a mantenerlos en buen estado durante el tiempo de vida útil de mis elementos.

FECHA	ARTÍCULO	CANT.	TALLA	OBSERVACIONES (Entrega- Devuelve)	FIRMA
3-11-25	guantes	1	10	Entrega	Rafael
3-11-25	gafas	1	no Aplica	Entrega	Rafael
3-11-25	tapa oidos copa	1	no Aplica	Entrega	Rafael
3-11-25	botas	1	38	Entrega	Rafael
3-11-25	camisa	1	M	Entrega	Rafael
3-11-25	pantalon	1	32	Entrega	Rafael

EL TRABAJOR, declara haber recibido los elementos de protección personal-EPP, en buen estado siendo implementos especiales de trabajo y de acuerdo con las Normas de Seguridad y Salud en el Trabajo, se compromete a utilizarlos adecamente como mecanismo de protección personal contra cualquier eventual riesgo, manteniéndolos limpios y en buenas condiciones, también manifiesta que conoce su uso y le han proporcionado la correspondiente capacitación.

Las partes establecen que EL TRABAJADR, se obliga para con EL EMPLEADOR a usar adecuadamente los elementos de protección personal-EPP y así mismo de acuerdo con las circulares y/o avisos y a reclamar oportunamente estos EPP, caso en contrario EL TRABAJADOR exonera de cualquier responsabilidad AL EMPLEADOR, pudiendo este aplicar las respectivas medidas de carácter laboral.

Las partes estipulan que en caso de extravió y/o deterioro por uso normal, EL TRABAJADOR se compromete a informar al responsable de SST, sobre los EPP, para obtener el reemplazo. Así mismo, al extraviarse o deteriorarse algún EPP por descuido o culpa DEL TRABAJADOR, éste deja en libertad AL EMPLEADOR para aplicar las respectivas medidas de carácter laboral.

Rafael castro acosta
FIRMA DEL TRABAJADOR
C.C. No

DIANA ALEJANDRA LEON
FIRMA DEL RESPONSABLE DE LA ENTREGA
C.C. No

5197

NIT: 901.892.095-4

NOMBRES Y APELLIDOS Cesar Leal Amigo Cesar

CARGO: maestro **CÉDULA DE CIUADADANIA No** 17388436

Para efectos de la protección personal, en cumplimiento del Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo, **EL TRABAJADOR** deja expresa constancia que **EL EMPLEADOR**, le hace entrega de los siguientes elementos de protección personal- EPP, aceptando que su uso es OBLIGATORIO y se compromete a mantenerlos en buen estado durante el tiempo de vida útil de mis elementos.

FECHA	ARTÍCULO	CANT.	TALLA	OBSERVACIONES (Entrega- Devuelve)	FIRMA
1-12-25	casco	1	NIA	Entrega	Cesar
1-12-25	Guantes	1par	10	Entrega	Cesar
1-12-25	gafa	1	NIA	Entrega	Cesar
1-12-25	tapa oido	1	NIA	Entrega	Cesar

EL TRABAJOR, declara haber recibido los elementos de protección personal-EPP, en buen estado siendo implementos especiales de trabajo y de acuerdo con las Normas de Seguridad y Salud en el Trabajo, se compromete a utilizarlos adecamente como mecanismo de protección personal contra cualquier eventual riesgo, manteniéndolos limpios y en buenas condiciones, también manifiesta que conoce su uso y le han proporcionado la correspondiente capacitación.

Las partes establecen que EL TRABAJADR, se obliga para con EL EMPLEADOR a usar adecuadamente los elementos de protección personal-EPP y así mismo de acuerdo con las circulares y/o avisos y a reclamar oportunamente estos EPP, caso en contrario EL TRABAJADOR exonera de cualquier responsabilidad AL EMPLEADOR, pudiendo este aplicar las respectivas medidas de carácter laboral.

Las partes estipulan que en caso de extravió y/o deterioro por uso normal, EL TRABAJADOR se compromete a informar al responsable de SST, sobre los EPP, para obtener el reemplazo. Así mismo, al extraviarse o deteriorarse algún EPP por descuido o culpa DEL TRABAJADOR, éste deja en libertad AL EMPLEADOR para aplicar las respectivas medidas de carácter laboral.

Cesar Leal Amigo
FIRMA DEL TRABAJADOR
C.C. No 17388436

DIANA ALEJANDRA L
FIRMA DEL RESPONSABLE DE LA ENTREGA
C.C. No 1121 920 784

518

NIT: 901.892.095-4

NOMBRES Y APELLIDOS Argemiro Guevara

CARGO: Ayudante **CÉDULA DE CIUADADANIA No** 1901502

Para efectos de la protección personal, en cumplimiento del Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo, **EL TRABAJADOR** deja expresa constancia que **EL EMPLEADOR**, le hace entrega de los siguientes elementos de protección personal- EPP, aceptando que su uso es OBLIGATORIO y se comprometo a mantenerlos en buen estado durante el tiempo de vida útil de mis elementos.

FECHA	ARTÍCULO	CANT.	TALLA	OBSERVACIONES (Entrega- Devuelve)	FIRMA
1-11-25	casco	1	N/A	entrega	Argemiro
1-11-25	guante	1par	10	entrega	Argemiro
1-11-25	gafa	1	N/A	entrega	Argemiro
1-11-25	tapa oido	1	N/A	entrega	Argemiro

EL TRABAJOR, declara haber recibido los elementos de protección personal-EPP, en buen estado siendo implementos especiales de trabajo y de acuerdo con las Normas de Seguridad y Salud en el Trabajo, se compromete a utilizarlos adecamente como mecanismo de protección personal contra cualquier eventual riesgo, manteniéndolos limpios y en buenas condiciones, también manifiesta que conoce su uso y le han proporcionado la correspondiente capacitación.

Las partes establecen que EL TRABAJADR, se obliga para con EL EMPLEADOR a usar adecuadamente los elementos de protección personal-EPP y así mismo de acuerdo con las circulares y/o avisos y a reclamar oportunamente estos EPP, caso en contrario EL TRABAJADOR exonera de cualquier responsabilidad AL EMPLEADOR, pudiendo este aplicar las respectivas medidas de carácter laboral.

Las partes estipulan que en caso de extravió y/o deterioro por uso normal, EL TRABAJADOR se compromete a informar al responsable de SST, sobre los EPP, para obtener el reemplazo. Así mismo, al extraviarse o deteriorarse algún EPP por descuido o culpa DEL TRABAJADOR, éste deja en libertad AL EMPLEADOR para aplicar las respectivas medidas de carácter laboral.

Argemiro Guevara
FIRMA DEL TRABAJADOR
C.C. No 1901502

Diana Alejandra L
FIRMA DEL RESPONSABLE DE LA ENTREGA
C.C. No 1121920984

5199

NIT: 901.892.095-4

NOMBRES Y APELLIDOS castro acosta rafael

CARGO: mesero **CÉDULA DE CIUADADANIA No** 17346307

Para efectos de la protección personal, en cumplimiento del Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo, **EL TRABAJADOR** deja expresa constancia que **EL EMPLEADOR**, le hace entrega de los siguientes elementos de protección personal- EPP, aceptando que su uso es OBLIGATORIO y se comprometo a mantenerlos en buen estado durante el tiempo de vida útil de mis elementos.

FECHA	ARTÍCULO	CANT.	TALLA	OBSERVACIONES (Entrega- Devuelve)	FIRMA
18-10-25	casco	1	N/A	Entrega	rafael
18-10-25	guantes	1par	10	Entrega	rafael
18-10-25	gafa	1	N/A	Entrega	rafael
18-10-25	tapa oidos	1	N/A	Entrega.	rafael

EL TRABAJOR, declara haber recibido los elementos de protección personal-EPP, en buen estado siendo implementos especiales de trabajo y de acuerdo con las Normas de Seguridad y Salud en el Trabajo, se compromete a utilizarlos adecamente como mecanismo de protección personal contra cualquier eventual riesgo, manteniéndolos limpios y en buenas condiciones, también manifiesta que conoce su uso y le han proporcionado la correspondiente capacitación.

Las partes establecen que EL TRABAJADR, se obliga para con EL EMPLEADOR a usar adecuadamente los elementos de protección personal-EPP y así mismo de acuerdo con las circulares y/o avisos y a reclamar oportunamente estos EPP, caso en contrario EL TRABAJADOR exonera de cualquier responsabilidad AL EMPLEADOR, pudiendo este aplicar las respectivas medidas de carácter laboral.

Las partes estipulan que en caso de extravió y/o deterioro por uso normal, EL TRABAJADOR se compromete a informar al responsable de SST, sobre los EPP, para obtener el reemplazo. Así mismo, al extraviarse o deteriorarse algún EPP por descuido o culpa DEL TRABAJADOR, éste deja en libertad AL EMPLEADOR para aplicar las respectivas medidas de carácter laboral.

castro acosta rafael
FIRMA DEL TRABAJADOR
C.C. No 17346307

DIANA ALEJANDRA L
FIRMA DEL RESPONSABLE DE LA ENTREGA
C.C. No 1121920784

5200

NIT: 901.892.095-4

NOMBRES Y APELLIDOS Oscar Tovar Edgar Javier

CARGO: Ayudante **CÉDULA DE CIUADADANIA No** 1122 6468 57

Para efectos de la protección personal, en cumplimiento del Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo, **EL TRABAJADOR** deja expresa constancia que **EL EMPLEADOR**, le hace entrega de los siguientes elementos de protección personal- EPP, aceptando que su uso es OBLIGATORIO y se comprometo a mantenerlos en buen estado durante el tiempo de vida útil de mis elementos.

FECHA	ARTÍCULO	CANT.	TALLA	OBSERVACIONES (Entrega- Devuelve)	FIRMA
1-11-25	casco	1	N/A	Entrega	Javier
1-11-25	guantes	1par	10	Entrega	Javier
1-11-25	gafa	1	N/A	Entrega	Javier
1-11-25	Tapa oidos	1	N/A	Entrega	Javier

EL TRABAJOR, declara haber recibido los elementos de protección personal-EPP, en buen estado siendo implementos especiales de trabajo y de acuerdo con las Normas de Seguridad y Salud en el Trabajo, se compromete a utilizarlos adecamente como mecanismo de protección personal contra cualquier eventual riesgo, manteniéndolos limpios y en buenas condiciones, también manifiesta que conoce su uso y le han proporcionado la correspondiente capacitación.

Las partes establecen que EL TRABAJADR, se obliga para con EL EMPLEADOR a usar adecuadamente los elementos de protección personal-EPP y así mismo de acuerdo con las circulares y/o avisos y a reclamar oportunamente estos EPP, caso en contrario EL TRABAJADOR exonera de cualquier responsabilidad AL EMPLEADOR, pudiendo este aplicar las respectivas medidas de carácter laboral.

Las partes estipulan que en caso de extravió y/o deterioro por uso normal, EL TRABAJADOR se compromete a informar al responsable de SST, sobre los EPP, para obtener el reemplazo. Así mismo, al extraviarse o deteriorarse algún EPP por descuido o culpa DEL TRABAJADOR, éste deja en libertad AL EMPLEADOR para aplicar las respectivas medidas de carácter laboral.

Edgar Javier Tovar
FIRMA DEL TRABAJADOR
C.C. No 1122 64 68 57

DIANA ALEJANDRA J
FIRMA DEL RESPONSABLE DE LA ENTREGA
C.C. No 1121 920 784

5201

NIT: 901.892.095-4

NOMBRES Y APELLIDOS William Alexander Ellerbu Guevara

CARGO: Ayudante **CÉDULA DE CIUADADANIA No** 86071222

Para efectos de la protección personal, en cumplimiento del Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo, **EL TRABAJADOR** deja expresa constancia que **EL EMPLEADOR**, le hace entrega de los siguientes elementos de protección personal- EPP, aceptando que su uso es OBLIGATORIO y se comprometo a mantenerlos en buen estado durante el tiempo de vida útil de mis elementos.

FECHA	ARTÍCULO	CANT.	TALLA	OBSERVACIONES (Entrega- Devuelve)	FIRMA
1-11-25	casco	1	N/A	Entrega	william
1-11-25	guantes	1 par	10	Entrega	william
1-11-25	gafas	1	N/A	Entrega	william
1-11-25	tapa oidos	1	N/A	Entrega	william

EL TRABAJOR, declara haber recibido los elementos de protección personal-EPP, en buen estado siendo implementos especiales de trabajo y de acuerdo con las Normas de Seguridad y Salud en el Trabajo, se compromete a utilizarlos adecamente como mecanismo de protección personal contra cualquier eventual riesgo, manteniéndolos limpios y en buenas condiciones, también manifiesta que conoce su uso y le han proporcionado la correspondiente capacitación.

Las partes establecen que EL TRABAJADR, se obliga para con EL EMPLEADOR a usar adecuadamente los elementos de protección personal-EPP y así mismo de acuerdo con las circulares y/o avisos y a reclamar oportunamente estos EPP, caso en contrario EL TRABAJADOR exonera de cualquier responsabilidad AL EMPLEADOR, pudiendo este aplicar las respectivas medidas de carácter laboral.

Las partes estipulan que en caso de extravió y/o deterioro por uso normal, EL TRABAJADOR se compromete a informar al responsable de SST, sobre los EPP, para obtener el reemplazo. Así mismo, al extraviarse o deteriorarse algún EPP por descuido o culpa DEL TRABAJADOR, éste deja en libertad AL EMPLEADOR para aplicar las respectivas medidas de carácter laboral.

William Alexander
FIRMA DEL TRABAJADOR
C.C. No 86071222

DIANA ALEJANDRA L
FIRMA DEL RESPONSABLE DE LA ENTREGA
C.C. No 1121920784

5202

NIT: 901.892.095-4

NOMBRES Y APELLIDOS Florentino martinez rico

CARGO: Ayudante **CÉDULA DE CIUADADANIA No** 12.584 326

Para efectos de la protección personal, en cumplimiento del Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo, **EL TRABAJADOR** deja expresa constancia que **EL EMPLEADOR**, le hace entrega de los siguientes elementos de protección personal- EPP, aceptando que su uso es OBLIGATORIO y se comprometo a mantenerlos en buen estado durante el tiempo de vida útil de mis elementos.

FECHA	ARTÍCULO	CANT.	TALLA	OBSERVACIONES (Entrega- Devuelve)	FIRMA
10-11-25	guantes	1	10	entrega	Florentino
10-11-25	gafas	1	no Aplica	entrega	Florentino
10-11-25	Tapo oidos copa	1	no Aplica	entrega	Florentino
10-11-25	botas	1	39	entrega	Florentino
10-11 25	camisa	1	m	entrega	Florentino
10-11-25	pantalon	1	34	entrega	Florentino

EL TRABAJOR, declara haber recibido los elementos de protección personal-EPP, en buen estado siendo implementos especiales de trabajo y de acuerdo con las Normas de Seguridad y Salud en el Trabajo, se compromete a utilizarlos adecamente como mecanismo de protección personal contra cualquier eventual riesgo, manteniéndolos limpios y en buenas condiciones, también manifiesta que conoce su uso y le han proporcionado la correspondiente capacitación.

Las partes establecen que EL TRABAJADR, se obliga para con EL EMPLEADOR a usar adecuadamente los elementos de protección personal-EPP y así mismo de acuerdo con las circulares y/o avisos y a reclamar oportunamente estos EPP, caso en contrario EL TRABAJADOR exonera de cualquier responsabilidad AL EMPLEADOR, pudiendo este aplicar las respectivas medidas de carácter laboral.

Las partes estipulan que en caso de extravió y/o deterioro por uso normal, EL TRABAJADOR se compromete a informar al responsable de SST, sobre los EPP, para obtener el reemplazo. Así mismo, al extraviarse o deteriorarse algún EPP por descuido o culpa DEL TRABAJADOR, éste deja en libertad AL EMPLEADOR para aplicar las respectivas medidas de carácter laboral.

Florentino martinez
FIRMA DEL TRABAJADOR
C.C. No

DIANA ALEJANDRA LEON
FIRMA DEL RESPONSABLE DE LA ENTREGA
C.C. No

5103

NIT: 901.892.095-4

NOMBRES Y APELLIDOS Ramirez Fuquen wilson edgardo

CARGO: Auxiliar **CÉDULA DE CIUADADANIA No** 79 693 185

Para efectos de la protección personal, en cumplimiento del Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo, **EL TRABAJADOR** deja expresa constancia que **EL EMPLEADOR**, le hace entrega de los siguientes elementos de protección personal- EPP, aceptando que su uso es OBLIGATORIO y se comprometo a mantenerlos en buen estado durante el tiempo de vida útil de mis elementos.

FECHA	ARTÍCULO	CANT.	TALLA	OBSERVACIONES (Entrega- Devuelve)	FIRMA
18-10-25	casco	1	N/A	Entrega	wilson
18-10-25	guantes	1 par	10	entrega	wilson
18-10-25	gafas	1	N/A	entrega	wilson
18-10-25	tapa oidos	1	N/A	entrega	wilson

EL TRABAJOR, declara haber recibido los elementos de protección personal-EPP, en buen estado siendo implementos especiales de trabajo y de acuerdo con las Normas de Seguridad y Salud en el Trabajo, se compromete a utilizarlos adecamente como mecanismo de protección personal contra cualquier eventual riesgo, manteniéndolos limpios y en buenas condiciones, también manifiesta que conoce su uso y le han proporcionado la correspondiente capacitación.

Las partes establecen que EL TRABAJADR, se obliga para con EL EMPLEADOR a usar adecuadamente los elementos de protección personal-EPP y así mismo de acuerdo con las circulares y/o avisos y a reclamar oportunamente estos EPP, caso en contrario EL TRABAJADOR exonera de cualquier responsabilidad AL EMPLEADOR, pudiendo este aplicar las respectivas medidas de carácter laboral.

Las partes estipulan que en caso de extravió y/o deterioro por uso normal, EL TRABAJADOR se compromete a informar al responsable de SST, sobre los EPP, para obtener el reemplazo. Así mismo, al extraviarse o deteriorarse algún EPP por descuido o culpa DEL TRABAJADOR, éste deja en libertad AL EMPLEADOR para aplicar las respectivas medidas de carácter laboral.

wilson edgardo fuquen
FIRMA DEL TRABAJADOR
C.C. No 79 693 185

DIANA ALEJANDRA L
FIRMA DEL RESPONSABLE DE LA ENTREGA
C.C. No 1121 920 784

NIT: 901.892.095-4

NOMBRES Y APELLIDOS Orlando Tacha Garcia

CARGO: Aduanil **CÉDULA DE CIUADADANIA No** 86 092 707

Para efectos de la protección personal, en cumplimiento del Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo, **EL TRABAJADOR** deja expresa constancia que **EL EMPLEADOR**, le hace entrega de los siguientes elementos de protección personal- EPP, aceptando que su uso es OBLIGATORIO y se compromete a mantenerlos en buen estado durante el tiempo de vida útil de mis elementos.

FECHA	ARTÍCULO	CANT.	TALLA	OBSERVACIONES (Entrega- Devuelve)	FIRMA
29-10-25	guantes	1	10	Entrega	Orlando
29-10-25	gafas	1	no Aplica	Entrega	Orlando
29-10-25	Tapa oidos Copa	1	no Aplica	Entrega	Orlando
29-10-25	botas	1	38	Entrega	Orlando
29-10-25	camisa	1	m	Entrega	Orlando
29-10-25	Pantalon	1	14	Entrega	Orlando

EL TRABAJOR, declara haber recibido los elementos de protección personal-EPP, en buen estado siendo implementos especiales de trabajo y de acuerdo con las Normas de Seguridad y Salud en el Trabajo, se compromete a utilizarlos adecamente como mecanismo de protección personal contra cualquier eventual riesgo, manteniéndolos limpios y en buenas condiciones, también manifiesta que conoce su uso y le han proporcionado la correspondiente capacitación.

Las partes establecen que EL TRABAJADR, se obliga para con EL EMPLEADOR a usar adecuadamente los elementos de protección personal-EPP y así mismo de acuerdo con las circulares y/o avisos y a reclamar oportunamente estos EPP, caso en contrario EL TRABAJADOR exonera de cualquier responsabilidad AL EMPLEADOR, pudiendo este aplicar las respectivas medidas de carácter laboral.

Las partes estipulan que en caso de extravió y/o deterioro por uso normal, EL TRABAJADOR se compromete a informar al responsable de SST, sobre los EPP, para obtener el reemplazo. Así mismo, al extraviarse o deteriorarse algún EPP por descuido o culpa DEL TRABAJADOR, éste deja en libertad AL EMPLEADOR para aplicar las respectivas medidas de carácter laboral.

Orlando Tacha Garcia
FIRMA DEL TRABAJADOR
C.C. No

DIANA ALEJANDRA LEON
FIRMA DEL RESPONSABLE DE LA ENTREGA
C.C. No

CR 24 A 8 125 CONJ CERRADO LA CABAÑA CA 1 IN 9. VILLAVICECNIO-META
SHARKYING10@GMAIL.COM-**3222169909**

5105

NIT: 901.892.095-4

NOMBRES Y APELLIDOS Jusain Sanchez Palacio

CARGO: Auxiliar **CÉDULA DE CIUADADANIA No** 1133 259 006

Para efectos de la protección personal, en cumplimiento del Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo, **EL TRABAJADOR** deja expresa constancia que **EL EMPLEADOR**, le hace entrega de los siguientes elementos de protección personal- EPP, aceptando que su uso es OBLIGATORIO y se comprometo a mantenerlos en buen estado durante el tiempo de vida útil de mis elementos.

FECHA	ARTÍCULO	CANT.	TALLA	OBSERVACIONES (Entrega- Devuelve)	FIRMA
30-10-25	guantes	1	10	Entrega	Jusain
30-10-25	gafas	1	no Aplica	Entrega	Jusain
30-10-25	tapa oidos copa	1	no Aplica	entrega	Jusain
30-10-25	botas	1	37	entrega	Jusain
30-10-25	camisa	1	M	entrega	Jusain
30-10-25	Pantalon	1	34	entrega	Jusain

EL TRABAJOR, declara haber recibido los elementos de protección personal-EPP, en buen estado siendo implementos especiales de trabajo y de acuerdo con las Normas de Seguridad y Salud en el Trabajo, se compromete a utilizarlos adecamente como mecanismo de protección personal contra cualquier eventual riesgo, manteniéndolos limpios y en buenas condiciones, también manifiesta que conoce su uso y le han proporcionado la correspondiente capacitación.

Las partes establecen que EL TRABAJADR, se obliga para con EL EMPLEADOR a usar adecuadamente los elementos de protección personal-EPP y así mismo de acuerdo con las circulares y/o avisos y a reclamar oportunamente estos EPP, caso en contrario EL TRABAJADOR exonera de cualquier responsabilidad AL EMPLEADOR, pudiendo este aplicar las respectivas medidas de carácter laboral.

Las partes estipulan que en caso de extravió y/o deterioro por uso normal, EL TRABAJADOR se compromete a informar al responsable de SST, sobre los EPP, para obtener el reemplazo. Así mismo, al extraviarse o deteriorarse algún EPP por descuido o culpa DEL TRABAJADOR, éste deja en libertad AL EMPLEADOR para aplicar las respectivas medidas de carácter laboral.

Jusain Sanchez Palacio
FIRMA DEL TRABAJADOR
C.C. No

DIANA ALEJANDRA LEON
FIRMA DEL RESPONSABLE DE LA ENTREGA
C.C. No

NIT: 901.892.095-4

NOMBRES Y APELLIDOS Luz Estela Ponta Brieva

CARGO: Auxiliar SST **CÉDULA DE CIUADADANIA No** 1006350090

Para efectos de la protección personal, en cumplimiento del Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo, **EL TRABAJADOR** deja expresa constancia que **EL EMPLEADOR**, le hace entrega de los siguientes elementos de protección personal- EPP, aceptando que su uso es OBLIGATORIO y se comprometo a mantenerlos en buen estado durante el tiempo de vida útil de mis elementos.

FECHA	ARTÍCULO	CANT.	TALLA	OBSERVACIONES (Entrega- Devuelve)	FIRMA
18-10-25	casco	1	N/A	Entrega	
18-10-25	gafas	1	N/A	Entrega	
18-10-25	camisa	1	M	Entrega	
18-10-25	bota	1par	36	Entrega	

EL TRABAJOR, declara haber recibido los elementos de protección personal-EPP, en buen estado siendo implementos especiales de trabajo y de acuerdo con las Normas de Seguridad y Salud en el Trabajo, se compromete a utilizarlos adecamente como mecanismo de protección personal contra cualquier eventual riesgo, manteniéndolos limpios y en buenas condiciones, también manifiesta que conoce su uso y le han proporcionado la correspondiente capacitación.

Las partes establecen que EL TRABAJADR, se obliga para con EL EMPLEADOR a usar adecuadamente los elementos de protección personal-EPP y así mismo de acuerdo con las circulares y/o avisos y a reclamar oportunamente estos EPP, caso en contrario EL TRABAJADOR exonera de cualquier responsabilidad AL EMPLEADOR, pudiendo este aplicar las respectivas medidas de carácter laboral.

Las partes estipulan que en caso de extravió y/o deterioro por uso normal, EL TRABAJADOR se compromete a informar al responsable de SST, sobre los EPP, para obtener el reemplazo. Así mismo, al extraviarse o deteriorarse algún EPP por descuido o culpa DEL TRABAJADOR, éste deja en libertad AL EMPLEADOR para aplicar las respectivas medidas de carácter laboral.

Luz Estela Ponta Brieva
FIRMA DEL TRABAJADOR
C.C. No 1063 590090

DIANA ALEJANDRA L
FIRMA DEL RESPONSABLE DE LA ENTREGA
C.C. No 1124 920 784

5201

NIT: 901.892.095-4

NOMBRES Y APELLIDOS Adolfo campos muñoz

CARGO: maestro **CÉDULA DE CIUADADANIA No** 7 560 450

Para efectos de la protección personal, en cumplimiento del Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo, **EL TRABAJADOR** deja expresa constancia que **EL EMPLEADOR**, le hace entrega de los siguientes elementos de protección personal- EPP, aceptando que su uso es OBLIGATORIO y se comprometo a mantenerlos en buen estado durante el tiempo de vida útil de mis elementos.

FECHA	ARTÍCULO	CANT.	TALLA	OBSERVACIONES (Entrega- Devuelve)	FIRMA
3-11-25	guantes	1	10	entrega	Adolfo
3-11-25	gafas	1	no aplica	entrega	Adolfo
3-11-25	tapa oidos copa	1	no aplica	entrega	Adolfo
3-11-25	botas	1	38	entrega	Adolfo
3-11-25	camisa	1	L	entrega	Adolfo
3-11-25	pantalon	1	34	entrega	Adolfo

EL TRABAJOR, declara haber recibido los elementos de protección personal-EPP, en buen estado siendo implementos especiales de trabajo y de acuerdo con las Normas de Seguridad y Salud en el Trabajo, se compromete a utilizarlos adecamente como mecanismo de protección personal contra cualquier eventual riesgo, manteniéndolos limpios y en buenas condiciones, también manifiesta que conoce su uso y le han proporcionado la correspondiente capacitación.

Las partes establecen que EL TRABAJADR, se obliga para con EL EMPLEADOR a usar adecuadamente los elementos de protección personal-EPP y así mismo de acuerdo con las circulares y/o avisos y a reclamar oportunamente estos EPP, caso en contrario EL TRABAJADOR exonera de cualquier responsabilidad AL EMPLEADOR, pudiendo este aplicar las respectivas medidas de carácter laboral.

Las partes estipulan que en caso de extravió y/o deterioro por uso normal, EL TRABAJADOR se compromete a informar al responsable de SST, sobre los EPP, para obtener el reemplazo. Así mismo, al extraviarse o deteriorarse algún EPP por descuido o culpa DEL TRABAJADOR, éste deja en libertad AL EMPLEADOR para aplicar las respectivas medidas de carácter laboral.

Adolfo campos muñoz
FIRMA DEL TRABAJADOR
C.C. No

DIANA ALEJANDRA LEON
FIRMA DEL RESPONSABLE DE LA ENTREGA
C.C. No

5208

NIT: 901.892.095-4

NOMBRES Y APELLIDOS Blanco mosquera Anderson

CARGO: Aydante **CÉDULA DE CIUADADANIA No** 1006821886

Para efectos de la protección personal, en cumplimiento del Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo, **EL TRABAJADOR** deja expresa constancia que **EL EMPLEADOR**, le hace entrega de los siguientes elementos de protección personal- EPP, aceptando que su uso es OBLIGATORIO y se comprometo a mantenerlos en buen estado durante el tiempo de vida útil de mis elementos.

FECHA	ARTÍCULO	CANT.	TALLA	OBSERVACIONES (Entrega- Devuelve)	FIRMA
18-10-25	casco	1	N/A	Entrega	Anderson
18-10-25	guantes	1par	10	Entrega	Anderson
18-10-25	gafas	1	N/A	Entrega	Anderson
18-10-25	Tapa oidos	1	N/A	Entrega	Anderson

EL TRABAJOR, declara haber recibido los elementos de protección personal-EPP, en buen estado siendo implementos especiales de trabajo y de acuerdo con las Normas de Seguridad y Salud en el Trabajo, se compromete a utilizarlos adecamente como mecanismo de protección personal contra cualquier eventual riesgo, manteniéndolos limpios y en buenas condiciones, también manifiesta que conoce su uso y le han proporcionado la correspondiente capacitación.

Las partes establecen que EL TRABAJADR, se obliga para con EL EMPLEADOR a usar adecuadamente los elementos de protección personal-EPP y así mismo de acuerdo con las circulares y/o avisos y a reclamar oportunamente estos EPP, caso en contrario EL TRABAJADOR exonera de cualquier responsabilidad AL EMPLEADOR, pudiendo este aplicar las respectivas medidas de carácter laboral.

Las partes estipulan que en caso de extravió y/o deterioro por uso normal, EL TRABAJADOR se compromete a informar al responsable de SST, sobre los EPP, para obtener el reemplazo. Así mismo, al extraviarse o deteriorarse algún EPP por descuido o culpa DEL TRABAJADOR, éste deja en libertad AL EMPLEADOR para aplicar las respectivas medidas de carácter laboral.

Blanco mosquera Anderson
FIRMA DEL TRABAJADOR
C.C. No 1006821886

DIANA ALEJANDRA L
FIRMA DEL RESPONSABLE DE LA ENTREGA
C.C. No 1121920784

NIT: 901.892.095-4

NOMBRES Y APELLIDOS Bahote Suca Darwin

CARGO: Ayudante **CÉDULA DE CIUADADANIA No** 1003929774

Para efectos de la protección personal, en cumplimiento del Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo, **EL TRABAJADOR** deja expresa constancia que **EL EMPLEADOR**, le hace entrega de los siguientes elementos de protección personal- EPP, aceptando que su uso es OBLIGATORIO y se comprometo a mantenerlos en buen estado durante el tiempo de vida útil de mis elementos.

FECHA	ARTÍCULO	CANT.	TALLA	OBSERVACIONES (Entrega- Devuelve)	FIRMA
18-10-25	casco	1	N/A	Entrega	Darwin
18-10-25	guante	1par	10	Entrega	Darwin
18-10-25	gafa	1	N/A	Entrega	Darwin
18-10-25	tapa oidos	1	N/A	Entrega	Darwin

EL TRABAJOR, declara haber recibido los elementos de protección personal-EPP, en buen estado siendo implementos especiales de trabajo y de acuerdo con las Normas de Seguridad y Salud en el Trabajo, se compromete a utilizarlos adecamente como mecanismo de protección personal contra cualquier eventual riesgo, manteniéndolos limpios y en buenas condiciones, también manifiesta que conoce su uso y le han proporcionado la correspondiente capacitación.

Las partes establecen que EL TRABAJADR, se obliga para con EL EMPLEADOR a usar adecuadamente los elementos de protección personal-EPP y así mismo de acuerdo con las circulares y/o avisos y a reclamar oportunamente estos EPP, caso en contrario EL TRABAJADOR exonera de cualquier responsabilidad AL EMPLEADOR, pudiendo este aplicar las respectivas medidas de carácter laboral.

Las partes estipulan que en caso de extravió y/o deterioro por uso normal, EL TRABAJADOR se compromete a informar al responsable de SST, sobre los EPP, para obtener el reemplazo. Así mismo, al extraviarse o deteriorarse algún EPP por descuido o culpa DEL TRABAJADOR, éste deja en libertad AL EMPLEADOR para aplicar las respectivas medidas de carácter laboral.

Bahote Suca Darwin
FIRMA DEL TRABAJADOR
C.C. No 1003929774

DIANA ALEJANDRA L
FIRMA DEL RESPONSABLE DE LA ENTREGA
C.C. No 1121920784

5210

NIT: 901.892.095-4

NOMBRES Y APELLIDOS Rodriguez Guerrero Clara Alicia

CARGO: residente de obra **CÉDULA DE CIUADADANIA No** 40405483

Para efectos de la protección personal, en cumplimiento del Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo, **EL TRABAJADOR** deja expresa constancia que **EL EMPLEADOR**, le hace entrega de los siguientes elementos de protección personal- EPP, aceptando que su uso es OBLIGATORIO y se comprometo a mantenerlos en buen estado durante el tiempo de vida útil de mis elementos.

FECHA	ARTÍCULO	CANT.	TALLA	OBSERVACIONES (Entrega- Devuelve)	FIRMA
05-09-25	casco	1	N/A	Entrega	Alicia
05-09-25	gafas	1 par	10	Entrega	Alicia
05-09-25	camisa	1	M	Entrega	Alicia
05-09-25	botas	1 par	36	Entrega.	Alicia

EL TRABAJOR, declara haber recibido los elementos de protección personal-EPP, en buen estado siendo implementos especiales de trabajo y de acuerdo con las Normas de Seguridad y Salud en el Trabajo, se compromete a utilizarlos adecamente como mecanismo de protección personal contra cualquier eventual riesgo, manteniéndolos limpios y en buenas condiciones, también manifiesta que conoce su uso y le han proporcionado la correspondiente capacitación.

Las partes establecen que EL TRABAJADR, se obliga para con EL EMPLEADOR a usar adecuadamente los elementos de protección personal-EPP y así mismo de acuerdo con las circulares y/o avisos y a reclamar oportunamente estos EPP, caso en contrario EL TRABAJADOR exonera de cualquier responsabilidad AL EMPLEADOR, pudiendo este aplicar las respectivas medidas de carácter laboral.

Las partes estipulan que en caso de extravió y/o deterioro por uso normal, EL TRABAJADOR se compromete a informar al responsable de SST, sobre los EPP, para obtener el reemplazo. Así mismo, al extraviarse o deteriorarse algún EPP por descuido o culpa DEL TRABAJADOR, éste deja en libertad AL EMPLEADOR para aplicar las respectivas medidas de carácter laboral.

Rodriguez Clara Alicia
FIRMA DEL TRABAJADOR
C.C. No 40405483

DIANA ALEJANDRA L
FIRMA DEL RESPONSABLE DE LA ENTREGA
C.C. No 1121920984

52 11

NIT: 901.892.095-4

NOMBRES Y APELLIDOS martinez rico florentino

CARGO: Ayudante **CÉDULA DE CIUADADANIA No** 1258 4326

Para efectos de la protección personal, en cumplimiento del Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo, **EL TRABAJADOR** deja expresa constancia que **EL EMPLEADOR**, le hace entrega de los siguientes elementos de protección personal- EPP, aceptando que su uso es OBLIGATORIO y se comprometo a mantenerlos en buen estado durante el tiempo de vida útil de mis elementos.

FECHA	ARTÍCULO	CANT.	TALLA	OBSERVACIONES (Entrega- Devuelve)	FIRMA
1-11-25	casco	1	N/A	entrega	florentino
1-11-25	guantes	1 par	10	entrega	florentino
1-11-25	gafas	1	N/A	entrega	florentino
1-11-25	tapa oidos	1	N/A	entrega.	florentino

EL TRABAJOR, declara haber recibido los elementos de protección personal-EPP, en buen estado siendo implementos especiales de trabajo y de acuerdo con las Normas de Seguridad y Salud en el Trabajo, se compromete a utilizarlos adecamente como mecanismo de protección personal contra cualquier eventual riesgo, manteniéndolos limpios y en buenas condiciones, también manifiesta que conoce su uso y le han proporcionado la correspondiente capacitación.

Las partes establecen que EL TRABAJADR, se obliga para con EL EMPLEADOR a usar adecuadamente los elementos de protección personal-EPP y así mismo de acuerdo con las circulares y/o avisos y a reclamar oportunamente estos EPP, caso en contrario EL TRABAJADOR exonera de cualquier responsabilidad AL EMPLEADOR, pudiendo este aplicar las respectivas medidas de carácter laboral.

Las partes estipulan que en caso de extravió y/o deterioro por uso normal, EL TRABAJADOR se compromete a informar al responsable de SST, sobre los EPP, para obtener el reemplazo. Así mismo, al extraviarse o deteriorarse algún EPP por descuido o culpa DEL TRABAJADOR, éste deja en libertad AL EMPLEADOR para aplicar las respectivas medidas de carácter laboral.

florentino rico martinez
FIRMA DEL TRABAJADOR
C.C. No 12 581326

DIANA ALEJANDRA L
FIRMA DEL RESPONSABLE DE LA ENTREGA
C.C. No 1121 920784

5212

NIT: 901.892.095-4

NOMBRES Y APELLIDOS Argemiro Arias Gualteros

CARGO: Ayudante **CÉDULA DE CIUADADANIA No** 19. 015 302

Para efectos de la protección personal, en cumplimiento del Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo, **EL TRABAJADOR** deja expresa constancia que **EL EMPLEADOR**, le hace entrega de los siguientes elementos de protección personal- EPP, aceptando que su uso es OBLIGATORIO y se comprometo a mantenerlos en buen estado durante el tiempo de vida útil de mis elementos.

FECHA	ARTÍCULO	CANT.	TALLA	OBSERVACIONES (Entrega- Devuelve)	FIRMA
5-11-25	guantis	1	10	Entrega	Argemiro
5-11-25	gafa	1	no Aplica	Entrega	Argemiro
5-11-25	tapa oidos copa	1	no Aplica	Entrega	Argemiro
5-11-25	botas	1	36	Entrega	Argemiro
5-11-25	camisa	1	L	Entrega	Argemiro
5-11-25	pantalon	1	32	Entrega	Argemiro

EL TRABAJOR, declara haber recibido los elementos de protección personal-EPP, en buen estado siendo implementos especiales de trabajo y de acuerdo con las Normas de Seguridad y Salud en el Trabajo, se compromete a utilizarlos adecamente como mecanismo de protección personal contra cualquier eventual riesgo, manteniéndolos limpios y en buenas condiciones, también manifiesta que conoce su uso y le han proporcionado la correspondiente capacitación.

Las partes establecen que EL TRABAJADR, se obliga para con EL EMPLEADOR a usar adecuadamente los elementos de protección personal-EPP y así mismo de acuerdo con las circulares y/o avisos y a reclamar oportunamente estos EPP, caso en contrario EL TRABAJADOR exonera de cualquier responsabilidad AL EMPLEADOR, pudiendo este aplicar las respectivas medidas de carácter laboral.

Las partes estipulan que en caso de extravió y/o deterioro por uso normal, EL TRABAJADOR se compromete a informar al responsable de SST, sobre los EPP, para obtener el reemplazo. Así mismo, al extraviarse o deteriorarse algún EPP por descuido o culpa DEL TRABAJADOR, éste deja en libertad AL EMPLEADOR para aplicar las respectivas medidas de carácter laboral.

Argemiro Arias Gualteros
FIRMA DEL TRABAJADOR
C.C. No

DIANA ALEJANDRA LEON
FIRMA DEL RESPONSABLE DE LA ENTREGA
C.C. No

5215

NIT: 901.892.095-4

NOMBRES Y APELLIDOS Rafael castro acosta

CARGO: maestro **CÉDULA DE CIUADADANIA No** 17 346 307

Para efectos de la protección personal, en cumplimiento del Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo, **EL TRABAJADOR** deja expresa constancia que **EL EMPLEADOR**, le hace entrega de los siguientes elementos de protección personal- EPP, aceptando que su uso es OBLIGATORIO y se comprometo a mantenerlos en buen estado durante el tiempo de vida útil de mis elementos.

FECHA	ARTÍCULO	CANT.	TALLA	OBSERVACIONES (Entrega- Devuelve)	FIRMA
3-11-25	guantes	1	10	Entrega	Rafael
3-11-25	gafas	1	no Aplica	Entrega	Rafael
3-11-25	tapa oidos copa	1	no Aplica	Entrega	Rafael
3-11-25	botas	1	38	Entrega	Rafael
3-11-25	camisa	1	M	Entrega	Rafael
3-11-25	pantalon	1	32	Entrega	Rafael

EL TRABAJOR, declara haber recibido los elementos de protección personal-EPP, en buen estado siendo implementos especiales de trabajo y de acuerdo con las Normas de Seguridad y Salud en el Trabajo, se compromete a utilizarlos adecamente como mecanismo de protección personal contra cualquier eventual riesgo, manteniéndolos limpios y en buenas condiciones, también manifiesta que conoce su uso y le han proporcionado la correspondiente capacitación.

Las partes establecen que EL TRABAJADR, se obliga para con EL EMPLEADOR a usar adecuadamente los elementos de protección personal-EPP y así mismo de acuerdo con las circulares y/o avisos y a reclamar oportunamente estos EPP, caso en contrario EL TRABAJADOR exonera de cualquier responsabilidad AL EMPLEADOR, pudiendo este aplicar las respectivas medidas de carácter laboral.

Las partes estipulan que en caso de extravió y/o deterioro por uso normal, EL TRABAJADOR se compromete a informar al responsable de SST, sobre los EPP, para obtener el reemplazo. Así mismo, al extraviarse o deteriorarse algún EPP por descuido o culpa DEL TRABAJADOR, éste deja en libertad AL EMPLEADOR para aplicar las respectivas medidas de carácter laboral.

Rafael castro Acosta
FIRMA DEL TRABAJADOR
C.C. No

DIANA ALEJANDRA LEON
FIRMA DEL RESPONSABLE DE LA ENTREGA
C.C. No

5214

NIT: 901.892.095-4

NOMBRES Y APELLIDOS campos muñoz adolfo

CARGO: maestro **CÉDULA DE CIUADADANIA No** 7560450

Para efectos de la protección personal, en cumplimiento del Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo, **EL TRABAJADOR** deja expresa constancia que **EL EMPLEADOR**, le hace entrega de los siguientes elementos de protección personal- EPP, aceptando que su uso es OBLIGATORIO y se comprometo a mantenerlos en buen estado durante el tiempo de vida útil de mis elementos.

FECHA	ARTÍCULO	CANT.	TALLA	OBSERVACIONES (Entrega- Devuelve)	FIRMA
18-10-25	casco	1	N/A	entrego	adolfo
18-10-25	guantes	par	10	entrego	adolfo
18-10-25	gafas	1	N/A	entrego	adolfo
18-10-25	tapa oidos	1	N/A	entrego	adolfo

EL TRABAJOR, declara haber recibido los elementos de protección personal-EPP, en buen estado siendo implementos especiales de trabajo y de acuerdo con las Normas de Seguridad y Salud en el Trabajo, se compromete a utilizarlos adecamente como mecanismo de protección personal contra cualquier eventual riesgo, manteniéndolos limpios y en buenas condiciones, también manifiesta que conoce su uso y le han proporcionado la correspondiente capacitación.

Las partes establecen que EL TRABAJADR, se obliga para con EL EMPLEADOR a usar adecuadamente los elementos de protección personal-EPP y así mismo de acuerdo con las circulares y/o avisos y a reclamar oportunamente estos EPP, caso en contrario EL TRABAJADOR exonera de cualquier responsabilidad AL EMPLEADOR, pudiendo este aplicar las respectivas medidas de carácter laboral.

Las partes estipulan que en caso de extravió y/o deterioro por uso normal, EL TRABAJADOR se compromete a informar al responsable de SST, sobre los EPP, para obtener el reemplazo. Así mismo, al extraviarse o deteriorarse algún EPP por descuido o culpa DEL TRABAJADOR, éste deja en libertad AL EMPLEADOR para aplicar las respectivas medidas de carácter laboral.

campos muñoz adolfo
FIRMA DEL TRABAJADOR
C.C. No 75 60 450

DIANA ALEJANDRA L
FIRMA DEL RESPONSABLE DE LA ENTREGA
C.C. No 1121 920 784

5215

NIT: 901.892.095-4

NOMBRES Y APELLIDOS Sancha Palacio Juscia

CARGO: Aydante **CÉDULA DE CIUADADANIA No** 1133759006

Para efectos de la protección personal, en cumplimiento del Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo, **EL TRABAJADOR** deja expresa constancia que **EL EMPLEADOR**, le hace entrega de los siguientes elementos de protección personal- EPP, aceptando que su uso es OBLIGATORIO y se comprometo a mantenerlos en buen estado durante el tiempo de vida útil de mis elementos.

FECHA	ARTÍCULO	CANT.	TALLA	OBSERVACIONES (Entrega- Devuelve)	FIRMA
18-10-25	CUSCO	1	N/A	Entrega	
18-10-25	guante	1par	10	Entrega	
18-10-25	gafa	1	N/A	Entrega	
18-10-25	Tapa oidos	1	N/A	Entrega	

EL TRABAJOR, declara haber recibido los elementos de protección personal-EPP, en buen estado siendo implementos especiales de trabajo y de acuerdo con las Normas de Seguridad y Salud en el Trabajo, se compromete a utilizarlos adecamente como mecanismo de protección personal contra cualquier eventual riesgo, manteniéndolos limpios y en buenas condiciones, también manifiesta que conoce su uso y le han proporcionado la correspondiente capacitación.

Las partes establecen que EL TRABAJADR, se obliga para con EL EMPLEADOR a usar adecuadamente los elementos de protección personal-EPP y así mismo de acuerdo con las circulares y/o avisos y a reclamar oportunamente estos EPP, caso en contrario EL TRABAJADOR exonera de cualquier responsabilidad AL EMPLEADOR, pudiendo este aplicar las respectivas medidas de carácter laboral.

Las partes estipulan que en caso de extravió y/o deterioro por uso normal, EL TRABAJADOR se compromete a informar al responsable de SST, sobre los EPP, para obtener el reemplazo. Así mismo, al extraviarse o deteriorarse algún EPP por descuido o culpa DEL TRABAJADOR, éste deja en libertad AL EMPLEADOR para aplicar las respectivas medidas de carácter laboral.

FIRMA DEL TRABAJADOR
C.C. No 1133759006

DIANA ALEJANDRA L
FIRMA DEL RESPONSABLE DE LA ENTREGA
C.C. No

5216

NIT: 901.892.095-4

NOMBRES Y APELLIDOS Tuchia Garcia Orlando

CARGO: Ayudante **CÉDULA DE CIUADADANIA No** 86092707

Para efectos de la protección personal, en cumplimiento del Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo, **EL TRABAJADOR** deja expresa constancia que **EL EMPLEADOR**, le hace entrega de los siguientes elementos de protección personal- EPP, aceptando que su uso es OBLIGATORIO y se comprometo a mantenerlos en buen estado durante el tiempo de vida útil de mis elementos.

FECHA	ARTÍCULO	CANT.	TALLA	OBSERVACIONES (Entrega- Devuelve)	FIRMA
18-10-25	Casco	1	N/A	Entrega	Orlando
18-10-25	Guantes	1 par	10	Entrego	orlando
18-10-25	Gafas	1	N/A	Entrega	orlando
18-10-25	Tapa oidos	1	N/A	Entrega	Orlando

EL TRABAJOR, declara haber recibido los elementos de protección personal-EPP, en buen estado siendo implementos especiales de trabajo y de acuerdo con las Normas de Seguridad y Salud en el Trabajo, se compromete a utilizarlos adecamente como mecanismo de protección personal contra cualquier eventual riesgo, manteniéndolos limpios y en buenas condiciones, también manifiesta que conoce su uso y le han proporcionado la correspondiente capacitación.

Las partes establecen que EL TRABAJADR, se obliga para con EL EMPLEADOR a usar adecuadamente los elementos de protección personal-EPP y así mismo de acuerdo con las circulares y/o avisos y a reclamar oportunamente estos EPP, caso en contrario EL TRABAJADOR exonera de cualquier responsabilidad AL EMPLEADOR, pudiendo este aplicar las respectivas medidas de carácter laboral.

Las partes estipulan que en caso de extravió y/o deterioro por uso normal, EL TRABAJADOR se compromete a informar al responsable de SST, sobre los EPP, para obtener el reemplazo. Así mismo, al extraviarse o deteriorarse algún EPP por descuido o culpa DEL TRABAJADOR, éste deja en libertad AL EMPLEADOR para aplicar las respectivas medidas de carácter laboral.

Orlando Tuchia
FIRMA DEL TRABAJADOR
C.C. No 86092707

DIANA ALEJANDRA L
FIRMA DEL RESPONSABLE DE LA ENTREGA
C.C. No 1121920781

NIT: 901.892.095-4

NOMBRES Y APELLIDOS wilson edgardo ramirez fuquen

CARGO: Ayudante **CÉDULA DE CIUADADANIA No** 79 693 185

Para efectos de la protección personal, en cumplimiento del Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo, **EL TRABAJADOR** deja expresa constancia que **EL EMPLEADOR**, le hace entrega de los siguientes elementos de protección personal- EPP, aceptando que su uso es OBLIGATORIO y se comprometo a mantenerlos en buen estado durante el tiempo de vida útil de mis elementos.

FECHA	ARTÍCULO	CANT.	TALLA	OBSERVACIONES (Entrega- Devuelve)	FIRMA
27-10-25	guantes	1	10	Entrega	wilson
27-10-25	gafas	1	no Aplica	entrega	wilson
27-10-25	tapa oidos copa	1	no Aplica	Entrega	wilson
27-1025	botas	1	39	entrega	wilson
27-10-25	camisa	1	M	entrega	wilson
27-1025	pantalon	1	32	Entrega	wilson

EL TRABAJOR, declara haber recibido los elementos de protección personal-EPP, en buen estado siendo implementos especiales de trabajo y de acuerdo con las Normas de Seguridad y Salud en el Trabajo, se compromete a utilizarlos adecamente como mecanismo de protección personal contra cualquier eventual riesgo, manteniéndolos limpios y en buenas condiciones, también manifiesta que conoce su uso y le han proporcionado la correspondiente capacitación.

Las partes establecen que EL TRABAJADR, se obliga para con EL EMPLEADOR a usar adecuadamente los elementos de protección personal-EPP y así mismo de acuerdo con las circulares y/o avisos y a reclamar oportunamente estos EPP, caso en contrario EL TRABAJADOR exonera de cualquier responsabilidad AL EMPLEADOR, pudiendo este aplicar las respectivas medidas de carácter laboral.

Las partes estipulan que en caso de extravió y/o deterioro por uso normal, EL TRABAJADOR se compromete a informar al responsable de SST, sobre los EPP, para obtener el reemplazo. Así mismo, al extraviarse o deteriorarse algún EPP por descuido o culpa DEL TRABAJADOR, éste deja en libertad AL EMPLEADOR para aplicar las respectivas medidas de carácter laboral.

wilson edgardo ramirez
FIRMA DEL TRABAJADOR
C.C. No

DIANA ALEJANDRA LEON
FIRMA DEL RESPONSABLE DE LA ENTREGA
C.C. No

5218

NIT: 901.892.095-4

NOMBRES Y APELLIDOS custro acosta yufuil

CARGO: mesero **CÉDULA DE CIUADADANIA No** 17346307

Para efectos de la protección personal, en cumplimiento del Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo, **EL TRABAJADOR** deja expresa constancia que **EL EMPLEADOR**, le hace entrega de los siguientes elementos de protección personal- EPP, aceptando que su uso es OBLIGATORIO y se comprometo a mantenerlos en buen estado durante el tiempo de vida útil de mis elementos.

FECHA	ARTÍCULO	CANT.	TALLA	OBSERVACIONES (Entrega- Devuelve)	FIRMA
18-10-25	cusco	1	N/A	Entrega	yufuil
18-10-25	guantes	1par	10	Entrega	yufuil
18-10-25	gafa	1	N/A	Entrega	yufuil
18-10-25	tapa oidos	1	N/A	Entrega	yufuil

EL TRABAJOR, declara haber recibido los elementos de protección personal-EPP, en buen estado siendo implementos especiales de trabajo y de acuerdo con las Normas de Seguridad y Salud en el Trabajo, se compromete a utilizarlos adecamente como mecanismo de protección personal contra cualquier eventual riesgo, manteniéndolos limpios y en buenas condiciones, también manifiesta que conoce su uso y le han proporcionado la correspondiente capacitación.

Las partes establecen que EL TRABAJADR, se obliga para con EL EMPLEADOR a usar adecuadamente los elementos de protección personal-EPP y así mismo de acuerdo con las circulares y/o avisos y a reclamar oportunamente estos EPP, caso en contrario EL TRABAJADOR exonera de cualquier responsabilidad AL EMPLEADOR, pudiendo este aplicar las respectivas medidas de carácter laboral.

Las partes estipulan que en caso de extravió y/o deterioro por uso normal, EL TRABAJADOR se compromete a informar al responsable de SST, sobre los EPP, para obtener el reemplazo. Así mismo, al extraviarse o deteriorarse algún EPP por descuido o culpa DEL TRABAJADOR, éste deja en libertad AL EMPLEADOR para aplicar las respectivas medidas de carácter laboral.

custro acosta yufuil
FIRMA DEL TRABAJADOR
C.C. No 17346307

DIANA ALEJANDRA L
FIRMA DEL RESPONSABLE DE LA ENTREGA
C.C. No 1121920784

NIT: 901.892.095-4

NOMBRES Y APELLIDOS Darwin Balote Suna

CARGO: Ayudante **CÉDULA DE CIUADADANIA No** 1003 929 274

Para efectos de la protección personal, en cumplimiento del Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo, **EL TRABAJADOR** deja expresa constancia que **EL EMPLEADOR**, le hace entrega de los siguientes elementos de protección personal- EPP, aceptando que su uso es OBLIGATORIO y se comprometo a mantenerlos en buen estado durante el tiempo de vida útil de mis elementos.

FECHA	ARTÍCULO	CANT.	TALLA	OBSERVACIONES (Entrega- Devuelve)	FIRMA
20-10-25	guantes	1	10	entrega	Darwin
20-10 25	gafas	1	no Aplica	entrega	Darwin
20-10-25	tapa oidos copa	1	no Aplica	entrega	Darwin
20-10-25	botas	1	38	entrega	Darwin
20-10-25	camisa	1	L	entrega	Darwin
20-10-25	pantalon	1	10	entrega	Darwin

EL TRABAJOR, declara haber recibido los elementos de protección personal-EPP, en buen estado siendo implementos especiales de trabajo y de acuerdo con las Normas de Seguridad y Salud en el Trabajo, se compromete a utilizarlos adecamente como mecanismo de protección personal contra cualquier eventual riesgo, manteniéndolos limpios y en buenas condiciones, también manifiesta que conoce su uso y le han proporcionado la correspondiente capacitación.

Las partes establecen que EL TRABAJADR, se obliga para con EL EMPLEADOR a usar adecuadamente los elementos de protección personal-EPP y así mismo de acuerdo con las circulares y/o avisos y a reclamar oportunamente estos EPP, caso en contrario EL TRABAJADOR exonera de cualquier responsabilidad AL EMPLEADOR, pudiendo este aplicar las respectivas medidas de carácter laboral.

Las partes estipulan que en caso de extravió y/o deterioro por uso normal, EL TRABAJADOR se compromete a informar al responsable de SST, sobre los EPP, para obtener el reemplazo. Así mismo, al extraviarse o deteriorarse algún EPP por descuido o culpa DEL TRABAJADOR, éste deja en libertad AL EMPLEADOR para aplicar las respectivas medidas de carácter laboral.

Darwin Balote
FIRMA DEL TRABAJADOR
C.C. No

DIANA ALEJANDRA LEON
FIRMA DEL RESPONSABLE DE LA ENTREGA
C.C. No

5220

NIT: 901.892.095-4

NOMBRES Y APELLIDOS Rafael castros Acosta

CARGO: maestro **CÉDULA DE CIUADADANIA No** 17.346.307

Para efectos de la protección personal, en cumplimiento del Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo, **EL TRABAJADOR** deja expresa constancia que **EL EMPLEADOR**, le hace entrega de los siguientes elementos de protección personal- EPP, aceptando que su uso es OBLIGATORIO y se comprometo a mantenerlos en buen estado durante el tiempo de vida útil de mis elementos.

FECHA	ARTÍCULO	CANT.	TALLA	OBSERVACIONES (Entrega- Devuelve)	FIRMA
20-10-25	guantes	1	10	entrega	Rafael
24-10-25	gafas	1	no Aplica	entrega	Rafael
24-10-25	tapa oidos	1	no Aplica	entrega	Rafael
24-10-25	botas	1	38	entrega	Rafael
24-10-25	camisa	1	L	entrega	Rafael
24-10-25	Pantalon	1	32	entrega	Rafael

EL TRABAJOR, declara haber recibido los elementos de protección personal-EPP, en buen estado siendo implementos especiales de trabajo y de acuerdo con las Normas de Seguridad y Salud en el Trabajo, se compromete a utilizarlos adecamente como mecanismo de protección personal contra cualquier eventual riesgo, manteniéndolos limpios y en buenas condiciones, también manifiesta que conoce su uso y le han proporcionado la correspondiente capacitación.

Las partes establecen que EL TRABAJADR, se obliga para con EL EMPLEADOR a usar adecuadamente los elementos de protección personal-EPP y así mismo de acuerdo con las circulares y/o avisos y a reclamar oportunamente estos EPP, caso en contrario EL TRABAJADOR exonera de cualquier responsabilidad AL EMPLEADOR, pudiendo este aplicar las respectivas medidas de carácter laboral.

Las partes estipulan que en caso de extravió y/o deterioro por uso normal, EL TRABAJADOR se compromete a informar al responsable de SST, sobre los EPP, para obtener el reemplazo. Así mismo, al extraviarse o deteriorarse algún EPP por descuido o culpa DEL TRABAJADOR, éste deja en libertad AL EMPLEADOR para aplicar las respectivas medidas de carácter laboral.

Rafael castro Acosta
FIRMA DEL TRABAJADOR
C.C. No

DIANA ALEJANDRA LEON
FIRMA DEL RESPONSABLE DE LA ENTREGA
C.C. No

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
NIT 901892095	4	CONSORCIO ALSIPA	B - MENOS DE 200 COTIZANTES	PRINCIPAL	CR 24 A 8 125 COND RES LA CABAÑA	VILLAVICENCIO-META	6000000	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-12	2026-01	2068087525	9497697873	E	2026/01/26	2026/01/08	NEQUI	0	$2,296,800

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: PRINCIPAL (14 Afiliados)																						$4,792,450	$767,400			$5,361,850	$671,000			$5,361,850	$214,700			$5,361,850		$374,300		$5,361,850	$269,400		$2,296,800
Centro de Trabajo: Principal (14 Afiliados)																						$4,792,450	$767,400			$5,361,850	$671,000			$5,361,850	$214,700			$5,361,850		$374,300		$5,361,850	$269,400		$2,296,800
Ciudad: VILLAVICENCIO Depto: META (14 Afiliados)																						$4,792,450	$767,400			$5,361,850	$671,000			$5,361,850	$214,700			$5,361,850		$374,300		$5,361,850	$269,400		$2,296,800
1	CC	19015302	ARIAS GUALTEROS ARGEMIRO	X	X																0	$0	$0	EPS037	12	$569,400	$71,200	CCF34	12	$569,400	$22,800	14-11	12	$569,400	6.960%	$39,700	12	$569,400	$28,500	No	$162,200
2	CC	1121831952	BARRETO BARAHONA JHANN CARLOS	X	X																25-14	1	$47,450	$7,600	EPS002	1	$47,450	$6,000	CCF34	1	$47,450	$1,900	14-11	1	$47,450	6.960%	$3,400	1	$47,450	$2,500	No	$21,400
3	CC	1121846223	BARRETO RIVERA RENNY ROGERSS	X	X																25-14	1	$47,450	$7,600	MIN002	1	$47,450	$6,000	CCF34	1	$47,450	$1,900	14-11	1	$47,450	6.960%	$3,400	1	$47,450	$2,500	No	$21,400
4	CC	6031135	CABRERA SANCHEZ RICARDO ENRIQUE		X																25-14	1	$47,450	$7,600	CCFCS9	1	$47,450	$6,000	CCF34	1	$47,450	$1,900	14-11	1	$47,450	6.960%	$3,400	1	$47,450	$2,500	No	$21,400
5	CC	7560450	CAMPOS MUÑOZ ADOLFO		X																23100 1	12	$569,400	$91,200	EPS005	12	$569,400	$71,200	CCF34	12	$569,400	$22,800	14-11	12	$569,400	6.960%	$39,700	12	$569,400	$28,500	No	$253,400
6	CC	1121845440	CAMPOS GUTIERREZ BRAYAN SNEIDER	X	X																25-14	10	$474,500	$76,000	CCFCS9	10	$474,500	$59,400	CCF34	10	$474,500	$19,000	14-11	10	$474,500	6.960%	$33,100	10	$474,500	$23,800	No	$211,300
7	CC	17346307	CASTRO ACOSTA RAFAEL		X																23030 1	12	$569,400	$91,200	EPS005	12	$569,400	$71,200	CCF34	12	$569,400	$22,800	14-11	12	$569,400	6.960%	$39,700	12	$569,400	$28,500	No	$253,400
8	CC	86065755	DIAZ RAMIREZ YEHINER RAUL	X	X																25-14	1	$47,450	$7,600	EPS002	1	$47,450	$6,000	CCF34	1	$47,450	$1,900	14-11	1	$47,450	6.960%	$3,400	1	$47,450	$2,500	No	$21,400
9	CC	86072222	GUEVARA ESTRADA WILLIAM ALEXANDER		X																23030 1	1	$47,450	$7,600	CCFCS9	1	$47,450	$6,000	CCF34	1	$47,450	$1,900	14-11	1	$47,450	6.960%	$3,400	1	$47,450	$2,500	No	$21,400
10	CC	17388436	LEAL URREGO CESAR	X	X																25-14	3	$142,350	$22,800	EPS037	3	$142,350	$17,800	CCF34	3	$142,350	$5,700	14-11	3	$142,350	6.960%	$10,000	3	$142,350	$7,200	No	$63,500
11	CC	86071353	LOMBANA MURILLO CAMPO ELIAS	X	X																23030 1	3	$142,350	$22,800	EPS002	3	$142,350	$17,800	CCF34	3	$142,350	$5,700	14-11	3	$142,350	6.960%	$10,000	3	$142,350	$7,200	No	$63,500
12	CC	1001287717	MONTAÑO ORDUÑA JACQUELIN DAYANA	X	X																23030 1	10	$474,500	$76,000	EPS005	10	$474,500	$59,400	CCF34	10	$474,500	$19,000	14-11	10	$474,500	6.960%	$33,100	10	$474,500	$23,800	No	$211,300
13	CC	1063590090	PUERTA BRIEVA LUZ ESTELA		X																25-14	23	$1,091,350	$174,700	EPSICS	23	$1,091,350	$136,300	CCF34	23	$1,091,350	$43,700	14-11	23	$1,091,350	6.960%	$76,000	23	$1,091,350	$54,700	No	$485,600
14	CC	40404583	RODRIGUEZ GUERRERO CLARA ALICIA		X																25-14	23	$1,091,350	$174,700	EPS005	23	$1,091,350	$136,300	CCF34	23	$1,091,350	$43,700	14-11	23	$1,091,350	6.960%	$76,000	23	$1,091,350	$54,700	No	$485,600
Total Afiliados(14)																						$4,792,450	$767,400			$5,361,850	$671,000			$5,361,850	$214,700			$5,361,850		$374,300		$5,361,850	$269,400		$2,296,800

aportes en línea

Planilla Resumen

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 3)				13	$767,400	$0	$0	$767,400
COLFONDOS	231001	800,227,940	6	1	$91,200	$0	$0	$91,200
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	8	$478,600	$0	$0	$478,600
PORVENIR	230301	800,224,808	8	4	$197,600	$0	$0	$197,600
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				14	$374,300	$0	$0	$374,300
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	14	$374,300	$0	$0	$374,300
CCF (ADMINISTRADORAS: 1)				14	$214,700	$0	$0	$214,700
COFREM	CCF34	892,000,146	3	14	$214,700	$0	$0	$214,700
EPS (ADMINISTRADORAS: 6)				14	$671,000	$0	$0	$671,000
CAJACOPI	CCFC55	901,543,211	6	3	$71,400	$0	$0	$71,400
FOSYGA RÉGIMEN DE EXCEPCIÓN	MIN002	901,037,916	1	1	$6,000	$0	$0	$6,000
MALLAMAS	EPSIC5	837,000,084	5	1	$136,500	$0	$0	$136,500
NUEVA E.P.S.	EPS037	900,156,264	2	2	$89,000	$0	$0	$89,000
SALUD TOTAL	EPS002	800,130,907	4	3	$29,800	$0	$0	$29,800
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	4	$338,300	$0	$0	$338,300
ICBF (ADMINISTRADORAS: 1)				14	$161,600	$0	$0	$161,600
INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR	PAICBF	899,999,239	2	14	$161,600	$0	$0	$161,600
SENA (ADMINISTRADORAS: 1)				14	$107,800	$0	$0	$107,800
SENA	PASENA	899,999,034	1	14	$107,800	$0	$0	$107,800
TOTAL				14	$2,296,800	$0	$0	$2,296,800

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 901892095	4	CONSORCIO ALSIPA	B - MENOS DE 200 COTIZANTES	PRINCIPAL	CR 24 A B 125 COND RES LA CABAÑA	VILLAVICENCIO-META	6000000	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-11	2025-12	2068095271	9497686437	E	2025/12/23	2026/01/08	NEQUI	16	$3,128,300

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO				NOVEDADES																				PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS					PARAFISCALES				
No.	Identificación		Nombre	ing	ret	tde	tae	tdp	tap	vsp	cor	vst	sln	tge	ina	vac	avp	vct	irt	vip	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Tarifa	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Tarifa	Aporte	Dias	IBC	Aporte	Exonerado SENA e ICBF	Total Aportes
SUCURSAL: PRINCIPAL (12 Afiliados)																								$6,927,700	$1,108,700			$6,975,150	$872,600			$6,975,150	$279,300			$486,300					$6,975,150	$350,200		$3,097,100
Centro de Trabajo: Principal (12 Afiliados)																								$6,927,700	$1,108,700			$6,975,150	$872,600			$6,975,150	$279,300			$486,300					$6,975,150	$350,200		$3,097,100
Ciudad: VILLAVICENCIO Depto: META (12 Afiliados)																								$6,927,700	$1,108,700			$6,975,150	$872,600			$6,975,150	$279,300			$486,300					$6,975,150	$350,200		$3,097,100
1	CC	19015302	ARIAS GUALTEROS ARGEMIRO	X	X																	0	$0	$0	EPS037	1	$47,450	$6,000	CCF34	1	$47,450	$1,900	14-11	1	$47,450	6.960%	$3,400	1	$47,450	$2,500	No	$13,800
2	CC	1122646857	BELTRAN TOVAR EDGAR JAVIER	X	X																230201	1	$47,450	$7,600	CCFC55	1	$47,450	$6,000	CCF34	1	$47,450	$1,900	14-11	1	$47,450	6.960%	$3,400	1	$47,450	$2,500	No	$21,400
3	CC	8031135	CABRERA SANCHEZ RICARDO ENRIQUE	X																	25-14	2	$94,900	$15,200	CCFC55	2	$94,900	$11,900	CCF34	2	$94,900	$3,800	14-11	2	$94,900	6.960%	$6,700	2	$94,900	$4,800	No	$42,400
4	CC	7560490	CAMPOS MUÑOZ ADOLFO																		231001	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	6.960%	$99,100	30	$1,423,500	$71,300	No	$633,200
5	CC	17346307	CASTRO ACOSTA RAFAEL																		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	6.960%	$99,100	30	$1,423,500	$71,300	No	$633,200
6	CC	86072222	GUEVARA ESTRADA WILLIAM ALEXANDER	X																	230301	19	$901,550	$144,300	CCFC55	19	$901,550	$112,700	CCF34	19	$901,550	$36,100	14-11	19	$901,550	6.960%	$62,800	19	$901,550	$45,200	No	$401,100
7	CC	12584326	MARTINEZ RICO FLORENTINO	X	X																25-14	1	$47,450	$7,600	EPS041	1	$47,450	$6,000	CCF34	1	$47,450	$1,900	14-11	1	$47,450	6.960%	$3,400	1	$47,450	$2,500	No	$21,400
8	CC	1063890090	PUERTA BRIEVA LUZ ESTELA																		25-14	30	$1,423,500	$227,800	EPSIC5	30	$1,423,500	$178,000	CCF34	30	$1,423,500	$57,000	14-11	30	$1,423,500	6.960%	$99,100	30	$1,423,500	$71,300	No	$633,200
9	CC	79693185	RAMIREZ PUQUENE WILSON EDGARDO		X																230301	1	$47,450	$7,600	EPS017	1	$47,450	$6,000	CCF34	1	$47,450	$1,900	14-11	1	$47,450	6.960%	$3,400	1	$47,450	$2,500	No	$21,400
10	CC	40404583	RODRIGUEZ GUERRERO CLARA ALICIA																		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	6.960%	$99,100	30	$1,423,500	$71,300	No	$633,200
11	CC	1133259006	SANCHEZ PALACIO JERSAIN		X																230301	1	$47,450	$7,600	EPS037	1	$47,450	$6,000	CCF34	1	$47,450	$1,900	14-11	1	$47,450	6.960%	$3,400	1	$47,450	$2,500	No	$21,400
12	CC	8602707	TACHA GARCIA ORLANDO		X																25-14	1	$47,450	$7,600	EPS037	1	$47,450	$6,000	CCF34	1	$47,450	$1,900	14-11	1	$47,450	6.960%	$3,400	1	$47,450	$2,500	No	$21,400
Total Afiliados(12)																								$6,927,700	$1,108,700			$6,975,150	$872,600			$6,975,150	$279,300			$486,300					$6,975,150	$350,200		$3,097,100

aportes en línea

Planilla Resumen

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 4)				11	$1,108,700	$11,200	$0	$1,119,900
COLFONDOS	231001	800,227,940	6	1	$227,800	$2,300	$0	$230,100
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	5	$486,000	$4,900	$0	$490,900
PORVENIR	230301	800,224,808	8	4	$387,300	$3,900	$0	$391,200
PROTECCION	230201	800,229,739	0	1	$7,600	$100	$0	$7,700
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				12	$486,300	$4,900	$0	$491,200
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	12	$486,300	$4,900	$0	$491,200
CCF (ADMINISTRADORAS: 1)				12	$279,300	$2,800	$0	$282,100
COFREM	CCF34	892,000,146	3	12	$279,300	$2,800	$0	$282,100
EPS (ADMINISTRADORAS: 6)				12	$872,600	$8,800	$0	$881,400
CAJACOPI	CCFC55	901,543,211	6	3	$130,600	$1,300	$0	$131,900
FAMISANAR	EPS017	830,003,564	7	1	$6,000	$100	$0	$6,100
MALLAMAS	EPSIC5	837,000,084	5	1	$178,000	$1,800	$0	$179,800
NUEVA E.P.S.	EPS037	900,156,264	2	3	$18,000	$200	$0	$18,200
NUEVA EPS MOVILIDAD	EPS041	900,156,264	2	1	$6,000	$100	$0	$6,100
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	3	$534,000	$5,300	$0	$539,300
ICBF (ADMINISTRADORAS: 1)				12	$210,200	$2,100	$0	$212,300
INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR	PAICBF	899,999,239	2	12	$210,200	$2,100	$0	$212,300
SENA (ADMINISTRADORAS: 1)				12	$140,000	$1,400	$0	$141,400
SENA	PASENA	899,999,034	1	12	$140,000	$1,400	$0	$141,400
TOTAL				12	$3,097,100	$31,200	$0	$3,128,300

en línea

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
NIT 901892095	4	CONSORCIO ALSIPA	B - MENOS DE 200 COTIZANTES	PRINCIPAL	CR 24 A 8 125 COND RES LA CABAÑA	VILLAVICENCIO-META	6000000	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-10	2025-11	1928208286	94947346 36	E	2025/11/26	2025/11/14	BANCOLOMBIA	0	$1,120,300

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO				NOVEDADES																			PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS					PARAFISCALES				
No.	Identificación		Nombre	ins	ret	tde	tae	tdp	tap	vsp	cor	vst	sln	ige	ima	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: PRINCIPAL (9 Afiliados)																							$2,514,850	$402,600			$2,514,850	$314,900			$2,510,734	$100,600			$2,514,850		$175,800		$2,510,734	$126,400		$1,120,300
Centro de Trabajo: Principal (9 Afiliados)																							$2,514,850	$402,600			$2,514,850	$314,900			$2,510,734	$100,600			$2,514,850		$175,800		$2,510,734	$126,400		$1,120,300
Ciudad: VILLAVICENCIO Depto: META (9 Afiliados)																							$2,514,850	$402,600			$2,514,850	$314,900			$2,510,734	$100,600			$2,514,850		$175,800		$2,510,734	$126,400		$1,120,300
1	CC	1003929274	BALOYE SERNA DARWIN	X	X																23030 1	1	$47,450	$7,600	EPS005	1	$47,450	$6,000	CCF34	1	$47,450	$1,900	14-11	1	$47,450	6.960%	$3,400	1	$47,450	$2,500	No	$21,400
2	CC	1006821886	BLANDON MOSQUERA ANDERSON	X	X																23030 1	1	$47,450	$7,600	EPS017	1	$47,450	$6,000	CCF34	1	$47,450	$1,900	14-11	1	$47,450	6.960%	$3,400	1	$47,450	$2,500	No	$21,400
3	CC	7560450	CAMPOS MUÑOZ ADOLFO	X																	23100 1	8	$379,600	$60,800	EPS005	8	$379,600	$47,900	CCF34	8	$379,600	$15,200	14-11	8	$379,600	6.960%	$26,500	8	$379,600	$19,000	No	$169,000
4	CC	17346307	CASTRO ACOSTA RAFAEL	X																	23030 1	8	$379,600	$60,800	EPS005	8	$379,600	$47,900	CCF34	8	$379,600	$15,200	14-11	8	$379,600	6.960%	$26,500	8	$379,600	$19,000	No	$169,000
5	CC	1063896880	PUERTA BUEVA LUZ ESTELA	X																	25-14	1	$47,450	$7,600	EPSIC5	1	$47,450	$6,000	CCF34	1	$47,450	$1,900	14-11	1	$47,450	6.960%	$3,400	1	$47,450	$2,500	No	$21,400
6	CC	79693185	RAMIREZ FUQUENE WILSON EDGARDO	X																	23030 1	2	$94,900	$15,200	EPS017	2	$94,900	$11,900	CCF34	2	$94,900	$3,800	14-11	2	$94,900	6.960%	$6,700	2	$94,900	$4,800	No	$42,400
7	CC	40404583	RODRIGUEZ GUERRERO CLARA ALICIA																		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	6.960%	$99,100	30	$1,423,500	$71,300	No	$633,200
8	CC	1133259006	SANCHEZ PALACIO JERSAIN	X																	23030 1	1	$47,450	$7,600	EPS037	1	$47,450	$6,000	CCF34	1	$43,334	$1,800	14-11	1	$47,450	6.960%	$3,400	1	$43,334	$2,300	No	$21,100
9	CC	86042707	TACHA GARCIA ORLANDO	X																	25-14	1	$47,450	$7,600	EPS037	1	$47,450	$6,000	CCF34	1	$47,450	$1,900	14-11	1	$47,450	6.960%	$3,400	1	$47,450	$2,500	No	$21,400
Total Afiliados(9)																							$2,514,850	$402,600			$2,514,850	$314,900			$2,510,734	$100,600			$2,514,850		$175,800		$2,510,734	$126,400		$1,120,300

aportes en línea

Planilla Resumen

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 3)				9	$402,600	$0	$0	$402,600
COLFONDOS	231001	800,227,940	6	1	$60,800	$0	$0	$60,800
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	3	$243,000	$0	$0	$243,000
PORVENIR	230301	800,224,808	8	5	$98,800	$0	$0	$98,800
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				9	$175,800	$0	$0	$175,800
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	9	$175,800	$0	$0	$175,800
CCF (ADMINISTRADORAS: 1)				9	$100,600	$0	$0	$100,600
COFREM	CCF34	892,000,146	3	9	$100,600	$0	$0	$100,600
EPS (ADMINISTRADORAS: 4)				9	$314,900	$0	$0	$314,900
FAMISANAR	EPS017	830,003,564	7	2	$17,900	$0	$0	$17,900
MALLAMAS	EPSIC5	837,000,084	5	1	$6,000	$0	$0	$6,000
NUEVA E.P.S.	EPS037	900,156,264	2	2	$12,000	$0	$0	$12,000
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	4	$279,000	$0	$0	$279,000
ICBF (ADMINISTRADORAS: 1)				9	$75,900	$0	$0	$75,900
INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR	PAICBF	899,999,239	2	9	$75,900	$0	$0	$75,900
SENA (ADMINISTRADORAS: 1)				9	$50,500	$0	$0	$50,500
SENA	PASENA	899,999,034	1	9	$50,500	$0	$0	$50,500
TOTAL				9	$1,120,300	$0	$0	$1,120,300

aportes en línea

Planilla Resumen

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Telefono	Exonerado SENA e ICBF
NIT 901892095	4	CONSORCIO ALSIPA	B - MENOS DE 200 COTIZANTES	PRINCIPAL	CR 24 A 8 125 COND RES LA CABAÑA	VILLAVICENCIO-META	6000000	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-09	2025-10	1920329399	9494120295	E	2025/10/23	2025/11/11	BANCOLOMBIA	19	$491,600

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	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: PRINCIPAL (1 Afiliados)																						$1,091,350	$174,700			$1,091,350	$136,900			$1,091,350	$43,700			$1,091,350	$76,000		$1,091,350	$54,700		$485,600
Centro de Trabajo: Principal (1 Afiliados)																						$1,091,350	$174,700			$1,091,350	$136,900			$1,091,350	$43,700			$1,091,350	$76,000		$1,091,350	$54,700		$485,600
Ciudad: VILLAVICENCIO Depto: META (1 Afiliados)																						$1,091,350	$174,700			$1,091,350	$136,900			$1,091,350	$43,700			$1,091,350	$76,000		$1,091,350	$54,700		$485,600
1	CC	40404583	RODRIGUEZ GUERRERO CLARA ALICIA	X																25-14	23	$1,091,350	$174,700	EPS005	23	$1,091,350	$136,900	CCF34	23	$1,091,350	$43,700	14-11	23	$1,091,350	6.960%	$76,000	23	$1,091,350	$54,700	No	$485,600
Total Afiliados(1)																						$1,091,350	$174,700			$1,091,350	$136,900			$1,091,350	$43,700			$1,091,350	$76,000		$1,091,350	$54,700		$485,600

aportes en línea

Planilla Resumen

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$174,700	$2,100	$0	$176,800
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	1	$174,700	$2,100	$0	$176,800
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$76,000	$900	$0	$76,900
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	1	$76,000	$900	$0	$76,900
CCF (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$43,700	$600	$0	$44,300
COFREM	CCF34	892,000,146	3	1	$43,700	$600	$0	$44,300
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$136,500	$1,700	$0	$138,200
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	1	$136,500	$1,700	$0	$138,200
ICBF (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$32,800	$400	$0	$33,200
INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR	PAICBF	899,999,239	2	1	$32,800	$400	$0	$33,200
SENA (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$21,900	$300	$0	$22,200
SENA	PASENA	899,999,034	1	1	$21,900	$300	$0	$22,200
TOTAL				1	$485,600	$6,000	$0	$491,600

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 901892095	4	CONSORCIO ALSIPA	B - MENOS DE 200 COTIZANTES	PRINCIPAL	CR 24 A B 125 COND RES LA CABAÑA	VILLAVICENCIO-META	6000000	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	1780247671	9491467007	E	2025/08/26	2025/09/16	BANCO DAVIVIENDA	21	$642,200

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO			NOVEDADES																		PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS					PARAFISCALES				
No.	Identificación	Nombre	Ing	ret	tde	tae	tdp	tap	vsp	cor	vst	sln	lpe	lma	vac	avp	vct	irl	vip	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Tarifa	Aporte	Días	IBC	Aporte	Exonerado SENA e ICBF	Total Aportes
SUCURSAL: PRINCIPAL (2 Afiliados)																					$1,423,500	$227,800			$1,423,500	$178,000			$1,423,500	$57,000			$1,423,500		$99,200		$1,423,500	$71,400		$633,400
Centro de Trabajo: Principal (2 Afiliados)																					$1,423,500	$227,800			$1,423,500	$178,000			$1,423,500	$57,000			$1,423,500		$99,200		$1,423,500	$71,400		$633,400
Ciudad: VILLAVICENCIO Depto: META (2 Afiliados)																					$1,423,500	$227,800			$1,423,500	$178,000			$1,423,500	$57,000			$1,423,500		$99,200		$1,423,500	$71,400		$633,400
1	CC	1118856213	CRUZ TUMAY JHON BERLITZ		X															230301	15	$711,750	$113,900	EPS005	15	$711,750	$89,000	CCF34	15	$711,750	$28,500	14-11	15	$711,750	6.960%	$49,600	15	$711,750	$35,700	No	$316,700
2	CC	17349220	LEAL URREGO RICARDO ANTONIO		X															25-14	15	$711,750	$113,900	EPS017	15	$711,750	$89,000	CCF34	15	$711,750	$28,500	14-11	15	$711,750	6.960%	$49,600	15	$711,750	$35,700	No	$316,700
Total Afiliados(2)																					$1,423,500	$227,800			$1,423,500	$178,000			$1,423,500	$57,000			$1,423,500		$99,200		$1,423,500	$71,400		$633,400

aportes en línea

Planilla Resumen

5230

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 2)				2	$227,800	$3,200	$0	$231,000
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	1	$113,900	$1,600	$0	$115,500
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	$113,900	$1,600	$0	$115,500
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				2	$99,200	$1,400	$0	$100,600
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	2	$99,200	$1,400	$0	$100,600
CCF (ADMINISTRADORAS: 1)				2	$57,000	$800	$0	$57,800
COFREM	CCF34	892,000,146	3	2	$57,000	$800	$0	$57,800
EPS (ADMINISTRADORAS: 2)				2	$178,000	$2,400	$0	$180,400
FAMISANAR	EPS017	830,003,564	7	1	$89,000	$1,200	$0	$90,200
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	1	$89,000	$1,200	$0	$90,200
ICBF (ADMINISTRADORAS: 1)				2	$42,800	$600	$0	$43,400
INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR	PAICBF	899,999,239	2	2	$42,800	$600	$0	$43,400
SENA (ADMINISTRADORAS: 1)				2	$28,600	$400	$0	$29,000
SENA	PASENA	899,999,034	1	2	$28,600	$400	$0	$29,000
TOTAL				2	$633,400	$8,800	$0	$642,200

aportes en línea

Planilla Resumen

4251

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
NIT 901892095	4	CONSORCIO ALSIPA	B - MENOS DE 200 COTIZANTES	PRINCIPAL	CR 24 A B 125 COND RES LA CABAÑA	VILLAVICENCIO-META	6000000	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-06	2025-07	1639944434	94899028066	E	2025/07/22	2025/07/21	BANCO DAVIVIENDA	0	$1,393,400

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO				NOVEDADES																	PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES				
No.	Identificación		Nombre	Ing	ret	tde	tae	tdp	tap	vsp	cor	vst	sln	lge	ima	vac	evp	vct	irl	vip	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Dias	IBC	Aporte	Exonerado SENA e ICBF	Total Aportes
1	CC	1118956213	CRUZ TUMAY JHON BERLITZ																		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	$99,100	30	$1,423,500	$71,300	No	$633,200
2	CC	17349220	LEAL URREGO RICARDO ANTONIO																		25-14	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	$99,100	30	$1,423,500	$71,300	No	$633,200
3	CC	86071353	LOMBANA MURILLO CAMPO ELIAS	X	X																230301	3	$142,350	$22,800	EPS002	3	$142,350	$17,800	CCF34	3	$142,350	$5,700	14-11	3	$142,350	$10,000	3	$142,350	$7,200	No	$63,500
4	CC	1123430983	SALGADO PRIETO MIGUEL ANGEL	X	X																25-14	3	$142,350	$22,800	EPS1C5	3	$142,350	$17,800	CCF34	3	$142,350	$5,700	14-11	3	$142,350	$10,000	3	$142,350	$7,200	No	$63,500
Total	Afiliados(4)																						$3,131,700	$501,200			$3,131,700	$391,600			$3,131,700	$125,400			$3,131,700	$218,200		$3,131,700	$157,000		$1,393,400

2025/07/19 09:45 AM

aportes en línea

Planilla Resumen

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Telefono	Exonerado SENA e ICBF
NIT 901892095	4	CONSORCIO ALSIPA	B - MENOS DE 200 COTIZANTES	PRINCIPAL	CR 24 A B 125 COND RES LA CABAÑA	VILLAVICENCIO-META	6000000	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-06	2025-07	1639944434	94890280 66	E	2025/07/22	2025/07/21	BANCO DAVIVIENDA	0	$1,393,400

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 2)				4	$501,200	$0	$0	$501,200
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	2	$250,600	$0	$0	$250,600
PORVENIR	230301	800,224,808	8	2	$250,600	$0	$0	$250,600
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				4	$218,200	$0	$0	$218,200
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	4	$218,200	$0	$0	$218,200
CCF (ADMINISTRADORAS: 1)				4	$125,400	$0	$0	$125,400
COFREM	CCF34	892,000,146	3	4	$125,400	$0	$0	$125,400
EPS (ADMINISTRADORAS: 4)				4	$391,600	$0	$0	$391,600
FAMISANAR	EPS017	830,003,564	7	1	$178,000	$0	$0	$178,000
MALLAMAS	EPSIC5	837,000,084	5	1	$17,800	$0	$0	$17,800
SALUD TOTAL	EPS002	800,130,907	4	1	$17,800	$0	$0	$17,800
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	1	$178,000	$0	$0	$178,000
ICBF (ADMINISTRADORAS: 1)				4	$94,200	$0	$0	$94,200
INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR	PAICBF	899,999,239	2	4	$94,200	$0	$0	$94,200
SENA (ADMINISTRADORAS: 1)				4	$62,800	$0	$0	$62,800
SENA	PASENA	899,999,034	1	4	$62,800	$0	$0	$62,800
TOTAL				4	$1,393,400	$0	$0	$1,393,400

2025/07/19 09:45 AM

aportes en línea

Planilla Resumen

1233

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
NIT 901892095	4	CONSORCIO ALSIPA	B - MENOS DE 200 COTIZANTES	Principal	CR 24 A B 125 COND RES LA CABAÑA	VILLAVICENCIO-META	6000000	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-05	2025-06	1563721097	9487576024	E	2025/06/25	2025/06/18	BANCO DAVIVIENDA	0	$1,604,900

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	Aporte	Dias	IBC	Aporte	Exonerado SENA e ICBF	Total Aportes
1	CC	1118536213	CRUZ TUMAY JHON BERLITZ																		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	$99,100	30	$1,423,500	$71,300	No	$633,200
2	CC	17349220	LEAL URREGO RICARDO ANTONIO																		25-14	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	$99,100	30	$1,423,500	$71,300	No	$633,200
3	CC	1004119765	MEDINA MUÑOZ DIMAS		X																230301	1	$47,450	$7,600	EPS017	1	$47,450	$6,000	CCF34	1	$47,450	$1,900	14-11	1	$47,450	$3,400	1	$47,450	$2,500	No	$21,400
4	CC	3276806	ORTIZ ORTIZ LUIS ARIEL		X																230201	15	$711,750	$113,900	EPS037	15	$711,750	$89,000	CCF34	15	$711,750	$28,500	14-11	15	$711,750	$49,600	15	$711,750	$35,700	No	$316,700
Total	Afiliados(4)																						$3,606,200	$577,100			$3,606,200	$451,000			$3,606,200	$144,400			$3,606,200	$251,200		$3,606,200	$180,800		$1,604,900

2025/06/18 01:18 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 901892095	4	CONSORCIO ALSIPA	B - MENOS DE 200 COTIZANTES	Principal	CR 24 A B 125 COND RES LA CABAÑA	VILLAVICENCIO-META	6000000	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-05	2025-06	1563721097	94875760 24	E	2025/06/25	2025/06/18	BANCO DAVIVIENDA	0	$1,604,500

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 3)				4	$577,100	$0	$0	$577,100
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	1	$227,800	$0	$0	$227,800
PORVENIR	230301	800,224,808	8	2	$235,400	$0	$0	$235,400
PROTECCION	230201	800,229,739	0	1	$113,900	$0	$0	$113,900
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				4	$251,200	$0	$0	$251,200
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	4	$251,200	$0	$0	$251,200
CCF (ADMINISTRADORAS: 1)				4	$144,400	$0	$0	$144,400
COFREM	CCF34	892,000,146	3	4	$144,400	$0	$0	$144,400
EPS (ADMINISTRADORAS: 3)				4	$451,000	$0	$0	$451,000
FAMISANAR	EPS017	830,003,564	7	2	$184,000	$0	$0	$184,000
NUEVA E.P.S.	EPS037	900,156,264	2	1	$89,000	$0	$0	$89,000
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	1	$178,000	$0	$0	$178,000
ICBF (ADMINISTRADORAS: 1)				4	$108,500	$0	$0	$108,500
INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR	PAICBF	899,999,239	2	4	$108,500	$0	$0	$108,500
SENA (ADMINISTRADORAS: 1)				4	$72,300	$0	$0	$72,300
SENA	PASENA	899,999,034	1	4	$72,300	$0	$0	$72,300
TOTAL				4	$1,604,500	$0	$0	$1,604,500

aportes en línea

Planilla Resumen

5235

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
NIT 901892095	4	CONSORCIO ALSIPA	B - MENOS DE 200 COTIZANTES	Principal	CR 24 A B 125 COND RES LA CABAÑA	VILLAVICENCIO-META	6000000	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-04	2025-05	1480937636	9486013831	E	2025/05/23	2025/05/14	BANCO DAVIVIENDA	0	$2,809,900

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	Aporte	Dias	IBC	Aporte	Exonerado SENA e ICBF	Total Aportes
1	CC	1122922397	BRAVO HERRERA JOUBRY SANTIAGO	X	X																	230301	1	$47,450	$7,600	CCPC35	1	$47,450	$6,000	CCF34	1	$47,450	$1,900	14-11	1	$47,450	$3,400	1	$47,450	$2,500	No	$21,400
2	CC	1121931794	CARDOZO BARRERA HENRY ALBERTO	X	X																	230301	1	$47,450	$7,600	CCPC55	1	$47,450	$6,000	CCF34	1	$47,450	$1,900	14-11	1	$47,450	$3,400	1	$47,450	$2,500	No	$21,400
3	CC	1118556213	CRUZ TUMAY JHON BERLITZ																			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	$99,100	30	$1,423,500	$71,300	No	$633,200
4	CC	80838390	DELGADO GAMBOA YEFFERSON JOSE		X																	230301	1	$47,450	$7,600	EPS037	1	$47,450	$6,000	CCF34	1	$47,450	$1,900	14-11	1	$47,450	$3,400	1	$47,450	$2,500	No	$21,400
5	CC	1121906298	IBARRA VELASQUEZ YEISSON ORLANDO	X	X																	230301	1	$47,450	$7,600	EPS002	1	$47,450	$6,000	CCF34	1	$47,450	$1,900	14-11	1	$47,450	$3,400	1	$47,450	$2,500	No	$21,400
6	CC	17349230	LEAL URREGO RICARDO ANTONIO																			25-14	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	$99,100	30	$1,423,500	$71,300	No	$633,200
7	CC	1004119765	MEDINA MUÑOZ DIMAS	X																		230301	28	$1,328,600	$212,600	EPS017	28	$1,328,600	$166,100	CCF34	28	$1,328,600	$53,200	14-11	28	$1,328,600	$92,500	28	$1,328,600	$66,500	No	$590,900
8	CC	3276806	ORTIZ ORTIZ LUIS ARIEL																			230201	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	$99,100	30	$1,423,500	$71,300	No	$633,200
9	CC	1121858623	PEÑA HERRERA BRAYAM ANDRES	X	X																	230301	1	$47,450	$7,600	EPS037	1	$47,450	$6,000	CCF34	1	$47,450	$1,900	14-11	1	$47,450	$3,400	1	$47,450	$2,500	No	$21,400
10	CC	1022346301	PEREZ GUTIERREZ ANDERSSON MANUEL	X	X																	231001	1	$47,450	$7,600	EPS005	1	$47,450	$6,000	CCF34	1	$47,450	$1,900	14-11	1	$47,450	$3,400	1	$47,450	$2,500	No	$21,400
11	CC	1121960242	RODRIGUEZ RODRIGUEZ BRANDON DAVID	X	X																	25-14	1	$47,450	$7,600	CCPC35	1	$47,450	$6,000	CCF34	1	$47,450	$1,900	14-11	1	$47,450	$3,400	1	$47,450	$2,500	No	$21,400
12	CC	1234782452	RODRIGUEZ RAMIREZ JUAN SEBASTIAN	X	X																	230301	1	$47,450	$7,600	EPS017	1	$47,450	$6,000	CCF34	1	$47,450	$1,900	14-11	1	$47,450	$3,400	1	$47,450	$2,500	No	$21,400
13	CC	1121988158	URIQUIJO VELASCO NICOLAS	X	X																	25-14	1	$47,450	$7,600	EPS005	1	$47,450	$6,000	CCF34	1	$47,450	$1,900	14-11	1	$47,450	$3,400	1	$47,450	$2,500	No	$21,400
14	CC	1121838647	ZAMBRANO GUTIERREZ CARLOS ANDRES	X	X																	230301	6	$284,700	$45,600	EPS002	6	$284,700	$38,600	CCF34	6	$284,700	$11,400	14-11	6	$284,700	$19,900	6	$284,700	$14,300	No	$128,800
Total	Afiliados(14)																							$6,310,850	$1,010,000			$6,310,850	$789,700			$6,310,850	$252,700			$6,310,850	$440,300		$6,310,850	$317,200		$2,809,900

2025/06/13 01:32 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 901892095	4	CONSORCIO ALSIPA	B - MENOS DE 200 COTIZANTES	Principal	CR 24 A 8 125 COND RES LA CABAÑA	VILLAVICENCIO-META	6000000	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-04	2025-05	1480937634	9486013831	E	2025/05/23	2025/05/14	BANCO DAVIVIENDA	0	$2,809,900

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 4)				14	$1,010,000	$0	$0	$1,010,000
COLFONDOS	231001	800,227,940	6	1	$7,600	$0	$0	$7,600
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	3	$243,000	$0	$0	$243,000
PORVENIR	230301	800,224,808	8	9	$531,600	$0	$0	$531,600
PROTECCION	230201	800,229,739	0	1	$227,800	$0	$0	$227,800
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				14	$440,300	$0	$0	$440,300
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	14	$440,300	$0	$0	$440,300
CCF (ADMINISTRADORAS: 1)				14	$252,700	$0	$0	$252,700
COFREM	CCF34	892,000,146	3	14	$252,700	$0	$0	$252,700
EPS (ADMINISTRADORAS: 5)				14	$789,700	$0	$0	$789,700
CAJACOPI	CCFC55	901,543,211	6	3	$18,000	$0	$0	$18,000
FAMISANAR	EPS017	830,003,564	7	3	$350,100	$0	$0	$350,100
NUEVA E.P.S.	EPS037	900,156,264	2	3	$190,000	$0	$0	$190,000
SALUD TOTAL	EPS002	800,130,907	4	2	$41,600	$0	$0	$41,600
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	3	$190,000	$0	$0	$190,000
ICBF (ADMINISTRADORAS: 1)				14	$190,400	$0	$0	$190,400
INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR	PAICBF	899,999,239	2	14	$190,400	$0	$0	$190,400
SENA (ADMINISTRADORAS: 1)				14	$126,800	$0	$0	$126,800
SENA	PASENA	899,999,034	1	14	$126,800	$0	$0	$126,800
TOTAL				14	$2,809,900	$0	$0	$2,809,900

aportes en línea

Planilla Resumen

2254

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
NIT 901892095	4	CONSORCIO ALSIPA	B - MENOS DE 200 COTIZANTES	Principal	CR 24 A 8 125 COND RES LA CABAÑA	VILLAVICENCIO-META	6000000	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-03	2025-04	1417819926	9484713253	E	2025/04/24	2025/04/21	BANCO DAVIVIENDA	0	$2,335,400

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	Aporte	Dias	IBC	Aporte	Exonerado SENA e ICBF	Total Aportes
1	CC	1118959213	CRUZ TUMAY JHON BERLITZ																			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	$99,100	30	$1,423,500	$71,300	No	$633,200
2	CC	80838390	DELGADO GAMBOA YEFFERSON JOSE	X																		230301	25	$1,186,250	$189,800	EPS037	25	$1,186,250	$148,300	CCF34	25	$1,186,250	$47,500	14-11	25	$1,186,250	$82,600	25	$1,186,250	$59,400	No	$527,600
3	CC	17349220	LEAL URREGO RICARDO ANTONIO																			25-14	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	$99,100	30	$1,423,500	$71,300	No	$633,200
4	CC	4129455	ORTEGA SALGADO SEGUNDO MOISES		X																		0	$0	$0	EPS005	1	$47,450	$6,000	CCF34	1	$47,450	$1,900	14-11	1	$47,450	$3,400	1	$47,450	$2,500	No	$13,800
5	CC	3276806	ORTIZ ORTIZ LUIS ARIEL	X																		230301	25	$1,186,250	$189,800	EPS037	25	$1,186,250	$148,300	CCF34	25	$1,186,250	$47,500	14-11	25	$1,186,250	$82,600	25	$1,186,250	$59,400	No	$527,600
Total		Afiliados(5)																						$5,219,300	$835,200			$5,266,950	$650,600			$5,266,950	$210,900			$5,266,950	$366,800		$5,266,950	$263,900		$2,335,400

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 901892095	4	CONSORCIO ALSIPA	B - MENOS DE 200 COTIZANTES	Principal	CR 24 A B 125 COND RES LA CABAÑA	VILLAVICENCIO-META	6000000	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-03	2025-04	1417815926	9484713253	E	2025/04/24	2025/04/21	BANCO DAVIVIENDA	0	$2,335,400

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 3)				4	$835,200	$0	$0	$835,200
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	1	$227,800	$0	$0	$227,800
PORVENIR	230301	800,224,808	8	2	$417,600	$0	$0	$417,600
PROTECCION	230201	800,229,739	0	1	$189,800	$0	$0	$189,800
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				5	$366,800	$0	$0	$366,800
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	5	$366,800	$0	$0	$366,800
CCF (ADMINISTRADORAS: 1)				5	$210,900	$0	$0	$210,900
COFREM	CCF34	892,000,146	3	5	$210,900	$0	$0	$210,900
EPS (ADMINISTRADORAS: 3)				5	$658,600	$0	$0	$658,600
FAMISANAR	EPS017	830,003,564	7	1	$178,000	$0	$0	$178,000
NUEVA E.P.S.	EPS037	900,156,264	2	2	$296,600	$0	$0	$296,600
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	2	$184,000	$0	$0	$184,000
ICBF (ADMINISTRADORAS: 1)				5	$158,300	$0	$0	$158,300
INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR	PAICBF	899,999,239	2	5	$158,300	$0	$0	$158,300
SENA (ADMINISTRADORAS: 1)				5	$105,600	$0	$0	$105,600
SENA	PASENA	899,999,034	1	5	$105,600	$0	$0	$105,600
TOTAL				5	$2,335,400	$0	$0	$2,335,400

2025/06/13 01:30 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 901892095	4	CONSORCIO ALSIPA	B - MENOS DE 200 COTIZANTES	Principal	CR 24 A B 125 COND RES LA CABAÑA	VILLAVICENCIO-META	6000000	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-02	2025-03	1387345985	9484179579	E	2025/03/25	2025/04/04	BANCO DAVIVIENDA	10	$2,038,400

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO				NOVEDADES																	PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES				
No.	Identificación		Nombre	ing	ret	tde	tae	tdp	tap	vsp	cor	vst	sln	lge	ima	vac	evp	vct	irl	vip	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Dias	IBC	Aporte	Exonerado SENA e ICBF	Total Aportes
1	CC	1118596213	CRUZ TUMAY JHON BERLITZ																		230301	30	$1,423,500	$227,800	EPS005	30	$1,423,500	$170,000	CCF34	30	$1,423,500	$57,000	14-11	30	$1,423,500	$99,100	30	$1,423,500	$71,300	No	$633,200
2	CC	86057285	DIAZ AVENDAÑO WILBER		X																230301	1	$47,450	$7,600	EPS002	1	$47,450	$6,000	CCF34	1	$47,450	$1,900	14-11	1	$47,450	$3,400	1	$47,450	$2,500	No	$21,400
3	CC	1006629945	GARZON LEON CARLOS ANTONIO		X																230301	8	$379,600	$60,800	EPS037	8	$379,600	$47,500	CCF34	8	$379,600	$15,200	14-11	8	$379,600	$26,500	8	$379,600	$19,000	No	$169,000
4	CC	17349220	LEAL URREGO RICARDO ANTONIO																		25-14	30	$1,423,500	$227,800	EPS017	30	$1,423,500	$170,000	CCF34	30	$1,423,500	$57,000	14-11	30	$1,423,500	$99,100	30	$1,423,500	$71,300	No	$633,200
5	CC	15991684	MARTINEZ MORALES ANDRES FELIPE	X	X																230301	1	$47,450	$7,600	EPS017	1	$47,450	$6,000	CCF34	1	$47,450	$1,900	14-11	1	$47,450	$3,400	1	$47,450	$2,500	No	$21,400
6	PT	732733	OROZCO CHACON OSMAN OSWALDO		X																	0	$0	$0	EPS005	1	$47,450	$6,000	CCF34	1	$47,450	$1,900	14-11	1	$47,450	$3,400	1	$47,450	$2,500	No	$13,800
7	CC	4129455	ORTEGA SALGADO SEGUNDO MOISES																			0	$0	$0	EPS005	30	$1,423,500	$170,000	CCF34	30	$1,423,500	$57,000	14-11	30	$1,423,500	$99,100	30	$1,423,500	$71,300	No	$408,400
8	CC	1092270399	RISCANEVO RISCANEVO DIEGO FERNANDO		X																230301	3	$142,350	$22,800	EPS037	3	$142,350	$17,800	CCF34	3	$142,350	$5,700	14-11	3	$142,350	$10,000	3	$142,350	$7,200	No	$63,900
9	CC	21183925	RODRIGUEZ PERILLA DIANA PAOLA	X	X																25-14	1	$47,450	$7,600	CCFC55	1	$47,450	$6,000	CCF34	1	$47,450	$1,900	14-11	1	$47,450	$3,400	1	$47,450	$2,500	No	$21,400
10	CC	1234792452	RODRIGUEZ RAMIREZ JUAN SEBASTIAN	X	X																230301	1	$47,450	$7,600	EPS017	1	$47,450	$6,000	CCF34	1	$47,450	$1,900	14-11	1	$47,450	$3,400	1	$47,450	$2,500	No	$21,400
11	CC	1121899225	SAMABRIA PARDO JHON ALEXANDER	X	X																230301	1	$47,450	$7,600	CCFC55	1	$47,450	$6,000	CCF34	1	$47,450	$1,900	14-11	1	$47,450	$3,400	1	$47,450	$2,500	No	$21,400
Total		Afiliados(11)																					$3,606,200	$577,200			$5,077,150	$635,300			$5,077,150	$203,300			$5,077,150	$354,200		$5,077,150	$255,100		$2,025,100

Planilla Resumen

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
NIT 901892095	4	CONSORCIO ALSIPA	B - MENOS DE 200 COTIZANTES	Principal	CR 24 A B 125 COND RES LA CABAÑA	VILLAVICENCIO-META	6000000	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-02	2025-03	1387345985	9484175579	E	2025/03/25	2025/04/04	BANCO DAVIVIENDA	10	$2,038,400

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 2)				9	$577,200	$3,700	$0	$580,900
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	2	$235,400	$1,500	$0	$236,900
PORVENIR	230301	800,224,808	8	7	$341,800	$2,200	$0	$344,000
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				11	$354,200	$2,300	$0	$356,500
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	11	$354,200	$2,300	$0	$356,500
CCF (ADMINISTRADORAS: 1)				11	$203,300	$1,300	$0	$204,600
COFREM	CCF34	892,000,146	3	11	$203,300	$1,300	$0	$204,600
EPS (ADMINISTRADORAS: 5)				11	$635,300	$4,300	$0	$639,600
CAJACOPI	CCFC55	901,543,211	6	2	$12,000	$100	$0	$12,100
FAMISANAR	EPS017	830,003,564	7	3	$190,000	$1,300	$0	$191,300
NUEVA E.P.S.	EPS037	900,156,264	2	2	$65,300	$500	$0	$65,800
SALUD TOTAL	EPS002	800,130,907	4	1	$6,000	$100	$0	$6,100
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	3	$362,000	$2,300	$0	$364,300
ICBF (ADMINISTRADORAS: 1)				11	$153,100	$1,000	$0	$154,100
INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR	PAICBF	899,999,239	2	11	$153,100	$1,000	$0	$154,100
SENA (ADMINISTRADORAS: 1)				11	$102,000	$700	$0	$102,700
SENA	PASENA	899,999,034	1	11	$102,000	$700	$0	$102,700
TOTAL				11	$2,025,100	$13,300	$0	$2,038,400

aportes en línea

Planilla Resumen

5'647

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
NIT 901892095	4	CONSORCIO ALSIPA	B - MENOS DE 200 COTIZANTES	Principal	CR 24 A 8 125 COND RES LA CABAÑA	VILLAVICENCIO-META	6000000	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-01	2025-02	1387360207	9484176188	E	2025/02/24	2025/04/04	BANCO DAVIVIENDA	39	$2,241,100

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	Aporte	Dias	IBC	Aporte	Exonerado SENA e ICBF	Total Aportes
1	CC	1106742004	CASTAÑEDA PRIETO JHOAN SEBASTIAN	X	X																230301	3	$142,350	$22,800	EPS041	3	$142,350	$17,800	CCF34	3	$142,350	$5,700	14-11	3	$142,350	$10,000	3	$142,350	$7,200	No	$63,500
2	CC	1118956213	CRUZ TUMAY JHON BERLITZ	X																	230301	17	$806,650	$129,100	EPS005	17	$806,650	$100,900	CCF34	17	$806,650	$32,300	14-11	17	$806,650	$56,200	17	$806,650	$40,400	No	$358,900
3	CC	1122511611	DIAZ ORTEGA HEDIER ALEXANDER	X	X																25-14	3	$142,350	$22,800	EPS002	3	$142,350	$17,800	CCF34	3	$142,350	$5,700	14-11	3	$142,350	$10,000	3	$142,350	$7,200	No	$63,500
4	CC	86057285	DIAZ AVENDAÑO WILBER	X																	230301	15	$711,750	$113,900	EPS002	15	$711,750	$89,000	CCF34	15	$711,750	$28,500	14-11	15	$711,750	$49,600	15	$711,750	$35,700	No	$316,700
5	CC	1006635945	GARZON LEON CARLOS ANTONIO	X																	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	$99,100	30	$1,423,500	$71,300	No	$633,200
6	CC	17349220	LEAL URREGO RICARDO ANTONIO	X																	25-14	17	$806,650	$129,100	EPS017	17	$806,650	$100,900	CCF34	17	$806,650	$32,300	14-11	17	$806,650	$56,200	17	$806,650	$40,400	No	$358,900
7	PT	732733	OROZCO CHACON OSMAN OSWALDO	X																		0	$0	$0	EPS005	17	$806,650	$100,900	CCF34	17	$806,650	$32,300	14-11	17	$806,650	$56,200	17	$806,650	$40,400	No	$229,800
8	CC	4129455	ORTEGA SALGADO SEGUNDO MOISES	X																		0	$0	$0	EPS005	1	$47,450	$6,000	CCF34	1	$47,450	$1,900	14-11	1	$47,450	$3,400	1	$47,450	$2,500	No	$13,800
9	CC	1003270399	RISCANEVO RISCANEVO DIEGO FERNANDO	X																	230301	1	$47,450	$7,600	EPS037	1	$47,450	$6,000	CCF34	1	$47,450	$1,900	14-11	1	$47,450	$3,400	1	$47,450	$2,500	No	$21,400
10	CC	1067806640	VILLADIEGO VILLADIEGO JUAN CAMILO	X	X																230301	3	$142,350	$22,800	EPS002	3	$142,350	$17,800	CCF34	3	$142,350	$5,700	14-11	3	$142,350	$10,000	3	$142,350	$7,200	No	$63,500
11	CC	1121838647	ZAMBRANO GUTIERREZ CARLOS ANDRES	X	X																230301	3	$142,350	$22,800	EPS002	3	$142,350	$17,800	CCF34	3	$142,350	$5,700	14-11	3	$142,350	$10,000	3	$142,350	$7,200	No	$63,500
Total	Afiliados(11)																						$4,365,400	$698,700			$5,219,500	$652,900			$5,219,500	$209,000			$5,219,500	$364,100		$5,219,500	$262,000		$2,186,700

2025/06/13 01:28 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 901892095	4	CONSORCIO ALSIPA	B - MENOS DE 200 COTIZANTES	Principal	CR 24 A B 125 COND RES LA CABAÑA	VILLAVICENCIO-META	6000000	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-01	2025-02	1387360207	9484176188	E	2025/02/24	2025/04/04	BANCO DAVIVIENDA	39	$2,241,100

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 2)				9	$698,700	$17,300	$0	$716,000
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	2	$151,900	$3,800	$0	$155,700
PORVENIR	230301	800,224,808	8	7	$546,800	$13,500	$0	$560,300
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				11	$364,100	$9,000	$0	$373,100
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	11	$364,100	$9,000	$0	$373,100
CCF (ADMINISTRADORAS: 1)				11	$209,000	$5,200	$0	$214,200
COFREM	CCF34	892,000,146	3	11	$209,000	$5,200	$0	$214,200
EPS (ADMINISTRADORAS: 5)				11	$652,900	$16,400	$0	$669,300
FAMISANAR	EPS017	830,003,564	7	1	$100,900	$2,500	$0	$103,400
NUEVA E.P.S.	EPS037	900,156,264	2	2	$184,000	$4,600	$0	$188,600
NUEVA EPS MOVILIDAD	EPS041	900,156,264	2	1	$17,800	$500	$0	$18,300
SALUD TOTAL	EPS002	800,130,907	4	4	$142,400	$3,600	$0	$146,000
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	3	$207,800	$5,200	$0	$213,000
ICBF (ADMINISTRADORAS: 1)				11	$157,000	$3,900	$0	$160,900
INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR	PAICBF	899,999,239	2	11	$157,000	$3,900	$0	$160,900
SENA (ADMINISTRADORAS: 1)				11	$105,000	$2,600	$0	$107,600
SENA	PASENA	899,999,034	1	11	$105,000	$2,600	$0	$107,600
TOTAL				11	$2,186,700	$54,400	$0	$2,241,100

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 901892095	4	CONSORCIO ALSIPA	B - MENOS DE 200 COTIZANTES	Principal	CR 24 A 8 125 COND RES LA CABAÑA	VILLAVICENCIO-META	6000000	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2024-12	2025-01	1387371124	94833016657	E	2025/01/24	2025/04/04	BANCO DAVIVIENDA	70	$687,100

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO				NOVEDADES																	PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES				
No.	Identificación		Nombre	Ing	ret	tde	tae	tdp	tap	vsp	cor	vst	sln	lge	lma	vac	avp	vct	irl	vip	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Dias	IBC	Aporte	Exonerado SENA e ICBF	Total Aportes
1	CC	1118556213	CRUZ TUMAY JHON BERLITZ	X	X																230301	14	$606,667	$97,100	EPS005	14	$606,667	$75,900	CCF34	14	$606,667	$24,300	14-11	14	$606,667	$42,300	14	$606,667	$30,500	No	$220,100
2	CC	1006635945	GARZON LEON CARLOS ANTONIO	X	X																230301	17	$736,667	$117,900	EPS037	17	$736,667	$92,100	CCF34	17	$736,667	$29,500	14-11	17	$736,667	$51,300	17	$736,667	$37,000	No	$327,800
3	CC	1006656597	GOMEZ BELTRAN BRENDA JULIETH	X	X																25-14	1	$43,334	$7,000	EPS037	1	$43,334	$5,500	CCF34	1	$43,334	$1,800	14-11	1	$43,334	$3,100	1	$43,334	$2,300	No	$19,700
4	CC	1121893225	SANABRIA PARDO JHON ALEXANDER	X	X																230301	1	$43,334	$7,000	CCFC55	1	$43,334	$5,500	CCF34	1	$43,334	$1,800	14-11	1	$43,334	$3,100	1	$43,334	$2,300	No	$19,700
5	CC	1133259006	SANCHEZ PALACIO JERSAIN	X	X																230301	1	$43,334	$7,000	EPS037	1	$43,334	$5,500	CCF34	1	$43,334	$1,800	14-11	1	$43,334	$3,100	1	$43,334	$2,300	No	$19,700
Total Afiliados(5)																							$1,473,336	$236,000			$1,473,336	$184,500			$1,473,336	$59,200			$1,473,336	$102,900		$1,473,336	$74,400		$657,000

2025/06/13 01:27 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 901892095	4	CONSORCIO ALSIPA	B - MENOS DE 200 COTIZANTES	Principal	CR 24 A B 125 COND RES LA CABAÑA	VILLAVICENCIO-META	6000000	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2024-12	2025-01	1387371124	94B3016657	E	2025/01/24	2025/04/04	BANCO DAVIVIENDA	70	$687,100

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 2)				5	$236,000	$10,700	$0	$246,700
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	1	$7,000	$400	$0	$7,400
PORVENIR	230301	800,224,808	8	4	$229,000	$10,300	$0	$239,300
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				5	$102,900	$4,700	$0	$107,600
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	5	$102,900	$4,700	$0	$107,600
CCF (ADMINISTRADORAS: 1)				5	$59,200	$2,700	$0	$61,900
COFREM	CCF34	892,000,146	3	5	$59,200	$2,700	$0	$61,900
EPS (ADMINISTRADORAS: 3)				5	$184,500	$8,500	$0	$193,000
CAJACOPI	CCFC55	901,543,211	6	1	$5,500	$300	$0	$5,800
NUEVA E.P.S.	EPS037	900,156,264	2	3	$103,100	$4,700	$0	$107,800
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	1	$75,900	$3,500	$0	$79,400
ICBF (ADMINISTRADORAS: 1)				5	$44,700	$2,100	$0	$46,800
INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR	PAICBF	899,999,239	2	5	$44,700	$2,100	$0	$46,800
SENA (ADMINISTRADORAS: 1)				5	$29,700	$1,400	$0	$31,100
SENA	PASENA	899,999,034	1	5	$29,700	$1,400	$0	$31,100
TOTAL				5	$657,000	$30,100	$0	$687,100

2025/06/13 01:27 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
CC 17268081		CONTRERAS GARZON FRANCISCO JAVIER	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	MZ H6 CASA 10A PRADOS MAVICURE	VILLAVICENCIO-META	6675432	SI

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-12	2025-12	2044384527	9497126607	I	2026/01/21	2025/12/29	BANCO DAVIVIENDA	0	$618,800

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO				NOVEDADES																PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES				
No.	Identificación		Nombre	Ing	ret	tde	tae	tdp	tap	vsp	cor	vst	sln	lge	lma	vac	avp	vct	Irl	vip	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte	Exonerado SENA e ICBF	Total Aportes
1	CC	17268081	CONTRERAS GARZON FRANCISCO JAVIER																		230201	30	$2,000,000	$320,000	EPS005	30	$2,000,000	$250,000		0	$0	$0	14-23	30	$2,000,000	$48,800	0	$0	$0	No	$618,800
Total	Afiliados(1)																						$2,000,000	$320,000			$2,000,000	$290,000			$0	$0			$2,000,000	$48,800		$0	$0		$618,800

2025/12/29 02:30 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
CC 17268081		CONTRERAS GARZON FRANCISCO JAVIER	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	MZ H6 CASA 10A PRADOS MAVICURE	VILLAVICENCIO-META	6675432	SI

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-12	2025-12	2044384527	9497126607	I	2026/01/21	2025/12/29	BANCO DAVIVIENDA	0	$618,800

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$320,000	$0	$0	$320,000
PROTECCION	230201	800,229,739	0	1	$320,000	$0	$0	$320,000
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$48,800	$0	$0	$48,800
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	$48,800	$0	$0	$48,800
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$250,000	$0	$0	$250,000
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	1	$250,000	$0	$0	$250,000
TOTAL				1	$618,800	$0	$0	$618,800

2025/12/29 02:30 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
CC 17268081		CONTRERAS GARZON FRANCISCO JAVIER	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	MZ H6 CASA 10A PRADOS MAVICURE	VILLAVICENCIO-META	6675432	SI

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-11	2025-11	1986288737	9495647194	I	2025/12/18	2025/12/09	BANCO DAVIVIENDA	0	$618,800

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	Aporte	Dias	IBC	Aporte	Exonerado SENA e ICBF	Total Aportes
1	CC	17268081	CONTRERAS GARZON FRANCISCO JAVIER																		230201	30	$2,000,000	$320,000	EPS005	30	$2,000,000	$250,000		0	$0	$0	14-23	30	$2,000,000	$48,800	0	$0	$0	No	$618,800
Total			Afiliados(1)																				$2,000,000	$320,000			$2,000,000	$250,000			$0	$0			$2,000,000	$48,800		$0	$0		$618,800

2025/12/05 07:40 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
CC 17268081		CONTRERAS GARZON FRANCISCO JAVIER	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	MZ H6 CASA 10A PRADOS MAVICURE	VILLAVICENCIO-META	6675432	SI

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-11	2025-11	1986288737	94956471 94	I	2025/12/18	2025/12/09	BANCO DAVIVIENDA	0	$618,800

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$320,000	$0	$0	$320,000
PROTECCION	230201	800,229,739	0	1	$320,000	$0	$0	$320,000
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$48,800	$0	$0	$48,800
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	$48,800	$0	$0	$48,800
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$250,000	$0	$0	$250,000
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	1	$250,000	$0	$0	$250,000
TOTAL				1	$618,800	$0	$0	$618,800

2025/12/05 07:40 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
CC 17268081		CONTRERAS GARZON FRANCISCO JAVIER	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	MZ H6 CASA 10A PRADOS MAVICURE	VILLAVICENCIO-META	6675432	SI

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-10	2025-10	1908490124	9494058295	I	2025/11/21	2025/11/06	BANCO DAVIVIENDA	0	$618,800

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	Aporte	Dias	IBC	Aporte	Exonerado SENA e ICBF	Total Aportes
1	CC	17268081	CONTRERAS GARZON FRANCISCO JAVIER																		230201	30	$2,000,000	$320,000	EPS005	30	$2,000,000	$250,000		0	$0	$0	14-23	30	$2,000,000	$48,800	0	$0	$0	No	$618,800
Total Afiliados(1)																							$2,000,000	$320,000			$2,000,000	$250,000			$0	$0			$2,000,000	$48,800		$0	$0		$618,800

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
CC 17268081		CONTRERAS GARZON FRANCISCO JAVIER	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	MZ H6 CASA 10A PRADOS MAVICURE	VILLAVICENCIO-META	6675432	SI

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-10	2025-10	1908490124	94940582 95	I	2025/11/21	2025/11/06	BANCO DAVIVIENDA	0	$618,800

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$320,000	$0	$0	$320,000
PROTECCION	230201	800,229,739	0	1	$320,000	$0	$0	$320,000
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$48,800	$0	$0	$48,800
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	$48,800	$0	$0	$48,800
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$250,000	$0	$0	$250,000
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	1	$250,000	$0	$0	$250,000
TOTAL				1	$618,800	$0	$0	$618,800

2025/11/06 10:15 AM

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
CC 17268081		CONTRERAS GARZON FRANCISCO JAVIER	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	MZ H6 CASA 10A PRADOS MAVICURE	VILLAVICENCIO-META	6675432	SI

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-09	2025-09	1840300635	9492593168	I	2025/10/20	2025/10/09	BANCO DAVIVIENDA	0	$618,800

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	Aporte	Dias	IBC	Aporte	Exonerado SENA e ICBF	Total Aportes
1	CC	17268081	CONTRERAS GARZON FRANCISCO JAVIER																		230201	30	$2,000,000	$320,000	EPS005	30	$2,000,000	$250,000		0	$0	$0	14-23	30	$2,000,000	$48,800	0	$0	$0	No	$618,800
Total	Afiliados(1)																						$2,000,000	$320,000			$2,000,000	$250,000			$0	$0			$2,000,000	$48,800		$0	$0		$618,800

2025/10/09 11:25 AM

aportes en línea

Planilla Resumen

252

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1726808 1		CONTRERAS GARZON FRANCISCO JAVIER	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	MZ M6 CASA 10A PRADOS MAVICURE	VILLAVICENCIO-META	6675432	SI

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-09	2025-09	1840300635	94923931 68	I	2025/10/20	2025/10/09	BANCO DAVIVIENDA	0	$618,800

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$320,000	$0	$0	$320,000
PROTECCION	230201	800,229,739	0	1	$320,000	$0	$0	$320,000
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$48,800	$0	$0	$48,800
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	$48,800	$0	$0	$48,800
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$250,000	$0	$0	$250,000
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	1	$250,000	$0	$0	$250,000
TOTAL				1	$618,800	$0	$0	$618,800

2025/10/09 11:25 AM

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
CC 17268081		CONTRERAS GARZON FRANCISCO JAVIER	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	MZ H6 CASA 10A PRADOS MAVICURE	VILLAVICENCIO-META	6675432	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	1686268688	9488661116	I	2025/08/21	2025/08/08	BANCO DAVIVIENDA	0	$618,800

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	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte	Exonerado SENA e ICBF	Total Aportes
1	CC	17268081	CONTRERAS GARZON FRANCISCO JAVIER																		230201	30	$2,000,000	$320,000	EPS002	30	$2,000,000	$250,000		0	$0	$0	14-23	30	$2,000,000	$48,800	0	$0	$0	No	$618,800
Total	Afiliados(1)																						$2,000,000	$320,000			$2,000,000	$250,000			$0	$0			$2,000,000	$48,800		$0	$0		$618,800

2025/08/07 08:31 PM

aportes en línea

Planilla Resumen

5254

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 17268081		CONTRERAS GARZON FRANCISCO JAVIER	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	MZ H6 CASA 10A PRADOS MAVICURE	VILLAVICENCIO-META	6675432	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	1686268668	9485661116	I	2025/08/21	2025/08/08	BANCO DAVIVIENDA	0	$618,800

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$320,000	$0	$0	$320,000
PROTECCION	230201	800,229,739	0	1	$320,000	$0	$0	$320,000
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$48,800	$0	$0	$48,800
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	$48,800	$0	$0	$48,800
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$250,000	$0	$0	$250,000
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	1	$250,000	$0	$0	$250,000
TOTAL				1	$618,800	$0	$0	$618,800

2025/08/07 08:31 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
CC 17268081		CONTRERAS GARZON FRANCISCO JAVIER	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	MZ H6 CASA 10A PRADOS MAVICURE	VILLAVICENCIO-META	6675432	SI

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-06	2025-06	1612035743	9488609965	I	2025/07/17	2025/07/08	BANCO DAVIVIENDA	0	$618,800

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO				NOVEDADES																PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES				
No.	Identificación		Nombre	ing	ret	tde	tae	tdp	tap	vsp	cor	vst	sln	lge	lma	vac	avp	vct	irl	vip	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Dias	IBC	Aporte	Exonerado SENA e ICBF	Total Aportes
1	CC	17268081	CONTRERAS GARZON FRANCISCO JAVIER																		230201	30	$2,000,000	$320,000	EPS005	30	$2,000,000	$250,000		0	$0	$0	14-23	30	$2,000,000	$48,800	0	$0	$0	No	$618,800
Total	Afiliados(1)																					$2,000,000	$320,000			$2,000,000	$250,000			$0	$0			$2,000,000	$48,800		$0	$0		$618,800

2025/07/08 07:25 AM

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
CC 17268081		CONTRERAS GARZON FRANCISCO JAVIER	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	MZ H6 CASA 10A PRADOS MAVICURE	VILLAVICENCIO-META	6675432	SI

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-06	2025-06	1612035743	9488609965	1	2025/07/17	2025/07/08	BANCO DAVIVIENDA	0	$618,800

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$320,000	$0	$0	$320,000
PROTECCION	230201	800,229,739	0	1	$320,000	$0	$0	$320,000
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$48,800	$0	$0	$48,800
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	$48,800	$0	$0	$48,800
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$250,000	$0	$0	$250,000
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	1	$250,000	$0	$0	$250,000
TOTAL				1	$618,800	$0	$0	$618,800

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
CC 17268081		CONTRERAS GARZON FRANCISCO JAVIER	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	MZ H6 CASA 10A PRADOS MAVICURE	VILLAVICENCIO-META	6675432	SI

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-05	2025-05	1537425450	9486883145	I	2025/06/19	2025/06/09	BANCO DAVIVIENDA	0	$618,800

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	Aporte	Dias	IBC	Aporte	Exonerado SENA e ICBF	Total Aportes
1	CC	17268081	CONTRERAS GARZON FRANCISCO JAVIER																		230201	30	$2,000,000	$320,000	EP9005	30	$2,000,000	$250,000		0	$0	$0	14-23	30	$2,000,000	$48,800	0	$0	$0	No	$618,800
Total	Afiliados(1)																						$2,000,000	$320,000			$2,000,000	$250,000			$0	$0			$2,000,000	$48,800		$0	$0		$618,800

2025/06/07 07:42 AM

aportes en línea

Planilla Resumen

57 58

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 17268081		CONTRERAS GARZON FRANCISCO JAVIER	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	MZ H6 CASA 10A PRADOS MAVICURE	VILLAVICENCIO-META	6675432	SI

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-05	2025-05	1537425450	9486883145	I	2025/06/19	2025/06/09	BANCO DAVIVIENDA	0	$618,800

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$320,000	$0	$0	$320,000
PROTECCION	230201	800,229,739	0	1	$320,000	$0	$0	$320,000
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$48,800	$0	$0	$48,800
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	$48,800	$0	$0	$48,800
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$250,000	$0	$0	$250,000
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	1	$250,000	$0	$0	$250,000
TOTAL				1	$618,800	$0	$0	$618,800

2025/06/07 07:42 AM

aportes en línea

Planilla Resumen

5259

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 17268081		CONTRERAS GARZON FRANCISCO JAVIER	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	MZ H6 CASA 10A PRADOS MAVICURE	VILLAVICENCIO-META	6675432	SI

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-04	2025-04	1471732413	94854148 69	I	2025/05/20	2025/05/12	BANCO DAVIVIENDA	0	$618,800

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO				NOVEDADES																PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES				
No.	Identificación		Nombre	Ing	ret	tde	tae	tdp	tap	vsp	cor	vst	sln	lge	lma	vac	avp	vct	irl	vip	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Dias	IBC	Aporte	Exonerado SENA e ICBF	Total Aportes
1	CC	17268081	CONTRERAS GARZON FRANCISCO JAVIER																		230201	30	$2,000,000	$320,000	EPS005	30	$2,000,000	$250,000		0	$0	$0	14-23	30	$2,000,000	$48,800	0	$0	$0	No	$618,800
Total	Afiliados(1)																					$2,000,000	$320,000			$2,000,000	$250,000			$0	$0			$2,000,000	$48,800		$0	$0		$618,800

2025/05/10 08:02 AM

aportes en línea

Planilla Resumen

3260

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 17268081		CONTRERAS GARZON FRANCISCO JAVIER	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	MZ H6 CASA 10A PRADOS MAVICURE	VILLAVICENCIO-META	6675432	SI

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-04	2025-04	1471732413	94854148 69	I	2025/05/20	2025/05/12	BANCO DAVIVIENDA	0	$618,800

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$320,000	$0	$0	$320,000
PROTECCION	230201	800,229,739	0	1	$320,000	$0	$0	$320,000
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$48,800	$0	$0	$48,800
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	$48,800	$0	$0	$48,800
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$250,000	$0	$0	$250,000
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	1	$250,000	$0	$0	$250,000
TOTAL				1	$618,800	$0	$0	$618,800

2025/05/10 08:02 AM

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
CC 17268081		CONTRERAS GARZON FRANCISCO JAVIER	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	MZ H6 CASA 10A PRADOS MAVICURE	VILLAVICENCIO-META	6675432	SI

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-03	2025-03	1422038782	9484299825	I	2025/04/21	2025/04/21	NEQUI	0	$618,800

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	Aporte	Dias	IBC	Aporte	Exonerado SENA e ICBF	Total Aportes
1	CC	17268081	CONTRERAS FRANCISCO																			230201	30	$2,000,000	$320,000	EPS005	30	$2,000,000	$250,000		0	$0	$0	14-23	30	$2,000,000	$48,800	0	$0	$0	No	$618,800
Total	Afiliados(1)																							$2,000,000	$320,000			$2,000,000	$250,000			$0	$0			$2,000,000	$48,800		$0	$0		$618,800

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
CC 17268081		CONTRERAS GARZON FRANCISCO JAVIER	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	MZ H6 CASA 10A PRADOS MAVICURE	VILLAVICENCIO-META	6675432	SI

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-03	2025-03	1422038782	9484299825	I	2025/04/21	2025/04/21	NEQUI	0	$618,800

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$320,000	$0	$0	$320,000
PROTECCION	230201	800,229,739	0	1	$320,000	$0	$0	$320,000
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$48,800	$0	$0	$48,800
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	$48,800	$0	$0	$48,800
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$250,000	$0	$0	$250,000
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	1	$250,000	$0	$0	$250,000
TOTAL				1	$618,800	$0	$0	$618,800

2025/04/20 12:45 PM

aportes en línea

Planilla Resumen

1265

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1726808 1		CONTRERAS GARZON FRANCISCO JAVIER	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	MZ H6 CASA 10A PRADOS MAVICURE	VILLAVICENCIO-META	6675432	SI

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-02	2025-02	1331631133	9481122200	I	2025/03/19	2025/03/12	BANCO DAVIVIENDA	0	$618,800

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	vsp	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Dias	IBC	Aporte	Exonerado SENA e ICBF	Total Aportes
1	CC	1726808 1	CONTRERAS GARZON FRANCISCO JAVIER																		230201	30	$2,000,000	$320,000	EPS009	30	$2,000,000	$250,000		0	$0	$0	14-23	30	$2,000,000	$48,800	0	$0	$0	No	$618,800
Total	Afiliados(1)																						$2,000,000	$320,000			$2,000,000	$290,000			$0	$0			$2,000,000	$48,800		$0	$0		$618,800

2025/03/12 02:02 PM

Planilla Resumen

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 17268081		CONTRERAS GARZON FRANCISCO JAVIER	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	MZ H6 CASA 10A PRADOS MAVICURE	VILLAVICENCIO-META	6675432	SI

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-02	2025-02	1331631133	9481122200	I	2025/03/19	2025/03/12	BANCO DAVIVIENDA	0	$618,800

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$320,000	$0	$0	$320,000
PROTECCION	230201	800,229,739	0	1	$320,000	$0	$0	$320,000
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$48,800	$0	$0	$48,800
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	$48,800	$0	$0	$48,800
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$250,000	$0	$0	$250,000
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	1	$250,000	$0	$0	$250,000
TOTAL				1	$618,800	$0	$0	$618,800

aportes en línea

Planilla Resumen

5265

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 17268081		CONTRERAS GARZON FRANCISCO JAVIER	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	MZ H6 CASA 10A PRADOS MAVICURE	VILLAVICENCIO-META	6675432	SI

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-01	2025-01	1232172570	9480203832	I	2025/02/19	2025/01/31	BANCO DAVIVIENDA	0	$618,800

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	evp	vct	irl	vip	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Dias	IBC	Aporte	Exonerado SENA e ICBF	Total Aportes
1	CC	17268081	CONTRERAS GARZON FRANCISCO JAVIER																		230201	30	$2,000,000	$320,000	EPS005	30	$2,000,000	$250,000		0	$0	$0	14-23	30	$2,000,000	$48,800	0	$0	$0	No	$618,800
Total	Afiliados(1)																						$2,000,000	$320,000			$2,000,000	$250,000			$0	$0			$2,000,000	$48,800		$0	$0		$618,800

2025/01/31 11:56 AM

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
CC 17268081		CONTRERAS GARZON FRANCISCO JAVIER	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	MZ H6 CASA 10A PRADOS MAVICURE	VILLAVICENCIO-META	6675432	SI

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-01	2025-01	1232172570	9480203832	I	2025/02/19	2025/01/31	BANCO DAVIVIENDA	0	$618,800

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$320,000	$0	$0	$320,000
PROTECCION	230201	800,229,739	0	1	$320,000	$0	$0	$320,000
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$48,800	$0	$0	$48,800
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	$48,800	$0	$0	$48,800
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$250,000	$0	$0	$250,000
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	1	$250,000	$0	$0	$250,000
TOTAL				1	$618,800	$0	$0	$618,800

aportes en línea

Planilla Resumen

3267

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 17268081		CONTRERAS GARZON FRANCISCO JAVIER	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	MZ H6 CASA 10A PRADOS MAVICURE	VILLAVICENCIO-META	6675432	SI

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2024-12	2024-12	1180522131	9479636297	I	2025/01/21	2025/01/08	BANCO DAVIVIENDA	0	$618,800

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	Aporte	Dias	IBC	Aporte	Exonerado SENA e ICBF	Total Aportes
1	CC	17268081	CONTRERAS GARZON FRANCISCO JAVIER																		230201	30	$2,000,000	$320,000	EPS005	30	$2,000,000	$250,000		0	$0	$0	14-23	30	$2,000,000	$48,800	0	$0	$0	No	$618,800
Total	Afiliados(1)																						$2,000,000	$320,000			$2,000,000	$250,000			$0	$0			$2,000,000	$48,800		$0	$0		$618,800

2025/01/08 10:35 AM

aportes en línea

Planilla Resumen

DATOS GENERALES DEL APORTANTE								
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Telefono	Exonerado SENA e ICBF
CC 17268081		CONTRERAS GARZON FRANCISCO JAVIER	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	MZ M6 CASA 10A PRADOS MAVICURE	VILLAVICENCIO-META	6675432	SI

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2024-12	2024-12	1180522131	9479636297	I	2025/01/21	2025/01/08	BANCO DAVIVIENDA	0	$618,800

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$320,000	$0	$0	$320,000
PROTECCION	230201	800,229,739	0	1	$320,000	$0	$0	$320,000
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$48,800	$0	$0	$48,800
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	$48,800	$0	$0	$48,800
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$250,000	$0	$0	$250,000
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	1	$250,000	$0	$0	$250,000
TOTAL				1	$618,800	$0	$0	$618,800

2025/01/08 10:35 AM

aportes en línea

Planilla Resumen

5 (-) 0

DATOS GENERALES DEL APORTANTE							
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
NIT 901892095	4	CONSORCIO ALSIPA	B - MENOS DE 200 COTIZANTES	PRINCIPAL	CR 24 A B 125 COND RES LA CABAÑA	VILLAVICENCIO-META	6000000	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-06	2025-07	1899600555	9492908447	E	2025/07/22	2025/10/17	BANCOLOMBIA	87	$67,300

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$22,800	$1,300	$0	$24,100
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	$22,800	$1,300	$0	$24,100
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$10,000	$600	$0	$10,600
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	1	$10,000	$600	$0	$10,600
CCF (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$5,700	$400	$0	$6,100
COFREM	CCF34	892,000,146	3	1	$5,700	$400	$0	$6,100
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$17,800	$1,000	$0	$18,800
COMPENSAR	EPS008	860,066,942	7	1	$17,800	$1,000	$0	$18,800
ICBF (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$4,300	$300	$0	$4,600
INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR	PAICBF	899,999,239	2	1	$4,300	$300	$0	$4,600
SENA (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$2,900	$200	$0	$3,100
SENA	PASENA	899,999,034	1	1	$2,900	$200	$0	$3,100
TOTAL				1	$63,500	$3,800	$0	$67,300

2025/10/17 05:51 PM

aportes en línea

Planilla Resumen

5271

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
NIT 901892095	4	CONSORCIO ALSIPA	B - MENOS DE 200 COTIZANTES	PRINCIPAL	CR 24 A 8 125 COND RES LA CABAÑA	VILLAVICENCIO-META	6000000	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-05	2025-06	1899593768	9492908256	E	2025/06/25	2025/10/17	BANCOLOMBIA	114	$68,500

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	Días	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte	Exonerado SENA e ICBF	Total Aportes
1	CC	79896578	ARCOS MALDONADO EDISSON MARTIN	X	X																230301	3	$142,350	$22,800	EPS008	3	$142,350	$17,800	CCF34	3	$142,350	$5,700	14-11	3	$142,350	$10,000	3	$142,350	$7,200	No	$63,500
Total			Afiliados(1)																				$142,350	$22,800			$142,350	$17,800			$142,350	$5,700			$142,350	$10,000		$142,350	$7,200		$63,500

2025/10/17 04:30 PM

aportes en línea

Planilla Resumen

3272

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
NIT 901892095	4	CONSORCIO ALSIPA	B - MENOS DE 200 COTIZANTES	PRINCIPAL	CR 24 A B 125 COND RES LA CABAÑA	VILLAVICENCIO-META	6000000	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-05	2025-06	1859993768	9492908256	E	2025/06/25	2025/10/17	BANCOLOMBIA	114	$68,500

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$22,800	$1,700	$0	$24,500
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	$22,800	$1,700	$0	$24,500
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$10,000	$800	$0	$10,800
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	1	$10,000	$800	$0	$10,800
CCF (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$5,700	$500	$0	$6,200
COFREM	CCF34	892,000,146	3	1	$5,700	$500	$0	$6,200
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$17,800	$1,300	$0	$19,100
COMPENSAR	EPS008	860,066,942	7	1	$17,800	$1,300	$0	$19,100
ICBF (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$4,300	$400	$0	$4,700
INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR	PAICBF	899,999,239	2	1	$4,300	$400	$0	$4,700
SENA (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$2,900	$300	$0	$3,200
SENA	PASENA	899,999,034	1	1	$2,900	$300	$0	$3,200
TOTAL				1	$63,500	$5,000	$0	$68,500

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE							
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	79696578	EDISSON MARTIN ARCOS MALDONADO		CL 2 31 B 20 AP 419	5516407	martin.arcosmaldonado@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		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	
2025-04	2025-04	I	14/05/2025	85923341	$405.800	

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					
EP9008	Compensar EPS	860066942-7	178.000	0		0		0	0	0	0	178.000	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	227.800	0	0	0	0	0	0		227.800	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										

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	178.000	178.000
Pensión	1	227.800	227.800
Riesgos Laborales	0	0	0
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	2	405.800	405.800

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

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE							
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	79896578	EDISSON MARTIN ARCOS MALDONADO		CL 2 31 B 20 AP 419	5516407	martin.arcosmaldonado@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		NO

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					SIMPLEADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2025-04	2025-04	I	14/05/2025	85923341	$405.800	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTEANTE								INFORMACIÓN NOVEDADES																PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES				
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Colilla	Subtipo	Extranjero	Colom. Exterior	Suspensión	VSP	IGE	TDE	TAE	TDP	TAP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	Cotización	Cód. APP	IBC APP	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	79896578	ARCOS MALDONADO EDISSON MARTIN	3	0			N																230901	1.423.500	227.800	0	0	0	0	EPS008	1.423.500	178.000		0		0		0	0	0	0	0	0	0	0

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

5275

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE							
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	79866578	EDISSON MARTIN ARCOS MALDONADO		CL 2 31 B 20 AP 419	5516407	martin.arcosmaldonado@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I - Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		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	
2025-03	2025-03	I	26/03/2025	85113670	$405.800	

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					
EPS008	Compensar EPS	860066942-7	178.000	0		0		0	0	0	0	178.000	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	227.800	0	0	0	0	0	0		227.800	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										

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	178.000	178.000
Pensión	1	227.800	227.800
Riesgos Laborales	0	0	0
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	2	405.800	405.800

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

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE							
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	79896578	EDISSON MARTIN ARCOS MALDONADO		CL 2 31 B 20 AP 419	5516407	martin.arcosmaldonado@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		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	
2025-03	2025-03	I	26/03/2025	85113670	$405.800	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE								INFORMACIÓN NOVEDADES														PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES					
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Pensión	Subsistencia	Cotiza Solidar	Suspensión	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	Cotización	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	79896578	ARCOS MALDONADO EDISSON MARTIN	3	0			N																230301	1.423.500	227.800	0	0	0	0	EPS008	1.423.500	178.000		0		0		0	0	0	0	0	0	0

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

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	79696578	EDISSON MARTIN ARCOS MALDONADO	CL 2 31 B 20 AP 419	5516407	martin.arcosmaldonado@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I -- Independiente		BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		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	
2025-02	2025-02	I	20/02/2025	84164127	$405.800	

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					
EPS008	Compensar EPS	860066942-7	178.000	0		0		0	0	0	0	178.000	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	227.800	0	0	0	0	0	0		227.800	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										

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	178.000	178.000
Pensión	1	227.800	227.800
Riesgos Laborales	0	0	0
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	2	405.800	405.800

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

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE							
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	79886578	EDISSON MARTIN ARCOS MALDONADO		CL 2 31 B 20 AP 419	5516407	martin.arcosmaldonado@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		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	
2025-02	2025-02	I	20/02/2025	84164127	$405.800	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE								INFORMACIÓN NOVEDADES														PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES				
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Colom. exterior	Extranjero	IGE	IRP	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	Cotizante	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntario o 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	79886578	ARCOS MALDONADO EDISSON MARTIN	3	0			N																230301	1.423.500	227.800	0	0	0	0	EPS008	1.423.500	178.000		0		0		0	0	0	0	0	0

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

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE							
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	79896576	EDISSON MARTIN ARCOS MALDONADO		CL 2 31 B 20 AP 419	5518407	martin.arcosmaldonado@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		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	
2025-01	2025-01	I	06/02/2025	83990417	$504.900	

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					
EPS008	Compensar EPS	860066942-7	178.000	0		0		0	0	0	0	178.000	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	227.800	0	0	0	0	0	0		227.800	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										
14-11	ARL SURA	800030760-6	99.100				99.100	0	0	99.100			991	99.100	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 IGB, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	178.000	178.000
Pensión	1	227.800	227.800
Riesgos Laborales	1	99.100	99.100
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	504.900	504.900

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

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE							
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	79986578	EDISSON MARTIN ARCOS MALDONADO		CL 2 31 B 20 AP 419	5518407	martin.arcosmaldonado@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ D.C.		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	
2025-01	2025-01	I	06/02/2025	83990417	$504.900	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE									INFORMACIÓN NOVEDADES																PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES				
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Colom. Exterior	Suspensión	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	COR	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	Cód. APP	IBC APP	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	79986578	ARCOS MALDONADO EDISSON MARTIN	57	0			N	R																230301	1.423.500	227.800	0	0	0	0	EPS008	1.423.500	178.000	14-11	1.423.500	5	99.100		0	0	0	0	0	0	0	0

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

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE							
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	79896578	EDISSON MARTIN ARCOS MALDONADO		CL 2 31 B 20 AP 419	5516407	martin.arcosmaldonado@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ D.C.		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	
2024-12	2024-12	I	07/01/2025	83065059	$377.300	

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					
EPS008	Compensar EPS	860066942-7	162.500	0		0		0	0	0	0	162.500	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	208.000	0	0	0	0	0	0		208.000	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										
14-11	ARL SURA	800362790-6	6.800				6.800	0	0	6.800			68	6.800	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	162.500	162.500
Pensión	1	208.000	208.000
Riesgos Laborales	1	6.800	6.800
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	377.300	377.300

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

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	79986578	EDISSON MARTIN ARCOS MALDONADO	CL 2 31 B 20 AP 419	5516407	martin.arcosmaldonado@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente		BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		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	
2024-12	2024-12	I	07/01/2025	83086059	$377.300	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE									INFORMACIÓN NOVEDADES																		PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES					
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Colilla	Exter.	Colegio	Cotiz. Estudiante	Extranjero	IGE	IRL	SLN	INT	LMA	VAC	AVP	VCT	VST	SUS	ESP	AUS	LAE	LPA	VACT	AVPT	dí.	Clasificación	Cód. AFP	ISC AFP	Cotización	Voluntario Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	ISC EPS	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	ISC ARL	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	ISC CCF	Aporte CCF	ISC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
1	CC	79986578	ARCOS MALDONADO EDISSON MARTIN	57	0			N																		230301	1.300.000	208.000	0	0	0	0	EPS008	1.300.000	162.500	14-11	1.300.000	1	6.800		0	0	0	0	0	0	0	0

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

en línea

Planilla Resumen

5283

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
NIT 40404583	2	CLARA ALICIA RODRIGUEZ GUERRERO	B - MENOS DE 200 COTIZANTES	PRINCIPAL	KRA 43 C No. 16-27 BARRIO EL BUQUE	VILLAVICENCIO-META	6727129	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	1000000565	9491737955	Y	2025/08/22	2025/09/24	BANCO DE BOGOTA	33	$422,000

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: PRINCIPAL (1 Afiliados)						$1,423,500	$227,800			$1,423,500	$178,000			$0	$0			$1,423,500		$7,500		$0	$0		$413,300
Centro de Trabajo: ADMINISTRACION (1 Afiliados)						$1,423,500	$227,800			$1,423,500	$178,000			$0	$0			$1,423,500		$7,500		$0	$0		$413,300
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		$413,300
1	CC	40404583	RODRIGUEZ GUERRERO CLARA ALICIA	25-14	30	$1,423,500	$227,800	EPS005	30	$1,423,500	$178,000		0	$0	$0	14-11	30	$1,423,500	0.522%	$7,500	0	$0	$0	No	$413,300
Total Afiliados(1)						$1,423,500	$227,800			$1,423,500	$178,000			$0	$0			$1,423,500		$7,500		$0	$0		$413,300

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
NIT 40404583	2	CLARA ALICIA RODRIGUEZ GUERRERO	B - MENOS DE 200 COTIZANTES	PRINCIPAL	KRA 43 C No. 16-27 BARRIO EL BUQUE	VILLAVICENCIO-META	6727129	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	1000000565	9491737955	Y	2025/08/22	2025/09/24	BANCO DE BOGOTA	33	$422,000

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$227,800	$4,800	$0	$232,600
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	1	$227,800	$4,800	$0	$232,600
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$7,500	$200	$0	$7,700
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	1	$7,500	$200	$0	$7,700
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$178,000	$3,700	$0	$181,700
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	1	$178,000	$3,700	$0	$181,700
TOTAL				1	$413,300	$8,700	$0	$422,000

2025/10/23 10:30 AM

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 40404583	2	CLARA ALICIA RODRIGUEZ GUERRERO	B - MENOS DE 200 COTIZANTES	PRINCIPAL	KRA 43 C No. 16-27 BARRIO EL BUQUE	VILLAVICENCIO-META	6727129	SI

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-06	2025-06	1000001064	9488734567	Y	2025/07/18	2025/08/13	BANCO DE BOGOTA	26	$513,400

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: PRINCIPAL (1 Afiliados)																						$1,423,500	$227,800			$1,423,500	$178,000			$0	$0			$1,423,500		$99,100		$0	$0		$504,900
Centro de Trabajo: ADMINISTRACION (1 Afiliados)																						$1,423,500	$227,800			$1,423,500	$178,000			$0	$0			$1,423,500		$99,100		$0	$0		$504,900
Ciudad: VILLAVICENCIO Depto: META (1 Afiliados)																						$1,423,500	$227,800			$1,423,500	$178,000			$0	$0			$1,423,500		$99,100		$0	$0		$504,900
1	CC	40404583	RODRIGUEZ GUERRERO CLARA ALICIA																		25-14	30	$1,423,500	$227,800	EPS005	30	$1,423,500	$178,000		0	$0	$0	14-11	30	$1,423,500	6.960%	$99,100	0	$0	$0	No	$504,900
Total	Afiliados(1)																					$1,423,500	$227,800			$1,423,500	$178,000			$0	$0			$1,423,500		$99,100		$0	$0		$504,900

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
NIT 40404583	2	CLARA ALICIA RODRIGUEZ GUERRERO	B - MENOS DE 200 COTIZANTES	PRINCIPAL	KRA 43 C No. 16-27 BARRIO EL BUQUE	VILLAVICENCIO-META	6727129	SI

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-06	2025-06	1000001064	9488734567	Y	2025/07/18	2025/08/13	BANCO DE BOGOTA	26	$513,400

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$227,800	$3,800	$0	$231,600
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	1	$227,800	$3,800	$0	$231,600
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$99,100	$1,700	$0	$100,800
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	1	$99,100	$1,700	$0	$100,800
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$178,000	$3,000	$0	$181,000
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	1	$178,000	$3,000	$0	$181,000
TOTAL				1	$504,900	$8,500	$0	$513,400

2025/09/11 11:53 AM

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 40404583	2	CLARA ALICIA RODRIGUEZ GUERRERO	B - MENOS DE 200 COTIZANTES	PRINCIPAL	KRA 43 C No. 16-27 BARRIO EL BUQUE	VILLAVICENCIO-META	6727129	SI

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-05	2025-05	1000001063	9486915936	Y	2025/06/20	2025/08/13	BANCO DE BOGOTA	54	$522,200

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO				NOVEDADES																PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS					PARAFISCALES				
No.	Identificación		Nombre	Ingret	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: PRINCIPAL (1 Afiliados)																						$1,423,500	$227,800			$1,423,500	$178,000			$0	$0			$1,423,500		$99,100		$0	$0		$504,900
Centro de Trabajo: ADMINISTRACION (1 Afiliados)																						$1,423,500	$227,800			$1,423,500	$178,000			$0	$0			$1,423,500		$99,100		$0	$0		$504,900
Ciudad: VILLAVICENCIO Depto: META (1 Afiliados)																						$1,423,500	$227,800			$1,423,500	$178,000			$0	$0			$1,423,500		$99,100		$0	$0		$504,900
1	CC	40404583	RODRIGUEZ GUERRERO CLARA ALICIA																	25-14	30	$1,423,500	$227,800	EPS005	30	$1,423,500	$178,000		0	$0	$0	14-11	30	$1,423,500	6.960%	$99,100	0	$0	$0	No	$504,900
Total Afiliados(1)																						$1,423,500	$227,800			$1,423,500	$178,000			$0	$0			$1,423,500		$99,100		$0	$0		$504,900

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
NIT 40404583	2	CLARA ALICIA RODRIGUEZ GUERRERO	B - MENOS DE 200 COTIZANTES	PRINCIPAL	KRA 43 C No. 16-27 BARRIO EL BUQUE	VILLAVICENCIO-META	6727129	SI

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-05	2025-05	1000001063	9486915936	Y	2025/06/20	2025/08/13	BANCO DE BOGOTA	54	$522,200

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$227,800	$7,800	$0	$235,600
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	1	$227,800	$7,800	$0	$235,600
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$99,100	$3,400	$0	$102,500
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	1	$99,100	$3,400	$0	$102,500
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$178,000	$6,100	$0	$184,100
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	1	$178,000	$6,100	$0	$184,100
TOTAL				1	$504,900	$17,300	$0	$522,200

aportes en línea

Planilla Resumen

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teldfono	Exonerado SENA e ICBF
NIT 40404583	2	CLARA ALICIA RODRIGUEZ GUERRERO	B - MENOS DE 200 COTIZANTES	PRINCIPAL	KRA 43 C No. 16-27 BARRIO EL BUQUE	VILLAVICENCIO-META	6727129	SI

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-04	2025-04	29484104	9485448527	Y	2025/05/21	2025/05/14	BANCO DE OCCIDENTE	0	$504,900

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: ADMINISTRACION (1 Afiliados)																														
Ciudad: VILLAVICENCIO Depto: META (1 Afiliados)																														
1	CC	40404583	RODRIGUEZ GUERRERO CLARA ALICIA																		25-14	30	EPS005	30		0	14-11	30	6.960%	0	No
Total Afiliados(1)																														

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teldfono	Exonerado SENA e ICBF
NIT 40404583	2	CLARA ALICIA RODRIGUEZ GUERRERO	B - MENOS DE 200 COTIZANTES	PRINCIPAL	KRA 43 C No. 16-27 BARRIO EL BUQUE	VILLAVICENCIO-META	6727129	SI

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-04	2025-04	29484104	9485448527	Y	2025/05/21	2025/05/14	BANCO DE OCCIDENTE	0	$504,900

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	$99,100	$0	$0	$99,100
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	1	$99,100	$0	$0	$99,100
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$178,000	$0	$0	$178,000
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	1	$178,000	$0	$0	$178,000
TOTAL				1	$504,900	$0	$0	$504,900

aportes en línea

Planilla Resumen

3187

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
NIT 40404583	2	CLARA ALICIA RODRIGUEZ GUERRERO	B - MENOS DE 200 COTIZANTES	PRINCIPAL	KRA 43 C No. 16-27 BARRIO EL BUQUE	VILLAVICENCIO-META	6727129	SI

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-03	2025-03	25383540	9484351629	Y	2025/04/22	2025/04/21	BANCO DE OCCIDENTE	0	$504,900

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO				NOVEDADES																PENSION		SALUD		CCF		RIESGOS			PARAFISCALES	
No.	Identificación		Nombre	Ingret	Ide	Tan	Cdp	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: ADMINISTRACION (1 Afiliados)																														
Ciudad: VILLAVICENCIO Depto: META (1 Afiliados)																														
1	CC	40404583	RODRIGUEZ GUERRERO CLARA ALICIA																	25-14	30	EPS005	30		0	14-11	30	6.960%	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
NIT 40404583	2	CLARA ALICIA RODRIGUEZ GUERRERO	B - MENOS DE 200 COTIZANTES	PRINCIPAL	KRA 43 C No. 16-27 BARRIO EL BUQUE	VILLAVICENCIO-META	6727129	SI

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-03	2025-03	25383540	9484351629	Y	2025/04/22	2025/04/21	BANCO DE OCCIDENTE	0	$504,900

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	$99,100	$0	$0	$99,100
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	1	$99,100	$0	$0	$99,100
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$178,000	$0	$0	$178,000
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	1	$178,000	$0	$0	$178,000
TOTAL				1	$504,900	$0	$0	$504,900

2025/05/13 02:40 PM

aportes en línea

Planilla Resumen

5258

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
NIT 40404583	2	CLARA ALICIA RODRIGUEZ GUERRERO	B - MENOS DE 200 COTIZANTES	PRINCIPAL	KRA 43 C No. 16-27 BARRIO EL BUQUE	VILLAVICENCIO-META	6727129	SI

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-02	2025-02	25383604	9482696064	Y	2025/03/20	2025/04/21	BANCO DE OCCIDENTE	32	$515,400

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	esp	vct	irl	vip	Codigo	Dias	Codigo	Dias	Codigo	Dias	Codigo	Dias	Tarifa	Dias	Exonerado SENA e ICBF
SUCURSAL: PRINCIPAL (1 Afiliados)																														
Centro de Trabajo: ADMINISTRACION (1 Afiliados)																														
Ciudad: VILLAVICENCIO Depto: META (1 Afiliados)																														
1	CC 40404583	RODRIGUEZ GUERRERO CLARA ALICIA																		25-14	30	EPS005	30		0	14-11	30	6.960%	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
NIT 40404583	2	CLARA ALICIA RODRIGUEZ GUERRERO	B - MENOS DE 200 COTIZANTES	PRINCIPAL	KRA 43 C No. 16-27 BARRIO EL BUQUE	VILLAVICENCIO-META	6727129	SI

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-02	2025-02	25383604	9482696064	Y	2025/03/20	2025/04/21	BANCO DE OCCIDENTE	32	$515,400

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$227,800	$4,700	$0	$232,500
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	1	$227,800	$4,700	$0	$232,500
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$99,100	$2,100	$0	$101,200
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	1	$99,100	$2,100	$0	$101,200
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$178,000	$3,700	$0	$181,700
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	1	$178,000	$3,700	$0	$181,700
TOTAL				1	$504,900	$10,500	$0	$515,400

aportes en línea

Planilla Resumen

528 9

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
NIT 40404583	2	CLARA ALICIA RODRIGUEZ GUERRERO	B - MENOS DE 200 COTIZANTES	PRINCIPAL	KRA 43 C No. 16-27 BARRIO EL BUQUE	VILLAVICENCIO-META	6727129	SI

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-01	2025-01	9481171384	9481171384	Y	2025/02/20	2025/02/26	BANCO DE BOGOTA	6	$507,100

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO				NOVEDADES																PENSION		SALUD		CCF		RIESGOS			PARAFISCALES	
No.	Identificación		Nombre	Ingreso	Retiro	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: ADMINISTRACION (1 Afiliados)																														
Ciudad: VILLAVICENCIO Depto: META (1 Afiliados)																														
1	CC	40404583	RODRIGUEZ GUERRERO CLARA ALICIA																	25-14	30	EPS005	30		0	14-11	30	6.960%	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
NIT 40404583	2	CLARA ALICIA RODRIGUEZ GUERRERO	B - MENOS DE 200 COTIZANTES	PRINCIPAL	KRA 43 C No. 16-27 BARRIO EL BUQUE	VILLAVICENCIO-META	6727129	SI

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-01	2025-01	9481171384	9481171384	Y	2025/02/20	2025/02/26	BANCO DE BOGOTA	6	$507,100

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$227,800	$1,000	$0	$228,800
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	1	$227,800	$1,000	$0	$228,800
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$99,100	$400	$0	$99,500
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	1	$99,100	$400	$0	$99,500
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$178,000	$800	$0	$178,800
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	1	$178,000	$800	$0	$178,800
TOTAL				1	$504,900	$2,200	$0	$507,100

aportes en línea

Planilla Resumen

290

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
NIT 40404583	2	CLARA ALICIA RODRIGUEZ GUERRERO	B - MENOS DE 200 COTIZANTES	PRINCIPAL	KRA 43 C No. 16-27 BARRIO EL BUQUE	VILLAVICENCIO-META	6727129	SI

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2024-12	2024-12	9478237879	9478237879	Y	2025/01/22	2025/02/26	BANCO DE BOGOTA	35	$471,700

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	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: PRINCIPAL (1 Afiliados)																						$1,300,000	$208,000			$1,300,000	$162,500			$0	$0			$1,300,000		$90,500		$0	$0		$461,000
Centro de Trabajo: ADMINISTRACION (1 Afiliados)																						$1,300,000	$208,000			$1,300,000	$162,500			$0	$0			$1,300,000		$90,500		$0	$0		$461,000
Ciudad: VILLAVICENCIO Depto: META (1 Afiliados)																						$1,300,000	$208,000			$1,300,000	$162,500			$0	$0			$1,300,000		$90,500		$0	$0		$461,000
1	CC	40404583	RODRIGUEZ GUERRERO CLARA ALICIA																		25-14	30	$1,300,000	$208,000	EPS005	30	$1,300,000	$162,500		0	$0	$0	14-11	30	$1,300,000	6.960%	$90,500	0	$0	$0	No	$461,000
Total Afiliados(1)																						$1,300,000	$208,000			$1,300,000	$162,500			$0	$0			$1,300,000		$90,500		$0	$0		$461,000

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
NIT 40404583	2	CLARA ALICIA RODRIGUEZ GUERRERO	B - MENOS DE 200 COTIZANTES	PRINCIPAL	KRA 43 C No. 16-27 BARRIO EL BUQUE	VILLAVICENCIO-META	6727129	SI

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2024-12	2024-12	9478237879	9478237879	Y	2025/01/22	2025/02/26	BANCO DE BOGOTA	35	$471,700

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$208,000	$4,800	$0	$212,800
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	1	$208,000	$4,800	$0	$212,800
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$90,500	$2,100	$0	$92,600
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	1	$90,500	$2,100	$0	$92,600
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$162,500	$3,800	$0	$166,300
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	1	$162,500	$3,800	$0	$166,300
TOTAL				1	$461,000	$10,700	$0	$471,700

aportes en línea

Planilla Resumen

3291

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1121920784		LEON PRIETO DIANA ALEJANDRA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	Mz h6 cs 10a etapa iii	VILLAVICENCIO-META	6708248	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-12	2025-12	2071339115	9497406893	I	2026/01/22	2026/01/09	BANCO DAVIVIENDA	0	$513,500

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 vti 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: PRINCIPAL (1 Afiliados)						$1,423,500	$227,800			$1,423,500	$178,000			$1,423,500	$8,600			$1,423,500		$99,100		$0	$0		$513,500
Centro de Trabajo: RIESGO 5 (1 Afiliados)						$1,423,500	$227,800			$1,423,500	$178,000			$1,423,500	$8,600			$1,423,500		$99,100		$0	$0		$513,500
Ciudad: VILLAVICENCIO Depto: META (1 Afiliados)						$1,423,500	$227,800			$1,423,500	$178,000			$1,423,500	$8,600			$1,423,500		$99,100		$0	$0		$513,500
1	CC 1121920784	LEON PRIETO DIANA ALEJANDRA		230301	30	$1,423,500	$227,800	EPS005	30	$1,423,500	$178,000	CCF34	30	$1,423,500	$8,600	14-11	30	$1,423,500	6.960%	$99,100	30	$0	$0	No	$513,500
Total Afiliados(1)						$1,423,500	$227,800			$1,423,500	$178,000			$1,423,500	$8,600			$1,423,500		$99,100		$0	$0		$513,500

aportes en línea

Planilla Resumen

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	$99,100	$0	$0	$99,100
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	1	$99,100	$0	$0	$99,100
CCF (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$8,600	$0	$0	$8,600
COFREM	CCF34	892,000,146	3	1	$8,600	$0	$0	$8,600
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$178,000	$0	$0	$178,000
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	1	$178,000	$0	$0	$178,000
TOTAL				1	$513,500	$0	$0	$513,500

aportes en línea

Planilla Resumen

3243

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1121920784		LEON PRIETO DIANA ALEJANDRA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	Mz h6 cs 10a etapa II	VILLAVICENCIO-META	6708248	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-11	2025-11	2040263932	94964949 44	I	2025/12/19	2025/12/29	BANCO DAVIVIENDA	10	$517,000

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	vma	vac	avp	vct	irt	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: PRINCIPAL (1 Afiliados)																							$1,423,500	$227,800			$1,423,500	$178,000			$1,423,500	$8,600			$1,423,500		$99,100		$0	$0		$513,500
Centro de Trabajo: RIESGO 5 (1 Afiliados)																							$1,423,500	$227,800			$1,423,500	$178,000			$1,423,500	$8,600			$1,423,500		$99,100		$0	$0		$513,500
Ciudad: VILLAVICENCIO Dpto: META (1 Afiliados)																							$1,423,500	$227,800			$1,423,500	$178,000			$1,423,500	$8,600			$1,423,500		$99,100		$0	$0		$513,500
1	CC	1121920784 LEON PRIETO DIANA ALEJANDRA																			230301	30	$1,423,500	$227,800	EPS005	30	$1,423,500	$178,000	CCF34	30	$1,423,500	$8,600	14-11	30	$1,423,500	6.960%	$99,100	30	$0	$0	No	$513,500
Total Afiliados(1)																							$1,423,500	$227,800			$1,423,500	$178,000			$1,423,500	$8,600			$1,423,500		$99,100		$0	$0		$513,500

aportes en línea

Planilla Resumen

5294

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$227,800	$1,500	$0	$229,300
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	$227,800	$1,500	$0	$229,300
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$99,100	$700	$0	$99,800
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	1	$99,100	$700	$0	$99,800
CCF (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$8,600	$100	$0	$8,700
COFREM	CCF34	892,000,146	3	1	$8,600	$100	$0	$8,700
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$178,000	$1,200	$0	$179,200
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	1	$178,000	$1,200	$0	$179,200
TOTAL				1	$513,500	$3,500	$0	$517,000

aportes en línea

Planilla Resumen

5295

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1121920784		LEON PRIETO DIANA ALEJANDRA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	Mz h6 cs 10a etapa 8I	VILLAVICENCIO-META	6708248	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-10	2025-10	1935721615	9494132914	I	2025/11/24	2025/11/18	BANCO DAVIVIENDA	0	$421,900

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: PRINCIPAL (1 Afiliados)						$1,423,500	$227,800			$1,423,500	$178,000			$1,423,500	$8,600			$1,423,500		$7,500		$0	$0		$421,900
Centro de Trabajo: INDEPENDIENTE VOLUNTARIO RIESGOS (1 Afiliados)						$1,423,500	$227,800			$1,423,500	$178,000			$1,423,500	$8,600			$1,423,500		$7,500		$0	$0		$421,900
Ciudad: VILLAVICENCIO Depto: META (1 Afiliados)						$1,423,500	$227,800			$1,423,500	$178,000			$1,423,500	$8,600			$1,423,500		$7,500		$0	$0		$421,900
1	CC 1121920784	LEON PRIETO DIANA ALEJANDRA		230301	30	$1,423,500	$227,800	EPS005	30	$1,423,500	$178,000	CCF34	30	$1,423,500	$8,600	14-11	30	$1,423,500	0.522%	$7,500	30	$0	$0	No	$421,900
Total Afiliados(1)						$1,423,500	$227,800			$1,423,500	$178,000			$1,423,500	$8,600			$1,423,500		$7,500		$0	$0		$421,900

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1121920784		LEON PRIETO DIANA ALEJANDRA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	Mz h6 cs 10a etapa 8I	VILLAVICENCIO-META	6708248	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-10	2025-10	1935721615	9494132914	I	2025/11/24	2025/11/18	BANCO DAVIVIENDA	0	$421,900

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
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	1	$7,500	$0	$0	$7,500
CCF (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$8,600	$0	$0	$8,600
COFREM	CCF34	892,000,146	3	1	$8,600	$0	$0	$8,600
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$178,000	$0	$0	$178,000
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	1	$178,000	$0	$0	$178,000
TOTAL				1	$421,900	$0	$0	$421,900

2025/11/17 06:13 PM

aportes en línea

Planilla Resumen

3696

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1121920784		LEON PRIETO DIANA ALEJANDRA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	Mz h6 cs 10a etapa II	VILLAVICENCIO-META	6708248	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-09	2025-09	1814081142	9492650910	I	2025/10/21	2025/09/30	BANCO DAVIVIENDA	0	$421,900

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO				NOVEDADES	PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS					PARAFISCALES				
No.	Identificación		Nombre	ingre retir 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: PRINCIPAL (1 Afiliados)							$1,423,500	$227,800			$1,423,500	$178,000			$1,423,500	$8,600			$1,423,500		$7,500		$0	$0		$421,900
Centro de Trabajo: INDEPENDIENTE VOLUNTARIO RIESGOS (1 Afiliados)							$1,423,500	$227,800			$1,423,500	$178,000			$1,423,500	$8,600			$1,423,500		$7,500		$0	$0		$421,900
Ciudad: VILLAVICENCIO Depto: META (1 Afiliados)							$1,423,500	$227,800			$1,423,500	$178,000			$1,423,500	$8,600			$1,423,500		$7,500		$0	$0		$421,900
1	CC	1121920784	LEON PRIETO DIANA ALEJANDRA		230301	30	$1,423,500	$227,800	EPS005	30	$1,423,500	$178,000	CCF34	30	$1,423,500	$8,600	14-11	30	$1,423,500	0.5226	$7,500	30	$0	$0	No	$421,900
Total Afiliados(1)							$1,423,500	$227,800			$1,423,500	$178,000			$1,423,500	$8,600			$1,423,500		$7,500		$0	$0		$421,900

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1121920784		LEON PRIETO DIANA ALEJANDRA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	Mz h6 cs 10a etapa II	VILLAVICENCIO-META	6708248	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-09	2025-09	1814081142	9492650910	I	2025/10/21	2025/09/30	BANCO DAVIVIENDA	0	$421,900

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
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	1	$7,500	$0	$0	$7,500
CCF (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$8,600	$0	$0	$8,600
COFREM	CCF34	892,000,146	3	1	$8,600	$0	$0	$8,600
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$178,000	$0	$0	$178,000
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	1	$178,000	$0	$0	$178,000
TOTAL				1	$421,900	$0	$0	$421,900

aportes en línea

Planilla Resumen

3297

DATOS GENERALES DEL APORTANTE							
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1121920784		LEON PRIETO DIANA ALEJANDRA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	Mz h6 cs 10a etapa II	VILLAVICENCIO-META	6708248	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	1692823852	9489319040	I	2025/08/22	2025/08/11	BANCO DAVIVIENDA	0	$421,900

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: PRINCIPAL (1 Afiliados)						$1,423,500	$227,800			$1,423,500	$178,000			$1,423,500	$8,600			$1,423,500		$7,500		$0	$0		$421,900
Centro de Trabajo: INDEPENDIENTE VOLUNTARIO RIESGOS (1 Afiliados)						$1,423,500	$227,800			$1,423,500	$178,000			$1,423,500	$8,600			$1,423,500		$7,500		$0	$0		$421,900
Ciudad: VILLAVICENCIO Depto: META (1 Afiliados)						$1,423,500	$227,800			$1,423,500	$178,000			$1,423,500	$8,600			$1,423,500		$7,500		$0	$0		$421,900
1	CC	1121920784	LEON PRIETO DIANA ALEJANDRA	230301	30	$1,423,500	$227,800	EPS005	30	$1,423,500	$178,000	CCF34	30	$1,423,500	$8,600	14-11	30	$1,423,500	0.522%	$7,500	30	$0	$0	No	$421,900
Total Afiliados(1)						$1,423,500	$227,800			$1,423,500	$178,000			$1,423,500	$8,600			$1,423,500		$7,500		$0	$0		$421,900

DATOS GENERALES DEL APORTANTE							
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1121920784		LEON PRIETO DIANA ALEJANDRA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	Mz h6 cs 10a etapa II	VILLAVICENCIO-META	6708248	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	1692823852	9489319040	I	2025/08/22	2025/08/11	BANCO DAVIVIENDA	0	$421,900

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
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	1	$7,500	$0	$0	$7,500
CCF (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$8,600	$0	$0	$8,600
COFREM	CCF34	892,000,146	3	1	$8,600	$0	$0	$8,600
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$178,000	$0	$0	$178,000
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	1	$178,000	$0	$0	$178,000
TOTAL				1	$421,900	$0	$0	$421,900

2025/08/11 08:47 AM

aportes en línea

Planilla Resumen

3648

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1121920784		LEON PRIETO DIANA ALEJANDRA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	Mz h6 cs 10a etapa II	VILLAVICENCIO-META	6708248	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-06	2025-06	1675426891	9488715596	I	2025/07/18	2025/08/04	BANCO DAVIVIENDA	17	$426,900

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 irt vtp	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: PRINCIPAL (1 Afiliados)						$1,423,500	$227,800			$1,423,500	$178,000			$1,423,500	$8,600			$1,423,500		$7,500		$0	$0		$421,900
Centro de Trabajo: INDEPENDIENTE VOLUNTARIO RIESGOS (1 Afiliados)						$1,423,500	$227,800			$1,423,500	$178,000			$1,423,500	$8,600			$1,423,500		$7,500		$0	$0		$421,900
Ciudad: VILLAVICENCIO Depto: META (1 Afiliados)						$1,423,500	$227,800			$1,423,500	$178,000			$1,423,500	$8,600			$1,423,500		$7,500		$0	$0		$421,900
1	CC	1121920784	LEON PRIETO DIANA ALEJANDRA	230301	30	$1,423,500	$227,800	EPS005	30	$1,423,500	$178,000	CCF34	30	$1,423,500	$8,600	14-11	30	$1,423,500	0.5225%	$7,500	30	$0	$0	No	$421,900
Total Afiliados(1)						$1,423,500	$227,800			$1,423,500	$178,000			$1,423,500	$8,600			$1,423,500		$7,500		$0	$0		$421,900

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1121920784		LEON PRIETO DIANA ALEJANDRA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	Mz h6 cs 10a etapa II	VILLAVICENCIO-META	6708248	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-06	2025-06	1675426891	9488715596	I	2025/07/18	2025/08/04	BANCO DAVIVIENDA	17	$426,500

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$227,800	$2,500	$0	$230,300
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	$227,800	$2,500	$0	$230,300
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$7,500	$100	$0	$7,600
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	1	$7,500	$100	$0	$7,600
CCF (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$8,600	$100	$0	$8,700
COFREM	CCF34	892,000,146	3	1	$8,600	$100	$0	$8,700
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$178,000	$1,900	$0	$179,900
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	1	$178,000	$1,900	$0	$179,900
TOTAL				1	$421,900	$4,600	$0	$426,500

2025/08/11 08:48 AM

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
CC 1121920784		LEON PRIETO DIANA ALEJANDRA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	Mz h6 cs 10a etapa II	VILLAVICENCIO-META	6708248	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-05	2025-05	1612040975	9486918010	I	2025/06/20	2025/07/08	BANCO DAVIVIENDA	18	$426,900

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO			NOVEDADES	PENSION			SALUD			CCF			RIESGOS				PARAFISCALES				
No.	Identificación	Nombre		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: PRINCIPAL (1 Afiliados)						$1,423,500	$227,800			$1,423,500	$178,000			$1,423,500	$8,600			$1,423,500		$7,500		$0	$0		$421,900
Centro de Trabajo: INDEPENDIENTE VOLUNTARIO RIESGOS (1 Afiliados)						$1,423,500	$227,800			$1,423,500	$178,000			$1,423,500	$8,600			$1,423,500		$7,500		$0	$0		$421,900
Ciudad: VILLAVICENCIO Depto: META (1 Afiliados)						$1,423,500	$227,800			$1,423,500	$178,000			$1,423,500	$8,600			$1,423,500		$7,500		$0	$0		$421,900
1	CC 1121920784	LEON PRIETO DIANA ALEJANDRA		23030 1	30	$1,423,500	$227,800	EPS005	30	$1,423,500	$178,000	CCF34	30	$1,423,500	$8,600	14-11	30	$1,423,500	0.522%	$7,500	30	$0	$0	No	$421,900
Total Afiliados(1)						$1,423,500	$227,800			$1,423,500	$178,000			$1,423,500	$8,600			$1,423,500		$7,500		$0	$0		$421,900

DATOS GENERALES DEL APORTANTE							
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1121920784		LEON PRIETO DIANA ALEJANDRA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	Mz h6 cs 10a etapa II	VILLAVICENCIO-META	6708248	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-05	2025-05	1612040975	9486918010	I	2025/06/20	2025/07/08	BANCO DAVIVIENDA	18	$426,900

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$227,800	$2,700	$0	$230,500
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	$227,800	$2,700	$0	$230,500
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$7,500	$100	$0	$7,600
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	1	$7,500	$100	$0	$7,600
CCF (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$8,600	$100	$0	$8,700
COFREM	CCF34	892,000,146	3	1	$8,600	$100	$0	$8,700
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$178,000	$2,100	$0	$180,100
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	1	$178,000	$2,100	$0	$180,100
TOTAL				1	$421,900	$5,000	$0	$426,900

2025/07/08 07:29 AM

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
CC 1121920784		LEON PRIETO DIANA ALEJANDRA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	Mz h6 cs 10a etapa III	VILLAVICENCIO-META	6708248	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-04	2025-04	1478331531	9485477862	I	2025/05/21	2025/05/13	BANCO DAVIVIENDA	0	$421,900

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: PRINCIPAL (1 Afiliados)						$1,423,500	$227,800			$1,423,500	$178,000			$1,423,500	$8,600			$1,423,500		$7,500		$0	$0		$421,900
Centro de Trabajo: INDEPENDIENTE VOLUNTARIO RIESGOS (1 Afiliados)						$1,423,500	$227,800			$1,423,500	$178,000			$1,423,500	$8,600			$1,423,500		$7,500		$0	$0		$421,900
Ciudad: VILLAVICENCIO Depto: META (1 Afiliados)						$1,423,500	$227,800			$1,423,500	$178,000			$1,423,500	$8,600			$1,423,500		$7,500		$0	$0		$421,900
1	CC	1121920784	LEON PRIETO DIANA ALEJANDRA	23030 1	30	$1,423,500	$227,800	EPS005	30	$1,423,500	$178,000	CCF34	30	$1,423,500	$8,600	14-11	30	$1,423,500	0.522%	$7,500	30	$0	$0	No	$421,900
Total Afiliados(1)						$1,423,500	$227,800			$1,423,500	$178,000			$1,423,500	$8,600			$1,423,500		$7,500		$0	$0		$421,900

DATOS GENERALES DEL APORTANTE							
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1121920784		LEON PRIETO DIANA ALEJANDRA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	Mz h6 cs 10a etapa III	VILLAVICENCIO-META	6708248	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-04	2025-04	1478331531	9485477862	I	2025/05/21	2025/05/13	BANCO DAVIVIENDA	0	$421,900

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
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	1	$7,500	$0	$0	$7,500
CCF (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$8,600	$0	$0	$8,600
COFREM	CCF34	892,000,146	3	1	$8,600	$0	$0	$8,600
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$178,000	$0	$0	$178,000
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	1	$178,000	$0	$0	$178,000
TOTAL				1	$421,900	$0	$0	$421,900

2025/05/13 02:27 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
CC 1121920784		LEON PRIETO DIANA ALEJANDRA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	Mz h6 cs 10a etapa II	VILLAVICENCIO-META	6708248	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-03	2025-03	1424291537	948433492 1	I	2025/04/22	2025/04/21	BANCO DAVIVIENDA	0	$421,900

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO			NOVEDADES	PENSION			SALUD			CCF			RIESGOS				PARAFISCALES				
No.	Identificación	Nombre		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: PRINCIPAL (1 Afiliados)						$1,423,500	$227,800			$1,423,500	$178,000			$1,423,500	$8,600			$1,423,500		$7,500		$0	$0		$421,900
Centro de Trabajo: INDEPENDIENTE VOLUNTARIO RIESGOS (1 Afiliados)						$1,423,900	$227,800			$1,423,900	$178,000			$1,423,900	$8,600			$1,423,900		$7,500		$0	$0		$421,900
Ciudad: VILLAVICENCIO Depto: META (1 Afiliados)						$1,423,900	$227,800			$1,423,900	$178,000			$1,423,900	$8,600			$1,423,900		$7,500		$0	$0		$421,900
1	CC	1121920784	LEON PRIETO DIANA ALEJANDRA	23030 1	30	$1,423,500	$227,800	EPS005	30	$1,423,500	$178,000	CCF34	30	$1,423,500	$8,600	14-11	30	$1,423,500	0.5225	$7,500	30	$0	$0	No	$421,900
Total Afiliados(1)						$1,423,900	$227,800			$1,423,900	$178,000			$1,423,500	$8,600			$1,423,500		$7,500		$0	$0		$421,900

DATOS GENERALES DEL APORTANTE							
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1121920784		LEON PRIETO DIANA ALEJANDRA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	Mz h6 cs 10a etapa II	VILLAVICENCIO-META	6708248	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-03	2025-03	1424291537	948433492 1	I	2025/04/22	2025/04/21	BANCO DAVIVIENDA	0	$421,900

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
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	1	$7,500	$0	$0	$7,500
CCF (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$8,600	$0	$0	$8,600
COFREM	CCF34	892,000,146	3	1	$8,600	$0	$0	$8,600
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$178,000	$0	$0	$178,000
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	1	$178,000	$0	$0	$178,000
TOTAL				1	$421,900	$0	$0	$421,900

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
CC 1121920784		LEON PRIETO DIANA ALEJANDRA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	Mz hó cs 10a etapa II	VILLAVICENCIO-META	6708248	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-02	2025-02	1374265053	9482694570	I	2025/03/20	2025/03/31	BANCO DAVIVIENDA	11	$425,000

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	irl	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: PRINCIPAL (1 Afiliados)																									$1,423,500	$227,800			$1,423,500	$178,000			$1,423,500	$8,600			$1,423,500		$7,500		$0	$0		$421,900
Centro de Trabajo: INDEPENDIENTE VOLUNTARIO RIESGOS (1 Afiliados)																									$1,423,500	$227,800			$1,423,500	$178,000			$1,423,500	$8,600			$1,423,500		$7,500		$0	$0		$421,900
Ciudad: VILLAVICENCIO Depto: META (1 Afiliados)																									$1,423,500	$227,800			$1,423,500	$178,000			$1,423,500	$8,600			$1,423,500		$7,500		$0	$0		$421,900
1	CC	1121920784	LEON PRIETO DIANA ALEJANDRA																					23030 1	30	$1,423,500	$227,800	EPS005	30	$1,423,500	$178,000	CCF34	30	$1,423,500	$8,600	14-11	30	$1,423,500	0.5225	$7,500	30	$0	$0	No	$421,900
Total Afiliados(1)																									$1,423,500	$227,800			$1,423,500	$178,000			$1,423,500	$8,600			$1,423,500		$7,500		$0	$0		$421,900

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1121920784		LEON PRIETO DIANA ALEJANDRA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	Mz hó cs 10a etapa II	VILLAVICENCIO-META	6708248	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-02	2025-02	1374265053	9482694570	I	2025/03/20	2025/03/31	BANCO DAVIVIENDA	11	$425,000

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$227,800	$1,600	$0	$229,400
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	$227,800	$1,600	$0	$229,400
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$7,500	$100	$0	$7,600
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	1	$7,500	$100	$0	$7,600
CCF (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$8,600	$100	$0	$8,700
COFREM	CCF34	892,000,146	3	1	$8,600	$100	$0	$8,700
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$178,000	$1,300	$0	$179,300
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	1	$178,000	$1,300	$0	$179,300
TOTAL				1	$421,900	$3,100	$0	$425,000

2025/03/31 10:53 AM

aportes en línea

Planilla Resumen

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Telefono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1121920784		LEON PRIETO DIANA ALEJANDRA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	Mz h6 cs 10a etapa 8I	VILLAVICENCIO-META	6708248	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-01	2025-01	1299345535	9481162607	I	2025/02/20	2025/02/28	BANCO DAVIVIENDA	8	$424,400

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO			NOVEDADES																PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS					PARAFISCALES				
No.	Identificación	Nombre	Ingret	Vde	Vte	Vdp	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: PRINCIPAL (1 Afiliados)																					$1,423,500	$227,800			$1,423,500	$178,000			$1,423,500	$8,600			$1,423,500	$7,500		$0	$0		$421,900
Centro de Trabajo: INDEPENDIENTE VOLUNTARIO RIESGOS (1 Afiliados)																					$1,423,500	$227,800			$1,423,500	$178,000			$1,423,500	$8,600			$1,423,500	$7,500		$0	$0		$421,900
Ciudad: VILLAVICENCIO Depto: META (1 Afiliados)																					$1,423,500	$227,800			$1,423,500	$178,000			$1,423,500	$8,600			$1,423,500	$7,500		$0	$0		$421,900
1	CC	1121920784 LEON PRIETO DIANA ALEJANDRA							X										23030 1	30	$1,423,500	$227,800	EPS005	30	$1,423,500	$178,000	CCF34	30	$1,423,500	$8,600	14-11	30	$1,423,500	0.522%	$7,500	30	$0	$0	No	$421,900
Total Afiliados(1)																					$1,423,500	$227,800			$1,423,500	$178,000			$1,423,500	$8,600			$1,423,500	$7,500		$0	$0		$421,900

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Telefono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1121920784		LEON PRIETO DIANA ALEJANDRA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	Mz h6 cs 10a etapa 8I	VILLAVICENCIO-META	6708248	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-01	2025-01	1299345535	9481162607	I	2025/02/20	2025/02/28	BANCO DAVIVIENDA	8	$424,400

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$227,800	$1,300	$0	$229,100
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	$227,800	$1,300	$0	$229,100
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$7,500	$100	$0	$7,600
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	1	$7,500	$100	$0	$7,600
CCF (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$8,600	$100	$0	$8,700
COFREM	CCF34	892,000,146	3	1	$8,600	$100	$0	$8,700
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$178,000	$1,000	$0	$179,000
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	1	$178,000	$1,000	$0	$179,000
TOTAL				1	$421,900	$2,500	$0	$424,400

2025/02/28 01:53 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
CC 1121920784		LEON PRIETO DIANA ALEJANDRA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	Mz hó cs 10a etapa III	VILLAVICENCIO-META	6708248	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2024-12	2024-12	1199037449	9479673594	I	2025/01/22	2025/01/16	BANCO DAVIVIENDA	0	$385,100

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO			NOVEDADES																PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS					PARAFISCALES				
No.	Identificación	Nombre	Ingret	Idert	Ae	Id	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: PRINCIPAL (1 Afiliados)																						$1,300,000	$208,000			$1,300,000	$162,500			$1,300,000	$7,800			$1,300,000		$6,800		$0	$0		$385,100
Centro de Trabajo: INDEPENDIENTE VOLUNTARIO RIESGOS (1 Afiliados)																						$1,300,000	$208,000			$1,300,000	$162,500			$1,300,000	$7,800			$1,300,000		$6,800		$0	$0		$385,100
Ciudad: VILLAVICENCIO Depto: META (1 Afiliados)																						$1,300,000	$208,000			$1,300,000	$162,500			$1,300,000	$7,800			$1,300,000		$6,800		$0	$0		$385,100
1	CC	1121920784	LEON PRIETO DIANA ALEJANDRA																	23030 1	30	$1,300,000	$208,000	EPS005	30	$1,300,000	$162,500	CCF34	30	$1,300,000	$7,800	14-11	30	$1,300,000	0.5229	$6,800	30	$0	$0	No	$385,100
Total Afiliados(1)																						$1,300,000	$208,000			$1,300,000	$162,500			$1,300,000	$7,800			$1,300,000		$6,800		$0	$0		$385,100

DATOS GENERALES DEL APORTANTE							
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1121920784		LEON PRIETO DIANA ALEJANDRA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	Mz hó cs 10a etapa III	VILLAVICENCIO-META	6708248	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2024-12	2024-12	1199037449	9479673594	I	2025/01/22	2025/01/16	BANCO DAVIVIENDA	0	$385,100

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$208,000	$0	$0	$208,000
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	$208,000	$0	$0	$208,000
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$6,800	$0	$0	$6,800
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	1	$6,800	$0	$0	$6,800
CCF (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$7,800	$0	$0	$7,800
COFREM	CCF34	892,000,146	3	1	$7,800	$0	$0	$7,800
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$162,500	$0	$0	$162,500
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	1	$162,500	$0	$0	$162,500
TOTAL				1	$385,100	$0	$0	$385,100

2025/02/27 05:13 PM

SOPORTES DE AFILIACIÓN Y PAGO

5306

Medellín, 04 de Marzo de 2026

ARL | sura

LA DIRECCIÓN DE ASEGURAMIENTO SEGUROS OBLIGATORIOS

HACE CONSTAR:

Dando cumplimiento a lo estipulado en la circular externa 007 de 1996 de la Superintendencia Financiera (título VI, numeral 1.5, literal g), se expide la presente constancia de afiliación al Sistema General de Riesgos Laborales.

Nombre o razón	CONSORCIO ALSIPA
Cédula de ciudadanía o Nit	N901892095
Fecha inicio de vigencia	14/12/2024 00:00:00
Fecha fin de vigencia	AFILIADA
Estado	EN COBERTURA
Número de centros de trabajo	1
Número de afiliados dependientes	0
Número de afiliados independientes	0
Número cotizantes en mora:	0
% cotizantes en mora:	0 %
Código de actividad principal	5429001
Clase de riesgo 5	Tasa de riesgo 6.96%

ACTIVIDAD ECONÓMICA: CONSTRUCCIÓN DE OTRAS OBRAS DE INGENIERÍA CIVIL, INCLUYE LA CONSTRUCCIÓN, CONSERVACIÓN Y REPARACIÓN DE INSTALACIONES INDUSTRIALES (EXCEPTO EDIFICIOS) COMO REFINERÍAS, FÁBRICAS DE PRODUCTOS QUÍMICOS, VÍAS DE NAVEGACIÓN,

Nombre	Código	Clasificación	Tarifa
PRINCIPAL META	0000000001	5	6.96

*Mora: Es el incumplimiento que se genera cuando existiendo afiliación no se realiza la autoliquidación acompañada del respectivo pago de las Contribuciones Parafiscales de la Protección Social en los plazos establecidos en las disposiciones legales vigentes.

Entiéndase dentro de este concepto, la mora que registra el empleador respecto de algunos trabajadores a su cargo. Art 6

En el estado de cuenta integral podrás encontrar el resumen y detalle actualizado de tus moras, inexactitudes, recobros de AT, pagos de incapacidades y devoluciones disponibles. Esto dará claridad a las diferencias y la mora que presentas. Para consultar el estado de cuenta integral, ingresa a https://www.arlsura.com da clic en Empresa e inicia sesión y sigue esta ruta: Gestión Administrativa/ Mi Empresa/ Estado de Cuenta/ Estado de Cuenta Integral.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Si desea validar que este certificado haya sido realmente emitido por ARL Sura y la información aquí contenida sea real, visite www.arlsura.com.co / validar certificados e ingrese el siguiente código único de generación válido por un mes:

ARL | sura

INSCRIPCION DE CUENTAS PARA TRANSFERENCIAS ELECTRÓNICAS

5307

Cuenta inscrita en la compañía

Entiendo que este es un servicio a través del cual consignan directamente a mi cuenta bancaria los pagos que debe(n) hacerme la(s) compañía(s), dando mayor seguridad y ofreciendo mayor comodidad. A continuación relaciono mis datos:

Datos del empleador

Nombre o razón social
CONSORCIO ALSIPA

Documento de identificación
NI - 901892095

Ciudad de correspondencia
VILLAVICENCIO

Departamento de correspondencia
META

Teléfono
6080000000

Fax

Dirección
CR 24 A 8 125 COND RES LA CABAÑA

Correo electrónico
PASILPAVILLAVO@GMAIL.COM

Número de cuenta	Tipo de cuenta	Entidad dónde tiene la cuenta	Sucursal

Estoy enterado que en pago de: fondos de ahorros e inversiones, el titular de la cuenta debe ser único inversionista para poder estar exento del gravamen a movimientos financieros (cuatro por mil).

NOTA: Si usted es proveedor este formato sólo aplica para cambios y actualizaciones de la cuenta previamente registrada,para inscribir por primera vez su cuenta debe registrase previamente como proveedor con el Formato Único de Registro de Proveedores (FURP) para hacer efectivo el registro solicitado.

Cordialmente,

	VILLAVICENCIO	
Firma del Representante Legal JOHN DANI NAGLES PACHON CC - 86050246 CONSORCIO ALSIPA NI - 901892095	Ciudad	Fecha

PECTOS GENERALES DEL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL EN RIESGOS LABORALES - DEBERES Y DERECHOS

La seguridad social es un servicio público obligatorio. El Sistema de Seguridad Social está conformado entre otros, por el Sistema de Riesgos Laborales, el cual sólo podrá ser administrado por el Instituto de Seguros Sociales, por Entidades Aseguradoras de Vida que obtengan autorización de la Superintendencia Financiera para la explotación del ramo de seguros de riesgos laborales y por sociedades sin ánimo de lucro constituidas como entidades aseguradoras con el exclusivo objeto de otorgar a sus socios la cobertura por enfermedad laboral y accidente de trabajo.

Este formulario de afiliación es el documento con **el cual se** incorpora al empleador y a cada uno de sus trabajadores dependientes en particular, al Sistema General de Riesgos Laborales. **La afiliación se entiende efectuada al día siguiente de aquel en que el formulario ha sido recibido por la entidad administradora respectiva.**
Para efectos de su afiliación al Sistema General de Riesgos Laborales, el ingreso de nuevos trabajadores debe reportarse a la entidad Administradora de Riesgos Laborales ARL a más tardar el día hábil siguiente al cual se produce la vinculación laboral, mediante el formulario de novedades Ingreso y Retiro de trabajadores o a través de los servicios transaccionales en www.arlsura.com. La entidad administradora de riesgos laborales no podrá rechazar la afiliación de ningún empleador ni de sus trabajadores dependientes.

Como efecto de la afiliación, la Entidad Administradora de Riesgos Laborales ARL queda obligada:
En favor de los trabajadores dependientes del empleador debidamente afiliados, al reconocimiento y pago de las prestaciones asistenciales y económicas previstas en la normatividad vigente, por ocurrencia de accidentes de trabajo y enfermedad laboral debidamente calificados como tales.
En favor del empleador y durante el tiempo de vigencia de la afiliación, a prestar los servicios de promoción y prevención tendientes a mejorar las condiciones de seguridad y salud en el trabajo de sus trabajadores, conforme con lo previsto en la normatividad vigente.

3. A administrar los recursos provenientes de las cotizaciones efectuadas por el empleador, conforme la normatividad vigente.
4. Los demás deberes y obligaciones que en su condición de Entidad Administradora de Riesgos Laborales le sean exigibles conforme con las disposiciones de la ley 100 de 1993, el decreto 1295 de 1994, la ley 1562 de 2012 y sus normas reglamentarias, así como por las disposiciones que las modifiquen o sustituyan.

IV. Con la afiliación, el empleador traslada a la Administradora de Riesgos Laborales los riesgos por accidente de trabajo y enfermedad laboral de sus trabajadores dependientes y le corresponde:

1. Pagar mensualmente las cotizaciones dentro de los 10 primeros días comunes del mes siguiente a aquel objeto de la cotización.
   Las cotizaciones se determinarán de acuerdo con la actividad económica de la empresa, el índice de lesiones incapacitantes y el cumplimiento de los Sistemas de Gestión de la Seguridad y Salud en el trabajo y podrán ser modificadas anualmente de acuerdo con la variación de dichos factores.
   EL NO PAGO DE LAS COTIZACIONES AL SISTEMA GENERAL DE RIESGOS LABORALES ACARREARÁ PARA EL EMPLEADOR LAS SANCIONES DE LEY.
   En caso de mora en el pago de las cotizaciones, la Entidad Administradora de Riesgos Laborales adelantará las acciones de cobro contra el empleador. Para tal efecto, la liquidación mediante la cual la Administradora de Riesgos Laborales determine el valor adeudado prestará MÉRITO EJECUTIVO.
2. Procurar el cuidado integral de la salud de sus trabajadores y ejecutar y controlar el cumplimiento de los Sistemas de Gestión de la Seguridad y Salud en el trabajo y procurar su financiamiento.
3. Informar a la Administradora de Riesgos Laborales ARL las novedades de sus trabajadores, en cuanto a situaciones laborales, salario, traslados, vinculación y retiro.
4. Notificar a la Administradora de Riesgos Laborales ARL los accidentes de trabajo y las enfermedades laborales dentro de los dos (2) días hábiles siguientes a la ocurrencia del accidente o al diagnóstico de la enfermedad.
5. Informar sobre esta afiliación a sus trabajadores y a las Entidades Promotoras de Salud a las que estén afiliados.

V. La afiliación al Sistema General de Riesgos Laborales del empleador y de sus trabajadores dependientes a través de la Entidad Administradora de Riesgos Laborales ARL, tendrá vigencia desde el día siguiente al del recibido de este formulario y hasta:

1. Cuando mediante el formulario de Novedades Ingreso y Retiro de Trabajadores o a través de los servicios transaccionales en www.arlsura.com., se comunique a la Administradora de Riesgos laborales la desvinculación de un trabajador.
2. Cuando, transcurrido al menos un año de vigencia de la afiliación, el empleador decida trasladarse a otra Administradora de Riesgos Laborales ARL, deberá dar aviso mediante comunicación escrita a la Entidad Administradora de Riesgos Laborales a la que se encuentra afiliado, con por lo menos 30 días comunes de antelación a la desvinculación.

VI. La declaración del empleador sobre la actividad económica de sus centros de trabajo, según la tabla de actividades económicas contenida en el decreto 1607 de 2002, indicará la clasificación de la empresa para efectos de liquidación de las cotizaciones. Esta clasificación puede ser verificada y modificada por la Administradora de Riesgos Laborales ARL, siguiendo el procedimiento señalado en los artículos 29 y 31 del decreto 1295 de 1994

Condiciones generales

Bajo la gravedad de juramento declaro que toda la información suministrada, o que llegue a suministrar, respecto a la empresa de la cual soy Representante Legal, así como las personas afiliadas es verídica. Además, comprendí los deberes y derechos del empleador frente al Sistema de Seguridad Social en Riesgos Laborales consignados al respaldo de este formulario. En forma expresa autorizo a la administradora ARL SURA S.A, EPS SURA S.A., en adelante "Las compañías", para que el correo de creación de clave sea remitido a la dirección de correo electrónico mencionada. De igual forma, declaro y acepto que es responsabilidad de la empresa por mi representada la utilización que la persona autorizada realice de la clave asignada. Así mismo, me comprometo a informar o notificar oportunamente a "Las compañías" los cambios de personal que impliquen la necesidad de cancelar la clave otorgada. Exonero a "Las compañías" por el mal uso que pueda hacerse de la clave que se asigna, la cual es de carácter personal, confidencial, indelegable e intransferible.

Autorizo a SURAMERICANA S.A para almacenar y usar mis datos personales con la finalidad de vincularme como cliente de SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A.; para el tratamiento de los mismos, incluso datos biométricos, con el fin de ejecutar el contrato, entregar, transmitir o compartir información con: Centrales de Riesgo para reportar mi comportamiento crediticio; con aliados estratégicos, intermediarios de seguros, operadores de información del PILA, compañía matriz, filiales y subsidiarias con la finalidad de ser contactado para él envió de información y ofertas de productos. Las respuestas a las preguntas sobre el tratamiento de datos personales son facultativas. Como titular de sus datos personales tiene derecho a conocerlos, actualizarlos, revocar y conocer autorización para su tratamiento, solicitar la supresión cuando proceda y acceder de forma gratuita a los mismos. El responsable del tratamiento de sus datos personales es SURAMERICANA S.A. para ejercer los derechos sobre éstos comunicarse al 437 8888 (Medellín, Bogotá y Cali) resto del país 01 8000 518 888. Para conocer nuestra política de privacidad visite www.sura.com.

La empresa decide transferir los datos personales que tiene de los trabajadores a Suramericana S.A., en virtud de la obligación legal de afiliarlos al sistema general de riesgos laborales. Por lo anterior, la Administradora de Riesgos Laborales podrá tratar los datos personales de los trabajadores de la empresa afiliada para garantizar la cobertura de ellos dentro del sistema de riesgos laborales y para las demás finalidades contempladas en la política de privacidad disponible en www.suramericana.com.co

Me sumo a la causa de SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A. de velar por la conservación del medio ambiente y por esto autorizo no me envíe carnetización en papel para mis trabajadores, ya que no es necesario para recibir cualquier servicio.

VERIFICADO

Firma y Sello del Empleador o Representante Legal
JOHN DANI NAGLES PACHON CC - 86050246
CONSORCIO ALSIPA NI - 901892095

Firma del Representante Legal ARL SURA

ESTE FORMULARIO SÓLO SE ENTIENDE RECIBIDO SI CONTIENE EL SELLO DE ARL SURA

RESPONSABILIDAD DEL REPRESENTANTE LEGAL

Esta afiliación será efectiva sólo si cumple con todos los requisitos descritos a continuación, de lo contrario no se perfeccionará la afiliación en ARL SURA de conformidad con las normas vigentes. Para verificar el estado de la afiliación, deberá ingresar a nuestro sitio web **www.arlsura.com / Gestión administrativa/Afiliación de empresas, 24 horas hábiles posteriores a la entrega de la información.**

SI NO SE CUMPLEN LOS REQUISITOS LA DOCUMENTACIÓN SERÁ DESTRUIDA.

Datos de empleados

Documento	Nombre	Centro de trabajo	Ciudad	Porcentaje de cotización
1006655945	CARLOS ANTONIO GARZON LEON	PRINCIPAL META	CUMARAL	6.96

Datos del usuario que manejará la clave de los Servicios Transaccionales

PERFIL DE LA CLAVE SOLICITADA:ADMINISTRADOR DE USUARIOS

Documento	Nombre	Correo electrónico registrado
C86050246	JOHN DANI NAGLES PACHON	sharkying10@gmail.com

ARL | sura

Medellín, 06 de Noviembre de 2025

LA DIRECCIÓN DE ASEGURAMIENTO SEGUROS OBLIGATORIOS

HACE CONSTAR:

Que la(s) persona(s) relacionada(s) en el siguiente listado, se encuentra(n) afiliada(s) en Riesgos Laborales desde las fechas indicadas, a SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A. como trabajadores de CONSORCIO ALSIPA, en el centro de trabajo 0000000001 - PRINCIPAL META, Clase de riesgo 5, Porcentaje de cotización 6.96%.

A continuación se relacionan las fechas de afiliación

Número identificación	Nombre	Fecha inicio afiliación	Fecha fin afiliación	Código de transacción	Tipo Cotizante	Estado
C19015302	ARIAS GUALTEROS ARGEMIRO	07/11/2025		14239456	DEPENDIENTE	POR INICIAR

Si desea validar que este certificado haya sido realmente emitido por ARL Sura y la información aquí contenida sea real, visite www.arlsura.com.co / validar certificados e ingrese el siguiente código único de generación válido por un mes:C860502462531086226

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Dirección de Aseguramiento Seguros Obligatorios

Este certificado tiene validez para efectos de afiliación del trabajador a SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A. así como para su desafiliación
Importante: La información contenida en este certificado puede ser validada en cualquier momento por SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A.

Este certificado fue generado con la información registrada en la base de datos el 06/11/2025 23:57:06 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 181.51.34.104, 192.230.104.1, 172.16.42.57

ARL | sura 5312

Medellín, 19 de December de 2024

LA DIRECCIÓN DE AFILIACIONES Y RECAUDOS

HACE CONSTAR:

Que la(s) persona(s) relacionada(s) en el siguiente listado, se encuentra(n) afiliada(s) en Riesgos Laborales desde las fechas indicadas, a SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A como trabajadores de CONSORCIO ALSIPA.

A continuación se relacionan las fechas de afiliación

Número Identificación	Nombre	Fecha inicio cobertura	Fecha fin cobertura	Código de transacción	Tipo Cotizante	Estado
Centro de trabajo:	0000000001 PRINCIPAL META		Clase: 5	Porcentaje Cotización:	6.96 %	
C1006656597	GOMEZ JULIETH BRENDA BELTRAN	20/12/2024		p38o40M2	DEPENDIENTE	POR INICIAR

null

Atentamente,

Dirección de Afiliaciones y Recaudos

Este certificado tiene validez para efectos de afiliación del trabajador a SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A así como para su desafiliación
Importante: La información contenida en este certificado puede ser validada en cualquier momento por SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A

Este certificado fue generado con la información registrada en la base de datos el 19/12/2024 21:17:32 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 191.107.216.162, 192.230.104.5, 172.16.42.57

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

ARL | sura 5313

Medellín, 06 de June de 2025

LA DIRECCIÓN DE AFILIACIONES Y RECAUDOS

HACE CONSTAR:

Que la(s) persona(s) relacionada(s) en el siguiente listado, se encuentra(n) afiliada(s) en Riesgos Laborales desde las fechas indicadas, a SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A como trabajadores de CONSORCIO ALSIPA.

A continuación se relacionan las fechas de afiliación

Número identificación	Nombre	Fecha inicio cobertura	Fecha fin cobertura	Código de transacción	Tipo Cotizante	Estado
Centro de trabajo:	0000000001 PRINCIPAL META		Clase: 5	Porcentaje Cotización:	6.96 %	
C86071353	LOMBANA MURILLO CAMPO ELIAS	07/06/2025		32159451	DEPENDIENTE	POR INICIAR

null

Atentamente,

Dirección de Afiliaciones y Recaudos

Este certificado tiene validez para efectos de afiliación del trabajador a SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A así como para su desafiliación
Importante: La información contenida en este certificado puede ser validada en cualquier momento por SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A

Este certificado fue generado con la información registrada en la base de datos el 06/06/2025 22:09:30 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 191.107.203.22, 192.230.104.6, 172.16.42.57

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

5314

ARL | sura

Medellín, 13 de Enero de 2025

LA DIRECCIÓN DE AFILIACIONES Y RECAUDOS

HACE CONSTAR:

Que la(s) persona(s) relacionada(s) en el siguiente listado, se encuentra(n) afiliada(s) en Riesgos Laborales desde las fechas indicadas, a SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A. como trabajadores de CONSORCIO ALSIPA, en el centro de trabajo 0000000001 - PRINCIPAL META, Clase de riesgo 5, Porcentaje de cotización 6.96%.

A continuación se relacionan las fechas de afiliación

Número Identificación	Nombre	Fecha inicio cobertura	Fecha fin cobertura	Código de transacción	Tipo Cotizante	Estado
C1006655945	GARZON LEON CARLOS ANTONIO	04/01/2025		22835131	DEPENDIENTE	EN COBERTURA

Si desea validar que este certificado haya sido realmente emitido por ARL Sura y la información aquí contenida sea real, visite www.arlsura.com.co / validar certificados e ingrese el siguiente código único de generación válido por un mes:C860502462501380165

Atentamente,

Dirección de Afiliaciones y Recaudos

Este certificado tiene validez para efectos de afiliación del trabajador a SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A. así como para su desafiliación
Importante: La información contenida en este certificado puede ser validada en cualquier momento por SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A.

Este certificado fue generado con la información registrada en la base de datos el 13/01/2025 22:16:05 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 191.107.166.196, 192.230.104.3, 172.16.42.57

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

ARL | sura 5315

Medellín, 03 de February de 2025

LA DIRECCIÓN DE AFILIACIONES Y RECAUDOS

HACE CONSTAR:

Que la(s) persona(s) relacionada(s) en el siguiente listado, se encuentra(n) afiliada(s) en Riesgos Laborales desde las fechas indicadas, a SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A como trabajadores de CONSORCIO ALSIPA.

A continuación se relacionan las fechas de afiliación

Número Identificación	Nombre	Fecha inicio cobertura	Fecha fin cobertura	Código de transacción	Tipo Cotizante	Estado
Centro de trabajo:	0000000001 PRINCIPAL META		Clase: 5	Porcentaje Cotización:	6.96 %	
C21183925	RODRIGUEZ PERILLA DIANA PAOLA	04/02/2025		20514421	DEPENDIENTE	POR INICIAR

null

Atentamente,

Dirección de Afiliaciones y Recaudos

Este certificado tiene validez para efectos de afiliación del trabajador a SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A así como para su desafiliación
Importante: La información contenida en este certificado puede ser validada en cualquier momento por SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A

Este certificado fue generado con la información registrada en la base de datos el 03/02/2025 21:19:55 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 191.107.197.139, 192.230.104.9, 172.16.42.57

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

ARL | sura

Medellín, 28 de October de 2025

LA DIRECCIÓN DE ASEGURAMIENTO SEGUROS OBLIGATORIOS

HACE CONSTAR:

Que la(s) persona(s) relacionada(s) en el siguiente listado, se encuentra(n) afiliada(s) en Riesgos Laborales desde las fechas indicadas, a SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A como trabajadores de CONSORCIO ALSIPA.

A continuación se relacionan las fechas de afiliación

Número identificación	Nombre	Fecha inicio afiliación	Fecha fin afiliación	Código de transacción	Tipo Cotizante	Estado
Centro de trabajo:	0000000001 PRINCIPAL META		Clase: 5	Porcentaje Cotización:	6.96 %	
C79693185	RAMIREZ FUQUENE WILSON EDGARDO	29/10/2025		22212157	DEPENDIENTE	POR INICIAR

null

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Dirección de Aseguramiento Seguros Obligatorios

Este certificado tiene validez para efectos de afiliación del trabajador a SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A así como para su desafiliación
Importante: La información contenida en este certificado puede ser validada en cualquier momento por SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A

Este certificado fue generado con la información registrada en la base de datos el 28/10/2025 23:11:48 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 181.51.34.168, 192.230.104.7, 172.16.42.57

ARL | sura

5317

Medellín, 29 de October de 2025

LA DIRECCIÓN DE ASEGURAMIENTO SEGUROS OBLIGATORIOS

HACE CONSTAR:

Que la(s) persona(s) relacionada(s) en el siguiente listado, se encuentra(n) afiliada(s) en Riesgos Laborales desde las fechas indicadas, a SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A como trabajadores de CONSORCIO ALSIPA.

A continuación se relacionan las fechas de afiliación

Número identificación	Nombre	Fecha inicio afiliación	Fecha fin afiliación	Código de transacción	Tipo Cotizante	Estado
Centro de trabajo:	0000000001 PRINCIPAL META		Clase: 5	Porcentaje Cotización:	6.96 %	
C86042707	TACHA GARCIA ORLANDO	30/10/2025		23646169	DEPENDIENTE	POR INICIAR

null

SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA
VIGILADO

Dirección de Aseguramiento Seguros Obligatorios

Este certificado tiene validez para efectos de afiliación del trabajador a SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A así como para su desafiliación
Importante: La información contenida en este certificado puede ser validada en cualquier momento por SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A

Este certificado fue generado con la información registrada en la base de datos el 29/10/2025 19:46:53 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 181.51.34.168, 192.230.104.7, 172.16.42.57

ARL | sura 5318

Medellín, 02 de Abril de 2025

LA DIRECCIÓN DE AFILIACIONES Y RECAUDOS

HACE CONSTAR:

Que la(s) persona(s) relacionada(s) en el siguiente listado, se encuentra(n) afiliada(s) en Riesgos Laborales desde las fechas indicadas, a SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A. como trabajadores de CONSORCIO ALSIPA, en el centro de trabajo 0000000001 - PRINCIPAL META, Clase de riesgo 5, Porcentaje de cotización 6.96%.

A continuación se relacionan las fechas de afiliación

Número identificación	Nombre	Fecha inicio cobertura	Fecha fin cobertura	Código de transacción	Tipo Cotizante	Estado
C1004119765	MEDINA MUÑOZ DIMAS	03/04/2025		22320635	DEPENDIENTE	POR INICIAR
C1121960242	RODRIGUEZ RODRIGUEZ BRANDON DAVID	03/04/2025		13d20620	DEPENDIENTE	POR INICIAR

Si desea validar que este certificado haya sido realmente emitido por ARL Sura y la información aquí contenida sea real, visite www.arlsura.com.co / validar certificados e ingrese el siguiente código único de generación válido por un mes:C860502462509253881

Atentamente,

Dirección de Afiliaciones y Recaudos

Este certificado tiene validez para efectos de afiliación del trabajador a SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A. así como para su desafiliación
Importante: La información contenida en este certificado puede ser validada en cualquier momento por SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A.

Este certificado fue generado con la información registrada en la base de datos el 02/04/2025 14:58:01 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 191.156.48.154, 198.143.41.36, 172.16.42.57

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

ARL | sura

Medellín, 30 de October de 2025

LA DIRECCIÓN DE ASEGURAMIENTO SEGUROS OBLIGATORIOS

HACE CONSTAR:

Que la(s) persona(s) relacionada(s) en el siguiente listado, se encuentra(n) afiliada(s) en Riesgos Laborales desde las fechas indicadas, a SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A como trabajadores de CONSORCIO ALSIPA.

A continuación se relacionan las fechas de afiliación

Número identificación	Nombre	Fecha inicio afiliación	Fecha fin afiliación	Código de transacción	Tipo Cotizante	Estado
Centro de trabajo:	0000000001 PRINCIPAL META		Clase: 5	Porcentaje Cotización:	6.96 %	
C1133259006	SANCHEZ PALACIO JERSAIN	31/10/2025		92151152	DEPENDIENTE	POR INICIAR

null

SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA
VIGILADO

Dirección de Aseguramiento Seguros Obligatorios

Este certificado tiene validez para efectos de afiliación del trabajador a SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A así como para su desafiliación
Importante: La información contenida en este certificado puede ser validada en cualquier momento por SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A

Este certificado fue generado con la información registrada en la base de datos el 30/10/2025 23:05:24 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 181.51.34.104, 192.230.104.1, 172.16.42.57

ARL | sura 5320

Medellín, 30 de Octubre de 2025

LA DIRECCIÓN DE ASEGURAMIENTO SEGUROS OBLIGATORIOS

HACE CONSTAR:

Que la(s) persona(s) relacionada(s) en el siguiente listado, se encuentra(n) afiliada(s) en Riesgos Laborales desde las fechas indicadas, a SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A. como trabajadores de CONSORCIO ALSIPA, en el centro de trabajo 0000000001 - PRINCIPAL META, Clase de riesgo 5, Porcentaje de cotización 6.96%.

A continuación se relacionan las fechas de afiliación

Número identificación	Nombre	Fecha inicio afiliación	Fecha fin afiliación	Código de transacción	Tipo Cotizante	Estado
C1063590090	PUERTA BRIEVA LUZ ESTELA	31/10/2025		42229415	DEPENDIENTE	POR INICIAR
C40404583	RODRIGUEZ GUERRERO CLARA ALICIA	31/10/2025		UF193181	DEPENDIENTE	POR INICIAR

Si desea validar que este certificado haya sido realmente emitido por ARL Sura y la información aquí contenida sea real, visite www.arlsura.com.co / validar certificados e ingrese el siguiente código único de generación válido por un mes:C8605024625303280 95

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Dirección de Aseguramiento Seguros Obligatorios

Este certificado tiene validez para efectos de afiliación del trabajador a SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A. así como para su desafiliación
Importante: La información contenida en este certificado puede ser validada en cualquier momento por SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A.

Este certificado fue generado con la información registrada en la base de datos el 30/10/2025 07:48:15 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 181.51.34.104, 192.230.104.1, 172.16.42.57

ARL | sura

5321

Medellín, 03 de Diciembre de 2025

LA DIRECCIÓN DE ASEGURAMIENTO SEGUROS OBLIGATORIOS

HACE CONSTAR:

Que la(s) persona(s) relacionada(s) en el siguiente listado, se encuentra(n) afiliada(s) en Riesgos Laborales desde las fechas indicadas, a SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A. como trabajadores de CONSORCIO ALSIPA, en el centro de trabajo 0000000001 - PRINCIPAL META, Clase de riesgo 5, Porcentaje de cotización 6.96%.

A continuación se relacionan las fechas de afiliación

Número identificación	Nombre	Fecha inicio afiliación	Fecha fin afiliación	Código de transacción	Tipo Cotizante	Estado
C1121845440	CAMPOS GUTIERREZ BRAYAN SNEIDER	04/12/2025		O2272422	DEPENDIENTE	POR INICIAR
C86065755	DIAZ RAMIREZ YEINNER RAUL	04/12/2025		12758184	DEPENDIENTE	POR INICIAR

Si desea validar que este certificado haya sido realmente emitido por ARL Sura y la información aquí contenida sea real, visite www.arlsura.com.co / validar certificados e ingrese el siguiente código único de generación válido por un mes:C860502462533750371

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Dirección de Aseguramiento Seguros Obligatorios

Este certificado tiene validez para efectos de afiliación del trabajador a SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A. así como para su desafiliación
Importante: La información contenida en este certificado puede ser validada en cualquier momento por SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A.

Este certificado fue generado con la información registrada en la base de datos el 03/12/2025 13:59:31 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 181.51.34.232, 192.230.104.7, 172.16.42.57

ARL | sura 5322

Medellín, 03 de Enero de 2025

LA DIRECCIÓN DE AFILIACIONES Y RECAUDOS

HACE CONSTAR:

Que la(s) persona(s) relacionada(s) en el siguiente listado, se encuentra(n) afiliada(s) en Riesgos Laborales desde las fechas indicadas, a SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A. como trabajadores de CONSORCIO ALSIPA, en el centro de trabajo 0000000001 - PRINCIPAL META, Clase de riesgo 5, Porcentaje de cotización 6.96%.

A continuación se relacionan las fechas de afiliación

Número identificación	Nombre	Fecha inicio cobertura	Fecha fin cobertura	Código de transacción	Tipo Cotizante	Estado
C1118556213	CRUZ TUMAY JHON BERLITZ	04/01/2025		20V13912	DEPENDIENTE	POR INICIAR
C1006655945	GARZON LEON CARLOS ANTONIO	04/01/2025		22835131	DEPENDIENTE	POR INICIAR

Si desea validar que este certificado haya sido realmente emitido por ARL Sura y la información aquí contenida sea real, visite www.arlsura.com.co / validar certificados e ingrese el siguiente código único de generación válido por un mes:C860502462500380791

Atentamente,

Dirección de Afiliaciones y Recaudos

Este certificado tiene validez para efectos de afiliación del trabajador a SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A. así como para su desafiliación
Importante: La información contenida en este certificado puede ser validada en cualquier momento por SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A.

Este certificado fue generado con la información registrada en la base de datos el 03/01/2025 22:26:31 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 191.156.148.147, 192.230.104.5, 172.16.42.57

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

ARL | sura

5323

Medellín, 11 de Noviembre de 2025

LA DIRECCIÓN DE ASEGURAMIENTO SEGUROS OBLIGATORIOS

HACE CONSTAR:

Que la(s) persona(s) relacionada(s) en el siguiente listado, se encuentra(n) afiliada(s) en Riesgos Laborales desde las fechas indicadas, a SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A. como trabajadores de CONSORCIO ALSIPA, en el centro de trabajo 0000000001 - PRINCIPAL META, Clase de riesgo 5, Porcentaje de cotización 6.96%.

A continuación se relacionan las fechas de afiliación

Número identificación	Nombre	Fecha inicio afiliación	Fecha fin afiliación	Código de transacción	Tipo Cotizante	Estado
C1122646857	BELTRAN TOVAR EDGAR JAVIER	12/11/2025		145202PS	DEPENDIENTE	POR INICIAR
C86072222	GUEVARA ESTRADA WILLIAM ALEXANDER	12/11/2025		250151or	DEPENDIENTE	POR INICIAR

Si desea validar que este certificado haya sido realmente emitido por ARL Sura y la información aquí contenida sea real, visite www.arlsura.com.co / validar certificados e ingrese el siguiente código único de generación válido por un mes:C860502462531582267

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Dirección de Aseguramiento Seguros Obligatorios

Este certificado tiene validez para efectos de afiliación del trabajador a SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A. así como para su desafiliación
Importante: La información contenida en este certificado puede ser validada en cualquier momento por SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A.

Este certificado fue generado con la información registrada en la base de datos el 11/11/2025 22:51:07 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 181.51.34.104, 192.230.104.1, 172.16.42.57

53

ARL | sura

Medellín, 13 de Febrero de 2025

LA DIRECCIÓN DE AFILIACIONES Y RECAUDOS

HACE CONSTAR:

Que la(s) persona(s) relacionada(s) en el siguiente listado, se encuentra(n) afiliada(s) en Riesgos Laborales desde las fechas indicadas, a SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A. como trabajadores de CONSORCIO ALSIPA, en el centro de trabajo 0000000001 - PRINCIPAL META, Clase de riesgo 5, Porcentaje de cotización 6.96%.

A continuación se relacionan las fechas de afiliación

Número Identificación	Nombre	Fecha inicio cobertura	Fecha fin cobertura	Código de transacción	Tipo Cotizante	Estado
C15991684	MARTINEZ MORALES ANDRES FELIPE	14/02/2025		21188N6W	DEPENDIENTE	POR INICIAR
C1234792452	RODRIGUEZ RAMIREZ JUAN SEBASTIAN	14/02/2025		SQ283723	DEPENDIENTE	POR INICIAR

Si desea validar que este certificado haya sido realmente emitido por ARL Sura y la información aquí contenida sea real, visite www.arlsura.com.co / validar certificados e ingrese el siguiente código único de generación válido por un mes:C8605024625044275 62

Atentamente,

Dirección de Afiliaciones y Recaudos

Este certificado tiene validez para efectos de afiliación del trabajador a SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A. así como para su desafiliación
Importante: La información contenida en este certificado puede ser validada en cualquier momento por SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A.

Este certificado fue generado con la información registrada en la base de datos el 13/02/2025 07:39:16 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 191.107.196.34, 192.230.104.11, 172.16.42.57

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

ARL | sura

Medellín, 15 de Enero de 2025

LA DIRECCIÓN DE AFILIACIONES Y RECAUDOS

HACE CONSTAR:

Que la(s) persona(s) relacionada(s) en el siguiente listado, se encuentra(n) afiliada(s) en Riesgos Laborales desde las fechas indicadas, a SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A. como trabajadores de CONSORCIO ALSIPA, en el centro de trabajo 0000000001 - PRINCIPAL META, Clase de riesgo 5, Porcentaje de cotización 6.96%.

A continuación se relacionan las fechas de afiliación

Número identificación	Nombre	Fecha inicio cobertura	Fecha fin cobertura	Código de transacción	Tipo Cotizante	Estado
C86057285	DIAZ AVENDAÑO WILBER	16/01/2025		z1812534	DEPENDIENTE	POR INICIAR
C1122511611	DIAZ ORTEGA HEDIER ALEXANDER	16/01/2025		24413913	DEPENDIENTE	POR INICIAR
C1067806640	VILLADIEGO VILLADIEGO JUAN CAMILO	16/01/2025		12325176	DEPENDIENTE	POR INICIAR

Si desea validar que este certificado haya sido realmente emitido por ARL Sura y la información aquí contenida sea real, visite www.arlsura.com.co / validar certificados e ingrese el siguiente código único de generación válido por un mes:C860502462501582516

Atentamente,

Dirección de Afiliaciones y Recaudos

Este certificado tiene validez para efectos de afiliación del trabajador a SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A. así como para su desafiliación
Importante: La información contenida en este certificado puede ser validada en cualquier momento por SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A.

Este certificado fue generado con la información registrada en la base de datos el 15/01/2025 22:55:16 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 191.107.166.196, 192.230.104.3, 172.16.42.57

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

5320

ARL | sura

Medellín, 16 de Diciembre de 2024

LA DIRECCIÓN DE AFILIACIONES Y RECAUDOS

HACE CONSTAR:

Que la(s) persona(s) relacionada(s) en el siguiente listado, se encuentra(n) afiliada(s) en Riesgos Laborales desde las fechas indicadas, a SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A. como trabajadores de CONSORCIO ALSIPA, en el centro de trabajo 0000000001 - PRINCIPAL META, Clase de riesgo 5, Porcentaje de cotización 6.96%.

A continuación se relacionan las fechas de afiliación

Número identificación	Nombre	Fecha inicio cobertura	Fecha fin cobertura	Código de transacción	Tipo Cotizante	Estado
C1118556213	CRUZ TUMAY JHON BERLITZ	17/12/2024		AN'22653	DEPENDIENTE	POR INICIAR
C1121893225	SANABRIA PARDO JHON ALEXANDER	17/12/2024		134ds215	DEPENDIENTE	POR INICIAR

Si desea validar que este certificado haya sido realmente emitido por ARL Sura y la información aquí contenida sea real, visite www.arlsura.com.co / validar certificados e ingrese el siguiente código único de generación válido por un mes:C860502462435184864

Atentamente,

Dirección de Afiliaciones y Recaudos

Este certificado tiene validez para efectos de afiliación del trabajador a SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A. así como para su desafiliación
Importante: La información contenida en este certificado puede ser validada en cualquier momento por SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A.

Este certificado fue generado con la información registrada en la base de datos el 16/12/2024 23:34:24 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 186.119.219.104, 192.230.104.3, 172.16.42.57

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

ARL | sura

5321

Medellín, 18 de Diciembre de 2025

LA DIRECCIÓN DE ASEGURAMIENTO SEGUROS OBLIGATORIOS

HACE CONSTAR:

Que la(s) persona(s) relacionada(s) en el siguiente listado, se encuentra(n) afiliada(s) en Riesgos Laborales desde las fechas indicadas, a SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A. como trabajadores de CONSORCIO ALSIPA, en el centro de trabajo 0000000001 - PRINCIPAL META, Clase de riesgo 5, Porcentaje de cotización 6.96%.

A continuación se relacionan las fechas de afiliación

Número Identificación	Nombre	Fecha inicio afiliación	Fecha fin afiliación	Código de transacción	Tipo Cotizante	Estado
C1121831952	BARRETO BARAHONA JHANN CARLOS	19/12/2025		Q124v230	DEPENDIENTE	POR INICIAR
C1121846223	BARRETO RIVERA KENNY ROGERSS	19/12/2025		PR170229	DEPENDIENTE	POR INICIAR
C17388436	LEAL URREGO CESAR	19/12/2025		q24493TI	DEPENDIENTE	POR INICIAR
C86071353	LOMBANA MURILLO CAMPO ELIAS	19/12/2025		20252443	DEPENDIENTE	POR INICIAR

Si desea validar que este certificado haya sido realmente emitido por ARL Sura y la información aquí contenida sea real, visite www.arlsura.com.co / validar certificados e ingrese el siguiente código único de generación válido por un mes:C860502462535256158

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Dirección de Aseguramiento Seguros Obligatorios

Este certificado tiene validez para efectos de afiliación del trabajador a SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A. así como para su desafiliación
Importante: La información contenida en este certificado puede ser validada en cualquier momento por SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A.

Este certificado fue generado con la información registrada en la base de datos el 18/12/2025 15:35:58 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 38.19.41.61, 192.230.104.9, 172.16.42.57

5320

ARL | sura

Medellín, 22 de Octubre de 2025

LA DIRECCIÓN DE ASEGURAMIENTO SEGUROS OBLIGATORIOS

HACE CONSTAR:

Que la(s) persona(s) relacionada(s) en el siguiente listado, se encuentra(n) afiliada(s) en Riesgos Laborales desde las fechas indicadas, a SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A. como trabajadores de CONSORCIO ALSIPA, en el centro de trabajo 0000000001 - PRINCIPAL META, Clase de riesgo 5, Porcentaje de cotización 6.96%.

A continuación se relacionan las fechas de afiliación

Número identificación	Nombre	Fecha inicio afiliación	Fecha fin afiliación	Código de transacción	Tipo Cotizante	Estado
C1003929274	BALOYE SERNA DARWIN	23/10/2025		51711884	DEPENDIENTE	POR INICIAR
C1006821886	BLANDON MOSQUERA ANDERSON	23/10/2025		170MCGo2	DEPENDIENTE	POR INICIAR
C7560450	CAMPOS MUÑOZ ADOLFO	23/10/2025		202e125i	DEPENDIENTE	POR INICIAR
C17346307	CASTRO ACOSTA RAFAEL	23/10/2025		j2431362	DEPENDIENTE	POR INICIAR

Si desea validar que este certificado haya sido realmente emitido por ARL Sura y la información aquí contenida sea real, visite www.arlsura.com.co / validar certificados e ingrese el siguiente código único de generación válido por un mes:C860502462529563423

Dirección de Aseguramiento Seguros Obligatorios

Este certificado tiene validez para efectos de afiliación del trabajador a SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A. así como para su desafiliación
Importante: La información contenida en este certificado puede ser validada en cualquier momento por SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A.

Este certificado fue generado con la información registrada en la base de datos el 22/10/2025 17:37:03 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 190.93.104.59, 192.230.104.6, 172.16.42.57

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

ARL | sura

Medellín, 24 de Abril de 2025

LA DIRECCIÓN DE AFILIACIONES Y RECAUDOS

HACE CONSTAR:

Que la(s) persona(s) relacionada(s) en el siguiente listado, se encuentra(n) afiliada(s) en Riesgos Laborales desde las fechas indicadas, a SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A. como trabajadores de CONSORCIO ALSIPA, en el centro de trabajo 0000000001 - PRINCIPAL META, Clase de riesgo 5, Porcentaje de cotización 6.96%.

A continuación se relacionan las fechas de afiliación

Número Identificación	Nombre	Fecha inicio cobertura	Fecha fin cobertura	Código de transacción	Tipo Cotizante	Estado
C1121906298	IBARRA VELASQUEZ YEISSON ORLANDO	25/04/2025		252K1892	DEPENDIENTE	POR INICIAR
C1121858623	PEÑA HERRERA BRAYAM ANDRES	25/04/2025		39617721	DEPENDIENTE	POR INICIAR
C1234792452	RODRIGUEZ RAMIREZ JUAN SEBASTIAN	25/04/2025		250134'3	DEPENDIENTE	POR INICIAR
C1121858647	ZAMBRANO GUTIERREZ CARLOS ANDRES	25/04/2025		9359124V	DEPENDIENTE	POR INICIAR

Si desea validar que este certificado haya sido realmente emitido por ARL Sura y la información aquí contenida sea real, visite www.arlsura.com.co / validar certificados e ingrese el siguiente código único de generación válido por un mes:C860502462511480279

Atentamente,

Dirección de Afiliaciones y Recaudos

Este certificado tiene validez para efectos de afiliación del trabajador a SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A. así como para su desafiliación
Importante: La información contenida en este certificado puede ser validada en cualquier momento por SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A.

Este certificado fue generado con la información registrada en la base de datos el 24/04/2025 22:17:59 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 191.107.190.192, 192.230.104.5, 172.16.42.57

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

5330

ARL | sura

Medellín, 28 de Abril de 2025

LA DIRECCIÓN DE AFILIACIONES Y RECAUDOS

HACE CONSTAR:

Que la(s) persona(s) relacionada(s) en el siguiente listado, se encuentra(n) afiliada(s) en Riesgos Laborales desde las fechas indicadas, a SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A. como trabajadores de CONSORCIO ALSIPA, en el centro de trabajo 0000000001 - PRINCIPAL META, Clase de riesgo 5, Porcentaje de cotización 6.96%.

A continuación se relacionan las fechas de afiliación

Número identificación	Nombre	Fecha inicio cobertura	Fecha fin cobertura	Código de transacción	Tipo Cotizante	Estado
C1122922397	BRAVO HERRERA JOUBRY SANTIAGO	29/04/2025		3126Wt15	DEPENDIENTE	POR INICIAR
C1121931794	CARDOZP BARRERA HENRY ALBERTO	29/04/2025		uF124223	DEPENDIENTE	POR INICIAR
C1022346301	PEREZ GUTIERREZ ANDERSSON MANUEL	29/04/2025		267n1811	DEPENDIENTE	POR INICIAR

Si desea validar que este certificado haya sido realmente emitido por ARL Sura y la información aquí contenida sea real, visite www.arlsura.com.co / validar certificados e ingrese el siguiente código único de generación válido por un mes:C8605024625118757 86

Atentamente,

Dirección de Afiliaciones y Recaudos

Este certificado tiene validez para efectos de afiliación del trabajador a SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A. así como para su desafiliación
Importante: La información contenida en este certificado puede ser validada en cualquier momento por SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A.

Este certificado fue generado con la información registrada en la base de datos el 28/04/2025 21:03:06 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 191.107.221.122, 192.230.104.10, 172.16.42.57

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

ARL | sura

5331

Medellín, 30 de Enero de 2025

LA DIRECCIÓN DE AFILIACIONES Y RECAUDOS

HACE CONSTAR:

Que la(s) persona(s) relacionada(s) en el siguiente listado, se encuentra(n) afiliada(s) en Riesgos Laborales desde las fechas indicadas, a SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A. como trabajadores de CONSORCIO ALSIPA, en el centro de trabajo 0000000001 - PRINCIPAL META, Clase de riesgo 5, Porcentaje de cotización 6.96%.

A continuación se relacionan las fechas de afiliación

Número Identificación	Nombre	Fecha inicio cobertura	Fecha fin cobertura	Código de transacción	Tipo Cotizante	Estado
C4129455	ORTEGA SALGADO SEGUNDO MOISES	31/01/2025		24918421	DEPENDIENTE	POR INICIAR
C1002270399	RISCANEVO RISCANEVO DIEGO FERNANDO	31/01/2025		17212412	DEPENDIENTE	POR INICIAR

Si desea validar que este certificado haya sido realmente emitido por ARL Sura y la información aquí contenida sea real, visite www.arlsura.com.co / validar certificados e ingrese el siguiente código único de generación válido por un mes:C860502462503031920

Atentamente,

Dirección de Afiliaciones y Recaudos

Este certificado tiene validez para efectos de afiliación del trabajador a SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A. así como para su desafiliación
Importante: La información contenida en este certificado puede ser validada en cualquier momento por SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A.

Este certificado fue generado con la información registrada en la base de datos el 30/01/2025 08:52:00 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 190.90.100.218, 198.143.41.44, 172.16.42.57

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

535

ARL | sura

Medellín, 05 de Marzo de 2025

LA DIRECCIÓN DE AFILIACIONES Y RECAUDOS

HACE CONSTAR:

Que la(s) persona(s) relacionada(s) en el siguiente listado, se encuentra(n) afiliada(s) en Riesgos Laborales desde las fechas indicadas, a SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A. como trabajadores de CONSORCIO ALSIPA, en el centro de trabajo 0000000001 - PRINCIPAL META, Clase de riesgo 5, Porcentaje de cotización 6.96%.

A continuación se relacionan las fechas de afiliación

Número Identificación	Nombre	Fecha inicio cobertura	Fecha fin cobertura	Código de transacción	Tipo Cotizante	Estado
C80238390	DELGADO GAMBOA YEFFERSON JOSE	06/03/2025		1X212217	DEPENDIENTE	POR INICIAR
C3276806	ORTIZ ORTIZ LUIS ARIEL	06/03/2025		14715720	DEPENDIENTE	POR INICIAR

Si desea validar que este certificado haya sido realmente emitido por ARL Sura y la información aquí contenida sea real, visite www.arlsura.com.co / validar certificados e ingrese el siguiente código único de generación válido por un mes:C860502462506481015

Atentamente,

Dirección de Afiliaciones y Recaudos

Este certificado tiene validez para efectos de afiliación del trabajador a SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A. así como para su desafiliación
Importante: La información contenida en este certificado puede ser validada en cualquier momento por SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A.

Este certificado fue generado con la información registrada en la base de datos el 05/03/2025 22:30:15 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 191.107.172.95, 192.230.104.4, 172.16.42.57

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

5337

ARL | sura

Medellín, 13 de Enero de 2025

LA DIRECCIÓN DE AFILIACIONES Y RECAUDOS

HACE CONSTAR:

Que la(s) persona(s) relacionada(s) en el siguiente listado, se encuentra(n) afiliada(s) en Riesgos Laborales desde las fechas indicadas, a SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A. como trabajadores de CONSORCIO ALSIPA, en el centro de trabajo 0000000001 - PRINCIPAL META, Clase de riesgo 5, Porcentaje de cotización 6.96%.

A continuación se relacionan las fechas de afiliación

Número identificación	Nombre	Fecha inicio cobertura	Fecha fin cobertura	Código de transacción	Tipo Cotizante	Estado
C1118556213	CRUZ TUMAY JHON BERLITZ	14/01/2025		1317k127	DEPENDIENTE	POR INICIAR
C17349220	LEAL URREGO RICARDO ANTONIO	14/01/2025		240E2141	DEPENDIENTE	POR INICIAR
X732733	OROZCO CHACON OSMAN OSWALDO	14/01/2025		18481322	DEPENDIENTE	POR INICIAR
C1121858647	ZAMBRANO GUTIERREZ CARLOS ANDRES	14/01/2025		H5916622	DEPENDIENTE	POR INICIAR

Si desea validar que este certificado haya sido realmente emitido por ARL Sura y la información aquí contenida sea real, visite www.arlsura.com.co / validar certificados e ingrese el siguiente código único de generación válido por un mes:C860502462501380124

Atentamente,

Dirección de Afiliaciones y Recaudos

Este certificado tiene validez para efectos de afiliación del trabajador a SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A. así como para su desafiliación
Importante: La información contenida en este certificado puede ser validada en cualquier momento por SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A.

Este certificado fue generado con la información registrada en la base de datos el 13/01/2025 22:15:24 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 191.107.166.196, 192.230.104.3, 172.16.42.57

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

5332¹

ARL | sura

Medellín, 10 de November de 2025

LA DIRECCIÓN DE ASEGURAMIENTO SEGUROS OBLIGATORIOS

HACE CONSTAR:

Que la(s) persona(s) relacionada(s) en el siguiente listado, se encuentra(n) afiliada(s) en Riesgos Laborales desde las fechas indicadas, a SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A como trabajadores de CONSORCIO ALSIPA.

A continuación se relacionan las fechas de afiliación

Número Identificación	Nombre	Fecha inicio afiliación	Fecha fin afiliación	Código de transacción	Tipo Cotizante	Estado
Centro de trabajo:	0000000001 PRINCIPAL META		Clase: 5	Porcentaje Cotización:	6.96 %	
C12584326	MARTINEZ RICO FLORENTINO	11/11/2025		16237604	DEPENDIENTE	POR INICIAR

null

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Dirección de Aseguramiento Seguros Obligatorios

Este certificado tiene validez para efectos de afiliación del trabajador a SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A así como para su desafiliación
Importante: La información contenida en este certificado puede ser validada en cualquier momento por SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A

Este certificado fue generado con la información registrada en la base de datos el 10/11/2025 20:23:27 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 181.51.34.104, 192.230.104.1, 172.16.42.57

5335

ARL | sura

Medellín, 21 de December de 2024

LA DIRECCIÓN DE AFILIACIONES Y RECAUDOS

HACE CONSTAR:

Que la(s) persona(s) relacionada(s) en el siguiente listado, se encuentra(n) afiliada(s) en Riesgos Laborales desde las fechas indicadas, a SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A como trabajadores de CONSORCIO ALSIPA.

A continuación se relacionan las fechas de afiliación

Número identificación	Nombre	Fecha inicio cobertura	Fecha fin cobertura	Código de transacción	Tipo Cotizante	Estado
Centro de trabajo:	0000000001 PRINCIPAL META		Clase: 5	Porcentaje Cotización:	6.96 %	
C1133259006	SANCHEZ PALACIO JERSAIN	22/12/2024		k1270111	DEPENDIENTE	POR INICIAR

null

Atentamente,

Dirección de Afiliaciones y Recaudos

Este certificado tiene validez para efectos de afiliación del trabajador a SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A así como para su desafiliación
Importante: La información contenida en este certificado puede ser validada en cualquier momento por SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A

Este certificado fue generado con la información registrada en la base de datos el 21/12/2024 10:08:18 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 191.107.216.162, 192.230.104.5, 172.16.42.57

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

533

ARL | sura

Medellín, 17 de January de 2025

LA DIRECCIÓN DE AFILIACIONES Y RECAUDOS

HACE CONSTAR:

Que la(s) persona(s) relacionada(s) en el siguiente listado, se encuentra(n) afiliada(s) en Riesgos Laborales desde las fechas indicadas, a SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A como trabajadores de CONSORCIO ALSIPA.

A continuación se relacionan las fechas de afiliación

Número Identificación	Nombre	Fecha inicio cobertura	Fecha fin cobertura	Código de transacción	Tipo Cotizante	Estado
Centro de trabajo:	0000000001 PRINCIPAL META		Clase: 5		Porcentaje Cotización:	6.96 %
C1106742004	CASTAÑEDA PRIETO JHOAN SEBASTIAN	18/01/2025		14413832	DEPENDIENTE	POR INICIAR

null

Atentamente,

Dirección de Afiliaciones y Recaudos

Este certificado tiene validez para efectos de afiliación del trabajador a SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A así como para su desafiliación
Importante: La información contenida en este certificado puede ser validada en cualquier momento por SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A

Este certificado fue generado con la información registrada en la base de datos el 17/01/2025 14:33:17 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 191.156.155.60, 198.143.41.25, 172.16.42.57

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

ARL | sura

Medellín, 16 de June de 2025

LA DIRECCIÓN DE AFILIACIONES Y RECAUDOS

HACE CONSTAR:

Que la(s) persona(s) relacionada(s) en el siguiente listado, se encuentra(n) afiliada(s) en Riesgos Laborales desde las fechas indicadas, a SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A como trabajadores de CONSORCIO ALSIPA.

A continuación se relacionan las fechas de afiliación

Número identificación	Nombre	Fecha inicio cobertura	Fecha fin cobertura	Código de transacción	Tipo Cotizante	Estado
Centro de trabajo:	0000000001 PRINCIPAL META		Clase: 5	Porcentaje Cotización:	6.96 %	
C1123430983	SALGADO PRIETO MIGUEL ANGEL	17/06/2025		16052232	DEPENDIENTE	POR INICIAR

null

Atentamente,

Dirección de Afiliaciones y Recaudos

Este certificado tiene validez para efectos de afiliación del trabajador a SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A así como para su desafiliación
Importante: La información contenida en este certificado puede ser validada en cualquier momento por SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A

Este certificado fue generado con la información registrada en la base de datos el 16/06/2025 18:51:12 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 190.93.104.55, 192.230.104.6, 172.16.42.57

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

5529

ARL | sura

Medellín, 29 de April de 2025

LA DIRECCIÓN DE AFILIACIONES Y RECAUDOS

HACE CONSTAR:

Que la(s) persona(s) relacionada(s) en el siguiente listado, se encuentra(n) afiliada(s) en Riesgos Laborales desde las fechas indicadas, a SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A como trabajadores de CONSORCIO ALSIPA.

A continuación se relacionan las fechas de afiliación

Número Identificación	Nombre	Fecha inicio cobertura	Fecha fin cobertura	Código de transacción	Tipo Cotizante	Estado
Centro de trabajo:	0000000001 PRINCIPAL META		Clase: 5		Porcentaje Cotización:	6.96 %
C1121968158	URQUIJO VELASCO NICOLAS	30/04/2025		205I0F1	DEPENDIENTE	POR INICIAR

null

Atentamente,

Dirección de Afiliaciones y Recaudos

Este certificado tiene validez para efectos de afiliación del trabajador a SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A así como para su desafiliación
Importante: La información contenida en este certificado puede ser validada en cualquier momento por SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A

Este certificado fue generado con la información registrada en la base de datos el 29/04/2025 21:17:28 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 191.107.206.133, 192.230.104.12, 172.16.42.57

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

ARL | sura

Medellín, 28 de November de 2025

LA DIRECCIÓN DE ASEGURAMIENTO SEGUROS OBLIGATORIOS

HACE CONSTAR:

Que la(s) persona(s) relacionada(s) en el siguiente listado, se encuentra(n) afiliada(s) en Riesgos Laborales desde las fechas indicadas, a SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A como trabajadores de CONSORCIO ALSIPA.

A continuación se relacionan las fechas de afiliación

Número Identificación	Nombre	Fecha Inicio afiliación	Fecha fin afiliación	Código de transacción	Tipo Cotizante	Estado
Centro de trabajo:	0000000001 PRINCIPAL META		Clase: 5	Porcentaje Cotización:	6.96 %	
C6031135	CABRERA SANCHEZ RICARDO ENRIQUE	29/11/2025		18114131	DEPENDIENTE	POR INICIAR

null

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Dirección de Aseguramiento Seguros Obligatorios

Este certificado tiene validez para efectos de afiliación del trabajador a SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A así como para su desafiliación
Importante: La información contenida en este certificado puede ser validada en cualquier momento por SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A

Este certificado fue generado con la información registrada en la base de datos el 28/11/2025 10:25:31 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 191.156.227.30, 192.230.104.2, 172.16.42.57

5340

NUMERO DE RADICADO : 6669575

EPS Sanitas

Nuestro compromiso es contigo

CONSORCIO ALSIPA

Villavicencio -Meta, 29 de abril de 2025

Señores
EPS SANITAS
Ciudad

Referencia: Solicitud Radiación Novedades Masivas

Respetados,

Por medio de la presente solicitamos realizar trámite de novedad a cargo del empleador identificado CONSORCIO ALSIPA identificada con NIT 901892095-4, para las personas que se detallan a continuación

N	Tipo Doc Empleado	No. Doc Empleado	Nombre Empleado	IBC	Fecha Ingreso Empresa	Fecha Retiro Si Aplica**	Dirección Residencia	Municipio / Departamento	# Celular	Correo electrónico
1	CC	1.022.346.301	ANDERSSON MANUEL PEREZ GUTIERREZ	1.423.500	29/04/2025		Súper manzana 8 manzana 2 casa 13 barrio La Madrid	Villavicencio - Meta	3212199832	andersonmsm@gmail.com
2	CC	1.121.968.158	NICOLAS URQUIJO VELASCO	1.423.500	30/04/2025		Cl 15 14 20	Villavicencio - Meta	3138233059	nuv991211@gmail.com

** La fecha de retiro aplica solamente para los casos en los cuales aún el usuario se encuentra activo en el sistema bajo el mismo empleador

Cordialmente

GLORIA CONTRERAS

9011797881

9011797881

28913838

5341

14 02 2025

x	x	x	x	x
MARTINEZ	MORALES	ANDRES		FELIPE
CC	15991684	X	28 11	1984

SEGUROS DE RIESGOS PROFESIONALES SURAMERICANA

$1.423.500 CALLE 35 B S 73 A 77 3016690542

VILLAVICENCIO META

CONSORCIO ALSIPA NT 901892095

CR 25 A 8 125 CONJ LA CABANA 31429727 VILLAVICENCIO META

x

14 02 2025

x

x
x
x
x

CARGO: OBRERO DE CONSTRUCCION

Famisanar

9011797881

9011797881

342

x

x

x

x

x

x

ANDRES FELIPE MARTINEZ MORALES
CC 15991684

x

ANDRES FELIPE MARTINEZ MORALES
CC 15991684

5343

NUEVA EPS S.A

NIT: 900156264-2

CERTIFICA QUE:

El 06/11/2025, el empleador CONSORCIO ALSIPA identificado con NIT número 901892095 registró la siguiente solicitud de reingreso en nuestro portal transaccional.

NÚMERO DE RADICACIÓN	FECHA DE RADICACIÓN	TIPO DE SOLICITUD
9515993	06/11/2025	Reingresos

DETALLE

TIPO	IDENTIFICACIÓN	NOMBRE COTIZANTE	IBC	CARGO	FECHA
CÉDULA DE CIUDADANÍA	19015302	ARGEMIRO ARIAS GUALTEROS	1423500	AYUDANTE DE OBRA	2025-11-07

La siguiente certificación se expide a solicitud del interesado a los 6 días del mes de Noviembre del año 2025.

Cordialmente,

GERENCIA NACIONAL DE AFILIACIONES

Nueva

5344

FORMULARIO UNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

cajacopi

15/02/2026

	X			X	
X		X			1

RODRIGUEZ		RODRIGUEZ	BRANDON		DAVID
CC	1.121.980.242		24/12/1998	SOLTERO	

SURA	COLPENSIONES	1423500
Calle 35 47 24 Azotea	3142089636	rodriguezarais@gmail.com
VILLAVICENCIO	AZOTEA	META

	META	

cajacopi

multisalud sas	190

CONSORCIO ALBIPA	NIT		901882085	
CR 24 A B 125 CONJ RES LA CABAÑA MZ	3222169		VILLAVICENCIO	META

6. REPORTE DE NOVEDADES

☑ ☐
☐ ☐

X

V. DATOS PARA EXPEDIR LA NOVEDAD

03/04/2025

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

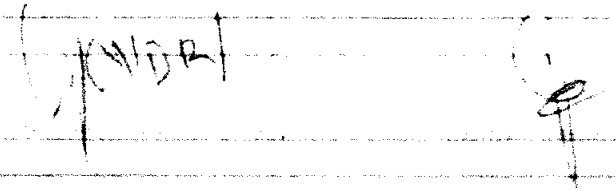
X
X

X
X

X
X

X

VIII. FIRMAS



IX. ANEXOS

1

1

X. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL

5346

NUEVA EPS S.A

NIT: 900156264-2

CERTIFICA QUE:

El 24/04/2025, el empleador CONSORCIO ALSIPA identificado con NIT número 901892095 registró la siguiente solicitud de reingreso en nuestro portal transaccional.

NÚMERO DE RADICACIÓN	FECHA DE RADICACIÓN	TIPO DE SOLICITUD
8691081	24/04/2025	Reingresos

DETALLE

TIPO	IDENTIFICACIÓN	NOMBRE COTIZANTE	IBC	CARGO	FECHA
CÉDULA DE CIUDADANÍA	1121858623	BRAYAMANDRES PEÑA HERRERA	1423500	AYUDANTE DE OBRA	2025-04-25

La siguiente certificación se expide a solicitud del interesado a los 24 días del mes de Abril del año 2025.

Cordialmente,

GERENCIA NACIONAL DE AFILIACIONES

Nueva