UNIDAD ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA
INFORME DE SUPERVISIÓN

Aguazul, 04 Noviembre de 2026

ELABORADO POR: **DIANA LORENA MOJICA RIOS**

1. CAPÍTULO I: INFORMACIÓN GENERAL CONTRACTUAL

Objeto	PRESTAR SERVICIOS DE APOYO PROFESIONAL PARA LA COORDINACION DEL DISEÑO, IMPLEMENTACION, EJECUCION Y SEGUIMIENTO DEL SISTEMA DE GESTION DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO (SG-SST), EN CUMPLIMIENTO DE LA NORMATIVIDAD VIGENTE APLICABLE, PARA LA EMPRESA DE SERVICIOS PUBLICOS DE AGUAZUL ESPA S.A E.S.P
Duración del Contrato:	DOS (2) MESES Y DOS (2) DIAS
Tiempo Adicional	0
Periodo del Informe	DEL 23 DE OCTUBRE AL 30 DE OCTUBRE DEL 2026
Número de periodo:	01 DE 03
Estado físico:	Hasta la fecha 30/10/2026 El Contrato de Prestación de Servicios Profesionales presenta una ejecución mensual del 12,90%, contra una programada de 100% del Total.

2. CAPÍTULO II: ACTIVIDADES CONTRACTUALES

2.1. En los términos expuestos detallo las actividades desarrolladas para dar cumplimiento al objeto contractual

2.1.1 ACTIVIDAD 1: Apoyar en la ejecución del Plan Anual del SG-SST para la vigencia 2026 de la Empresa de Servicios Públicos de Aguazul ESPA S.A. E.S.P., consolidando las evidencias y registros documentales requeridos.

- ✓ Se realizó una charla de promoción y prevención sobre el cáncer de mama, dirigida a los trabajadores de ESPA S.A. E.S.P., con el objetivo de sensibilizar y concientizar sobre la importancia de la detección temprana, el autocuidado y la prevención de esta enfermedad.

  Durante la actividad se resaltó que el cáncer de mama no es una enfermedad exclusiva de las mujeres, ya que también puede presentarse en los hombres, aunque con menor

frecuencia. Se brindó información sobre los factores de riesgo, los signos y síntomas de alerta, la importancia del autoexamen y la consulta médica oportuna.

- ✓ Se realizó una charla dirigida a los trabajadores de ESPA S.A. E.S.P. sobre el cuidado de la espalda y las técnicas adecuadas para levantar objetos pesados, con el objetivo de prevenir lesiones musculares y dolores lumbares.

  Se brindaron recomendaciones como flexionar las rodillas, mantener la espalda recta, acercar la carga al cuerpo, levantar utilizando la fuerza de las piernas y evitar giros bruscos. Asimismo, se enfatizó en solicitar ayuda cuando el peso exceda la capacidad física y promover el autocuidado durante las actividades laborales.

ANEXO 1

2.1.2. ACTIVIDAD 2: Apoyar la implementación del Plan de Capacitación, Inducción y Reinducción en Seguridad y Salud en el Trabajo para el personal de la ESPA S.A. E.S.P., garantizando sus respectivas evidencias y registros.

- ✓ Durante algunos días no se realizaron capacitaciones al personal, debido a la programación de otras actividades correspondientes al área de Seguridad y Salud en el Trabajo (SG-SST).

2.1.3 ACTIVIDAD 3: Formular y actualizar las políticas del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo (SG-SST) de la Empresa de Servicios Públicos de Aguazul ESPA S.A. E.S.P., en concordancia con la normatividad vigente.

- ✓ Durante los días correspondientes al mes de octubre, no se realizaron actualizaciones ni formulaciones de las políticas del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo (SG-SST).

2.1.4 ACTIVIDAD 4: Apoyar la investigación, notificación y elaboración de reportes de incidentes, accidentes de trabajo y enfermedades laborales, de conformidad con el Decreto 1530 de 1996, la Resolución 1401 de 2007, el Decreto 1072 de 2015, la Ley 1562 de 2012, y lo establecido en la Reforma Laboral 2025 (Ley 2306 de 2025, artículos 15, 20 y 38), que fortalecen la prevención, la participación de los trabajadores y la responsabilidad del empleador en la gestión del SG-SST.

- ✓ Durante los días correspondientes al mes de octubre, no se reportaron accidentes laborales en ESPA S.A. E.S.P.

- ✓ Se realizó la gestión de cobro ante la ARL Colmena de las incapacidades correspondientes a accidentes laborales ocurridos en periodos anteriores, con el fin de

dar seguimiento al proceso de reconocimiento y pago de las prestaciones económicas correspondientes.

ANEXO 2

2.1.5 ACTIVIDAD 5: Brindar apoyo profesional en el cumplimiento, seguimiento y actualización de los planes de emergencia, del COPASST, del Comité de Convivencia Laboral y demás comités y planes exigidos por la normatividad interna y externa.

- ✓ Durante los días correspondientes al mes de octubre, no se realizaron reuniones de los comités COPASST y COCOLAB.

2.1.6 ACTIVIDAD 6: Colaborar en el seguimiento al cumplimiento del uso adecuado de los Elementos de Protección Personal (EPP) y en la correcta entrega, control y reposición de la dotación de trabajo para las diferentes unidades de la empresa, así como en la socialización de lecciones aprendidas derivadas de incidentes y/o accidentes, registrando las evidencias correspondientes.

- ✓ Se realizó la entrega de elementos de protección personal (EPP) correspondientes a los días del mes de octubre de 2026, a los trabajadores de ESPA S.A. E.S.P., de acuerdo con las necesidades identificadas y los riesgos asociados a sus actividades laborales, dejando el respectivo registro de entrega.

ANEXO 3

2.1.7 ACTIVIDAD 7: Apoyar el proceso de afiliación y vinculación del personal a la ARL, conforme a la normatividad vigente y las necesidades de la empresa.

- ✓ Se gestionó y brindó acompañamiento en el proceso de afiliación a la ARL de los trabajadores independientes que solicitaron este servicio.

ANEXO 4

2.1.8 ACTIVIDAD 8: Brindar apoyo profesional en la estructuración de componentes técnicos, procesos y demás soportes necesarios en las etapas precontractual, contractual y poscontractual de los procesos que le sean asignados, en cumplimiento de los propósitos de la Unidad Administrativa y Financiera.

- ✓ Durante los días correspondientes al mes de octubre, no fue necesario adelantar procesos contractuales relacionados con el área de Seguridad y Salud en el Trabajo (SG-SST).

***2.1.9 ACTIVIDAD 9*:** Desarrollar las demás actividades que le sean asignadas por el supervisor del contrato, en el marco de su objeto contractual.

- ✓ Se realizó acompañamiento durante la auditoría efectuada por la Secretaría de Salud, en la cual se identificaron tres hallazgos relacionados con el área de Seguridad y Salud en el Trabajo (SG-SST), para los cuales se deberá realizar el respectivo seguimiento y gestión de acciones correctivas.

DIANA LORENA MOJICA RIOS
Contratista

DIANA MARITZA OROZCO CRUZ
Directora Unidad Administrativa y Financiera

ANEXO 1

CHARLA DIA INTERNACIONAL DE LA LUCHA CONTRA EL CANCER DE MAMA









TEMA:	CHARLA "CUIDA TU ESPALDA"				
RESPONSABLE:	DIANA LORENA MOJICA RIOS - "PROFESIONAL SG-SST"				
A QUIEN VA DIRIGIDO:	TODO EL PERSONAL DE LA EMPRESA				
HORA:	07:00 AM A: 07:15 AM	FECHA:	26/10/2026	LUGAR:	ESPA

No.	NOMBRES Y APELLIDOS	No. DE IDENTIFICACIÓN	DEPENDENCIA	CARGO Y/O ROL QUE DESEMPEÑA	TELÉFONO	FIRMA
1	Alfonso Urrego	74751.027	Operativo	op AAA	3123879073	
2	Priciliano Lasso	16826323	operativa	op. A.A.A.	3216202525	
3	Gustavo londoño	74754196	operatoja	op AAA	3222334762	
4	Rafael cadena Rosas	1116516512	Operativa	op AAA	3213241284	
5	Pablo Moreno	71787096	Operativa	tec op.	3154737498	
6	Claudia Sánchez	1116543873	operativo	op: AAA	3025115012	Claudia S
7	Juan Ricardo Jimenez	74811987	Operativa	O.P.A.A.A	3025786937	Juan Ricardo
8	Maria Lucia Sosa	33645117	opera.	operana	3132413626	
9	Maria Del Orfeso	24-727444	operario	operan.		
10	Amandalaia	33646 eqa	opera	op—		Amandalaia

TEMA:	CHARLA "CUIDA TU ESPALDA"					
RESPONSABLE:	DIANA LORENA MOJICA RIOS - "PROFESIONAL SG-SST"					
A QUIEN VA DIRIGIDO:	TODO EL PERSONAL DE LA EMPRESA					
HORA:	07:00 AM A: 07:15 AM		FECHA:	26/10/2026	LUGAR:	ESPA

No.	NOMBRES Y APELLIDOS	No. DE IDENTIFICACIÓN	DEPENDENCIA	CARGO Y/O ROL QUE DESEMPEÑA	TELÉFONO	FIRMA
11	Maria Deisy Martinez	24228866	OP AA	operaria		Maria Deisy
12	Pedro mariños	1711196 gu	opara	operativo	320 4992776	
13	Estefan Gallego	1.116545088	OPAA	operativa	3142476777	Estefan G
14	Liliana Bonilla.	39620610.	Op Ara	Operaria.	3163532226	
15	Lucia pinto.	46366852	opara	Operaria		
16	Efrain Carvajal	74752403	Operativo	fac Op.	3164660175	
17	Maira pinto	46451050	OPA C	opara	3114956456	
18	Danex Patricio G T	24228851	OPARA	Opix	3104815111	
19	wilson suarez	74753996	OP	Conductor	3115954177	Cuadro Suarez
20	Luna fernanda lopez Rueda	1116555036	Operativa	Prof Contratada	3209806642	Luna lopez

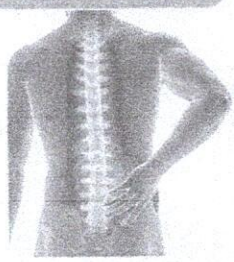
espa a su servicio

¡CUIDA TU ESPALDA ES PARA TODA LA VIDA!

PREVENCIÓN DE LESIONES OSTEOMUSCULARES Y MANEJO SEGURO DE CARGAS

1. ¿POR QUÉ ES IMPORTANTE?

La espalda es fundamental para todas nuestras actividades diarias. Cuidarla evita lesiones, dolor y nos permite trabajar y disfrutar de nuestra vida familiar con bienestar.



2. ¿CUÁNDO PODEMOS LESIONARNOS?



Levantar cargas incorrectamente



Cargar objetos pesados o voluminosos



Realizar giros bruscos del tronco



Permanecer mucho tiempo sentado



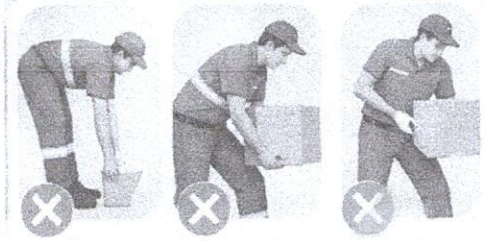
Movimientor repetitivos sin descanso

3. ¿CÓMO LEVANTAR UNA CARGA CORRECTAMENTE?



1. Acérquese a la carga.
2. Flexione las rodillas y mantenga la espalda recta.
3. Sujete firmemente y mantenga la carga cerca del cuerpo.
4. Levántese con la fuerza de las piernas y evite girar el tronco.

LO QUE NO DEBEMOS HACER



- No levantar doblando la espalda.
- No levantar con los brazos extendidos.
- No girar el tronco con la carga.

4. POSTURA CORRECTA EN LA OFICINA



- Espalda recta y apoyada en el respaldo.
- Hombros relajados.
- Apoyar los pies en el suelo.
- Pantalla a la altura de los ojos.
- Brazos en ángulo de 90°.
- Realizar pausas activas cada 1 o 2 horas.

5. RECOMENDACIONES GENERALES



Evalúe el peso de la carga y solicite ayuda si es necesario.



Utilice ayudas mecánicas cuando sea posible.



Mantenga una postura estable y evite giros.



Realice pausas activas y estiramientos.



Utilice los elementos de protección personal.

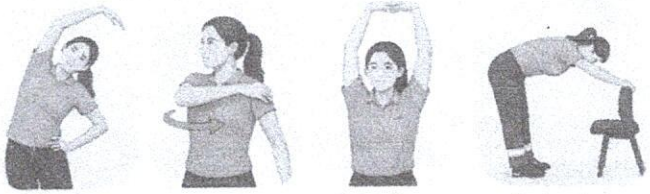


No levante cargas que excedan su capacidad.



Siga los procedimientos de trabajo seguro.

6. PAUSAS ACTIVAS (EJERCICIOS SENCILLOS)



- Inclinación lateral
- Giro de tronco
- Estiramiento de brazos
- Estiramiento de espalda

7. SEÑALES DE ALERTA

- Dolor persistente en la espalda.
- Hormigueo o adormecimiento en brazos o piernas.
- Pérdida de fuerza.
- Dificultad para realizar movimientos.
- Si los síntomas son intensos o no mejoran, informe y solicite valoración médica.



RECUERDE

Una lesión de espalda puede afectar nuestra vida laboral y familiar.
Prevenir es más fácil que tratar.

espa a su servicio

¡Trabajamos con compromiso, cuidamos nuestro cuerpo y protegemos nuestra salud!

ANEXO 2

Gmail

ESPA SA ESP <espasaesp.hse@gmail.com>

Hemos recibido su solicitud en Formulario de Radicación de Incapacidades Temp.

2 mensajes

Radicado Colmena ARL <RadicadosARL@ext.colmenaseguros.com> 30 de octubre de 2026 a las 11:31
Responder a: servicioalcliente@colmenaseguros.com
Para: espasaesp.hse@gmail.com

Colmena Seguros

UNA EMPRESA DE FUNDACIÓN GRUPO SOCIAL

Respetados señores, Colmena Seguros Riesgos laborales certifica que usted el día de hoy realizó la radicación de las siguientes incapacidades:

Tipo de radicador	Empresa
Correo electrónico	espasaesp.hse@gmail.com

AFILIADO O USUARIO

Tipo de ID.	Número de ID.	Días Incap.Temp.	Fecha Inicio Incap. Temp.
CC - CEDULA DE CIUDADANIA	1116789374	5	2026-10-03

INCAPACIDAD OSCAR PEROZA.pdf
HISTORIA CLINICA OSCAR PEROZA.pdf

Señor usuario, usted ha actualizado sus datos bancarios con anterioridad?	NO
Numero de Radicado	IT-175634
Fecha de Radicado	30-10-2026 11:22 AM
Código de país	51;T;CO;

Nota: Por favor no responder este mensaje, este servicio es únicamente para notificación electrónica. Recuerde que NO se deben realizar solicitudes por esta dirección de correo.

Muchas gracias por contactarnos.

Todos los derechos reservados ©
Colmena Seguros

Línea Efectiva: Medicalizada / 24 horas
Bogotá 401 0447 | Medellín 444 1246 | Cali 403 6400 | Barranquilla 353 7559
Otras ciudades 018000-9-19667

Radicado Colmena ARL <RadicadosARL@ext.colmenaseguros.com> 30 de octubre de 2026 a las 11:32
Responder a: servicioalcliente@colmenaseguros.com
Para: espasaesp.hse@gmail.com

Colmena Seguros

UNA EMPRESA DE FUNDACIÓN GRUPO SOCIAL

Respetados señores, Colmena Seguros Riesgos laborales certifica que usted el día de hoy realizó la radicación de las siguientes incapacidades:

Tipo de radicador	Empresa
Correo electrónico	espasaesp.hse@gmail.com

AFILIADO O USUARIO

Tipo de ID.	Número de ID.	Días Incap.Temp.	Fecha Inicio Incap. Temp.
CC - CEDULA DE CIUDADANIA			

INCAPACIDAD EFRAIN CARVAJAL.pdf
HISTORIA CLINICA ESFRAIN.pdf

Señor usuario, usted ha actualizado sus datos bancarios con anterioridad?	SI
Numero de Radicado	IT-175635
Fecha de Radicado	30-10-2026 11:39 AM
Código de país	51;T;CO;

Nota: Por favor no responder este mensaje, este servicio es únicamente para notificación electrónica. Recuerde que NO se deben realizar solicitudes por esta dirección de correo.

Muchas gracias por contactarnos.

Todos los derechos reservados ©
Colmena Seguros

Línea Efectiva: Medicalizada / 24 horas
Bogotá 401 0447 | Medellín 444 1246 | Cali 403 6400 | Barranquilla 353 7559
Otras ciudades 018000-9-19667

ANEXO 3

EMPRESA DE SERVICIOS PUBLICOS DE AGUAZUL S.A. E.S.P.			
DEPENDENCIA:	UNIDAD OPERATIVA Y DE PROYECTOS		
NOMBRE Y APELLIDO:	ALEXANDER PULIDO ULLOA		
NUMERO DE CEDULA:	79.596.712	CARGO:	OPERARIO AAA

FECHA DE ENTREGA	ELEMENTO																						FIRMA DEL TRABAJADOR
	GUANTES DE VAQUETA CORTOS	MOTIVO	GUANTES DE NITRILO CORTOS	MOTIVO	GUANTES DE NITRILO LARGOS	MOTIVO	GUANTES DE NYLON CORTOS	MOTIVO	GAFAS DE SEGURIDAD CLARAS	MOTIVO	GAFAS DE SEGURIDAD OSCURAS	MOTIVO	TAPABOCAS	MOTIVO	GUANTES DE LONA	MOTIVO	TAPAOIDOS	MOTIVO		MOTIVO			
16/10/2026							02	R															
30/10/2026	01	R	01	R																			

DATOS DEL RESPONSABLE DE LA ENTREGA DE LOS ELEMENTOS			
NOMBRE	DIANA LORENA MOJICA RIOS	CEDULA:	1.116.547.222
CARGO	PROFESIONAL SG-SST	FIRMA:	

ELEMENTOS: Especificar la cantidad de elementos que se entregan, en la casilla del EPP suministrado (Ejemplo 1,2,3, etc)

MOTIVO DE ENTREGA:
(O) **Ordinaria:** Entrega inicial o periodicidad establecida
(R) **Reposición:** Reposición por desgaste del elemento
(P) **Pérdida**: Nueva entrega por perdida del elemento

Por medio de la presente certifico que he recibido los siguientes elementos de protección personal - EPP- por parte de la Unidad Administrativa, Financiera y Comercial - Área de Seguridad y Salud en el Trabajo.

Declaro que fui capacitado en cuanto al uso correcto de los EPP y me comprometo comunicar cualquier daño de estos y solicitar su reposición.

EMPRESA DE SERVICIOS PUBLICOS DE AGUAZUL S.A. E.S.P.			
DEPENDENCIA:	UNIDAD OPERATIVA Y DE PROYECTOS		
NOMBRE Y APELLIDO:	JORGE LUIS CORREA VARGAS		
NUMERO DE CEDULA:	91.217.250	CARGO:	CONDUCTOR

FECHA DE ENTREGA	ELEMENTO																								FIRMA DEL TRABAJADOR
	GUANTES DE VAQUETA CORTOS	MOTIVO	GUANTES DE NITRILO CORTOS	MOTIVO	GUANTES DE NITRILO LARGOS	MOTIVO	GUANTES DE NYLON CORTOS	MOTIVO	GAFAS DE SEGURIDAD CLARAS	MOTIVO	GAFAS DE SEGURIDAD OSCURAS	MOTIVO	TAPABOCAS	MOTIVO	GUANTES DE LONA	MOTIVO	TAPAOIDOS	MOTIVO		MOTIVO					
26/1/2026	01	R																							

DATOS DEL RESPONSABLE DE LA ENTREGA DE LOS ELEMENTOS			
NOMBRE	DIANA LORENA MOJICA RIOS	CEDULA:	1.116.547.222
CARGO	PROFESIONAL SG-SST	FIRMA:	

ELEMENTOS: Especificar la cantidad de elementos que se entregan, en la casilla del EPP suministrado (Ejemplo 1,2,3, etc.) MOTIVO DE ENTREGA: (O) **Ordinaria:** Entrega inicial o periodicidad establecida (R) **Reposición:** Reposición por desgaste del elemento (P) **Pérdida:** Nueva entrega por perdida del elemento	Por medio de la presente certifico que he recibido los siguientes elementos de protección personal - EPP- por parte de la Unidad Administrativa, Financiera y Comercial - Area de Seguridad y Salud en el Trabajo. Declaro que fui capacitado en cuanto al uso correcto de los EPP y me comprometo comunicar cualquier daño de estos y solicitar su reposición.

EMPRESA DE SERVICIOS PUBLICOS DE AGUAZUL S.A. E.S.P.			
DEPENDENCIA:	UNIDAD OPERATIVA Y DE PROYECTOS		
NOMBRE Y APELLIDO:	BENEDICTO OJEDA		
NUMERO DE CEDULA:	9.653.268	CARGO:	OPERARIO AAA

FECHA DE ENTREGA	ELEMENTO																						FIRMA DEL TRABAJADOR
	GUANTES DE VAQUETA CORTOS	MOTIVO	GUANTES DE NITRILO CORTOS	MOTIVO	GUANTES DE NITRILO LARGOS	MOTIVO	GUANTES DE NYLON CORTOS	MOTIVO	GAFAS DE SEGURIDAD CLARAS	MOTIVO	GAFAS DE SEGURIDAD OSCURAS	MOTIVO	TAPABOCAS	MOTIVO	GUANTES DE LONA	MOTIVO	TAPAOIDOS	MOTIVO		MOTIVO	
22/10/26			02	R	01	R																	
27/10/26	01	R	01	R																			

DATOS DEL RESPONSABLE DE LA ENTREGA DE LOS ELEMENTOS			
NOMBRE	DIANA LORENA MOJICA RIOS	CEDULA:	1.116.547.222
CARGO	PROFESIONAL SG-SST	FIRMA:	

ELEMENTOS: Especificar la cantidad de elementos que se entregan, en la casilla del EPP suministrado (Ejemplo 1,2,3, etc.)

MOTIVO DE ENTREGA:
(O) **Ordinaria:** Entrega inicial o periodicidad establecida.
(R) **Reposición:** Reposición por desgaste del elemento.
(P) **Pérdida**: Nueva entrega por perdida del elemento.

Por medio de la presente certifico que he recibido los siguientes elementos de protección personal - EPP- por parte de la Unidad Administrativa, Financiera y Comercial - Área de Seguridad y Salud en el Trabajo.

Declaro que fui capacitado en cuanto al uso correcto de los EPP y me comprometo comunicar cualquier daño de estos y solicitar su reposición.

EMPRESA DE SERVICIOS PUBLICOS DE AGUAZUL S.A. E.S.P.			
DEPENDENCIA:	UNIDAD OPERATIVA Y DE PROYECTOS		
NOMBRE Y APELLIDO:	ESTEBAN GALLEGO MARTINEZ		
NUMERO DE CEDULA:	1.116.542.588	CARGO:	OPERARIO AAA

FECHA DE ENTREGA	ELEMENTO																						FIRMA DEL TRABAJADOR
	GUANTES DE VAQUETA CORTOS	MOTIVO	GUANTES DE NITRILO CORTOS	MOTIVO	GUANTES DE NITRILO LARGOS	MOTIVO	GUANTES DE NYLON CORTOS	MOTIVO	GAFAS DE SEGURIDAD CLARAS	MOTIVO	GAFAS DE SEGURIDAD OSCURAS	MOTIVO	TAPABOCAS	MOTIVO	GUANTES DE LONA	MOTIVO	TAPAOIDOS	MOTIVO		MOTIVO			
27/10/26							01																Esteban G
29/10/26							01	R															Esteban G

DATOS DEL RESPONSABLE DE LA ENTREGA DE LOS ELEMENTOS			
NOMBRE	DIANA LORENA MOJICA RIOS	CEDULA:	1.116.547.222
CARGO	PROFESIONAL SG-SST	FIRMA:	

ELEMENTOS: Especificar la cantidad de elementos que se entregan, en la casilla del EPP suministrado (Ejemplo 1,2,3, etc.) MOTIVO DE ENTREGA: (O) **Ordinaria:** Entrega inicial o periodicidad establecida (R) **Reposición:** Reposición por desgaste del elemento (P) **Pérdida**: Nueva entrega por perdida del elemento	Por medio de la presente certifico que he recibido los siguientes elementos de protección personal - EPP- por parte de la Unidad Administrativa, Financiera y Comercial - Área de Seguridad y Salud en el Trabajo. Declaro que fui capacitado en cuanto al uso correcto de los EPP y me comprometo comunicar cualquier daño de estos y solicitar su reposición.

ANEXO 4

Colmena Seguros

SISTEMA GENERAL DE RIESGOS LABORALES FORMULARIO D AFILIACIÓN TRABAJADORES INDEPENDIENTES No. 302504120

Autorizado por la Superintendencia Bancaria para operar el ramo de seguros de riesgos laborales.

Mediante resolución No. 2250 de octubre 14 de 1994

I. TRÁMITE

TIPO DE AFILIACIÓN	ARL ANTERIOR	FECHA DE DILIGENCIAMIENTO
AFILIACION	0	04/11/2026 11:34:02

II. DATOS GENERALES DEL CONTRATANTE

TIPO DE DOCUMENTO	No	RAZÓN SOCIAL O NOMBRE	DIRECCIÓN SEDE PRINCIPAL	NÚMERO DE CONTRATO CON LA ARL
NI	844003247	EMPRESA DE SERVICIOS PUBLICOS DE AGUAZUL S.A ESP	VEREDA GUADUALES VIA MANI	1207025

III. INFORMACIÓN DEL CENTRO DE TRABAJO DONDE EJERCERÁ SUS FUNCIONES DEL TRABAJADOR INDEPENDIENTE

CÓDIGO CENTRO DE TRABAJO	ACTIVIDAD ECONÓMICA	CÓDIGO ACTIVIDAD ECONÓMICA	CLASE RIESGO
2	Captación, tratamiento y distribución de	3360001	3

DIRECCIÓN	MUNICIPIO	DEPARTAMENTO
VEREDA GUADUALES VIA MANI	AGUAZUL	Casanare

IV. DATOS DEL TRABAJADOR INDEPENDIENTE Y DE LA ACTIVIDAD A DESARROLLAR

TIPO DE IDENTIDAD	NÚMERO	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
CC	74754680	PINZON	HERNANDEZ

NOMBRE(S)	FECHA DE NACIMIENTO	DIRECCIÓN RESIDENCIA
JORGE DANIEL	29/11/1982	CARRERA 21 7 15

CIUDAD DE RESIDENCIA	TELÉFONO RESIDENCIA	CELULAR	CORREO ELECTRÓNICO	SEXO
AGUAZUL	3125784740	3125784740	ing.system.danielpinzon@gmail.com	M

EPS	CÓDIGO	AFP	CÓDIGO
Nueva EPS	37	Porvenir	3

FORMA DE PAGO DE LA COTIZACIÓN	FECHA INICIO COBERTURA	VALOR DEL CONTRATO
Mes Anticipado	24/10/2026	7601200

TIPO DE CONTRATO	FECHA INICIO DE CONTRATO	FECHA TERMINACIÓN CONTRATO	SUMINISTRA TRANSPORTE
ADMINISTRATIVO	24/10/2026	24/12/2026	NO

DEDUCCIONES	INGRESO MENSUAL	IBC	
1750905	3678000	1750905	
TIPO DE COTIZANTE	TIPO DE MODALIDAD		
Independiente con contrato de prestación de servicios superior a 1 mes.	Presencial		

ACTIVIDAD A DESARROLLAR	CÓDIGO ACTIVIDAD	CLASE DE RIESGO DE LA ACTIVIDAD A DESARROLLAR

El presente documento fue expedido desde el portal de Internet de **Colmena Seguros**, el día 04/11/2026 11:34:01. Las operaciones realizadas a través de la página de Internet de **Colmena Seguros**, se rigen por los términos y condiciones de uso de esta página, por las normas del Código de Comercio y por la ley 527 de 1999 y por lo tanto, tienen plena validez jurídica.

Captación, tratamiento y distribución de	3360001	3

HORARIO EN QUE EJECUTARAN LAS ACTIVIDADES

DATOS DE AFILIACIÓN SIMULTANEA AL SGRP ARL POR DIFERENTES CONTRATANTES O EMPLEADORES

NOMBRE DE LA ARL	CÓDIGO	NO IDENT CONTRATANTE O EMPLEADOR	NOMBRE CONTRATANTE O EMPLEADOR	TIPO DE CONTRATO
ARL NO DEFINIDA	0			
ARL NO DEFINIDA	0			
ARL NO DEFINIDA	0			
ARL NO DEFINIDA	0			
ARL NO DEFINIDA	0			
ARL NO DEFINIDA	0			
ARL NO DEFINIDA	0			

CON ESTE FORMULARIO SE PERFECCIONA LA AFILIACIÓN AL SISTEMA GENERAL DE RIESGOS LABORALES Y CONSTITUYE EL RESPECTIVO CONTRATO DE ADMINISTRACIÓN DE RIESGOS LABORALES, REGIDO EN TODOS SUS ASPECTOS POR LO DISPUESTO EN LA LEY 400 DE 1993, EL DECRETO 1295 DE 1994, LA LEY 776 DE 2002 Y EL DECRETO 2800 DE 2003 Y DEMAS NORMAS QUE LO MODIFICAN, ADICIONAN O COMPLEMENTEN.

DECLARO BAJO JURAMENTO QUE LA INFORMACIÓN AQUÍ SUMINISTRADA CORRESPONDE EXACTAMENTE A LAS ACTIVIDADES A DESEMPEÑAR POR EL CONTRATISTA EN LA EJECUCIÓN DEL CONTRATO BASE DE ESTA AFILIACIÓN Y CONOZCO LAS OBLIGACIONES DENTRO DEL SGRP EN MI CALIDAD DE CONTRATANTE	DECLARACION PARA LA DETERMINACIÓN DEL RIESGO Y DEFINICIÓN DEL ORIGEN EN MI CONDICION DE TRABAJADOR INDEPENDIENTE MANIFIESTO MI VOLUNTAD DE AFILIARME AL SISTEMA GENERAL DE RIESGOS LABORALES Y DECLARO QUE LAS ACTIVIDADES ANTERIORMENTE RELACIONADAS, EL HORARIO Y EL LUGAR DONDE DESARROLLARE LAS MISMA, DETERMINAN EL RIESGO Y DEFINEN EL ORIGEN DE LAS CONTINGENCIAS QUE SE LLEGASEN A PRESENTAR.		
FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL NOMBRE:	FIRMA DEL TRABAJADOR INDEPENDIENTE	FIRMA REPRESENTANTE DE LA ARL	SELLO DE FECHA Y HORA DE RECEPCIÓN EN LA ARL NOMBRE:

El presente documento fue expedido desde el portal de Internet de **Colmena Seguros**, el dia 04/11/2026 11:34:01. Las operaciones realizadas a través de la página de Internet de **Colmena Seguros**, se rigen por los términos y condiciones de uso de esta página, por las normas del Código de Comercio y por la ley 527 de 1999 y por lo tanto, tienen plena validez jurídica.

SISTEMA GENERAL DE RIESGOS LABORALES FORMULARIO DE AFILIACIÓN TRABAJADORES INDEPENDIENTES No. 302504255

Autorizado por la Superintendencia Bancaria para operar el ramo de seguros de riesgos laborales.

Mediante resolución No. 2250 de octubre 14 de 1994

I. TRÁMITE

TIPO DE AFILIACIÓN	ARL ANTERIOR	FECHA DE DILIGENCIAMIENTO
AFILIACION	0	04/11/2026 11:34:02

II. DATOS GENERALES DEL CONTRATANTE

TIPO DE DOCUMENTO	No	RAZÓN SOCIAL O NOMBRE	DIRECCIÓN SEDE PRINCIPAL	NÚMERO DE CONTRATO CON LA ARL
NI	844003247	EMPRESA DE SERVICIOS PUBLICOS DE AGUAZUL S.A ESP	VEREDA GUADUALES VIA MANI	1207025

III. INFORMACIÓN DEL CENTRO DE TRABAJO DONDE EJERCERÁ SUS FUNCIONES DEL TRABAJADOR INDEPENDIENTE

CÓDIGO CENTRO DE TRABAJO	ACTIVIDAD ECONÓMICA	CÓDIGO ACTIVIDAD ECONÓMICA	CLASE RIESGO
3	Actividades ejecutivas de la administrac	1841201	1

DIRECCIÓN	MUNICIPIO	DEPARTAMENTO
VEREDA GUADUALES VIA MANI	AGUAZUL	Casanare

IV. DATOS DEL TRABAJADOR INDEPENDIENTE Y DE LA ACTIVIDAD A DESARROLLAR

TIPO DE IDENTIDAD	NÚMERO	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
CC	1116554681	MARTINEZ	BARRERA

NOMBRE(S)	FECHA DE NACIMIENTO	DIRECCIÓN RESIDENCIA
ANGIE LIZETH	20/9/1998	CALLE 8 21 21

CIUDAD DE RESIDENCIA	TELÉFONO RESIDENCIA	CELULAR	CORREO ELECTRÓNICO	SEXO
AGUAZUL	3133110482	3133110482	angiemartinezbarrera1998@gmail.com	F

EPS	CÓDIGO	AFP	CÓDIGO
Nueva EPS	37	Porvenir	3

FORMA DE PAGO DE LA COTIZACIÓN	FECHA INICIO COBERTURA	VALOR DEL CONTRATO
Mes Anticipado	24/10/2026	7601200

TIPO DE CONTRATO	FECHA INICIO DE CONTRATO	FECHA TERMINACIÓN CONTRATO	SUMINISTRA TRANSPORTE
ADMINISTRATIVO	24/10/2026	24/12/2026	NO

DEDUCCIONES	INGRESO MENSUAL	IBC	
1750905	3678000	1750905	
TIPO DE COTIZANTE	TIPO DE MODALIDAD		
Independiente con contrato de prestación de servicios superior a 1 mes.	Presencial		

ACTIVIDAD A DESARROLLAR	CÓDIGO ACTIVIDAD	CLASE DE RIESGO DE LA ACTIVIDAD A DESARROLLAR

El presente documento fue expedido desde el portal de Internet de **Colmena Seguros**, el día 04/11/2026 11:34:01. Las operaciones realizadas a través de la página de Internet de **Colmena Seguros**, se rigen por los términos y condiciones de uso de esta página, por las normas del Código de Comercio y por la ley 527 de 1999 y por lo tanto, tienen plena validez jurídica.

Actividades ejecutivas de la administrac	1841201	1

HORARIO EN QUE EJECUTARAN LAS ACTIVIDADES

DATOS DE AFILIACIÓN SIMULTANEA AL SGRP ARL POR DIFERENTES CONTRATANTES O EMPLEADORES

NOMBRE DE LA ARL	CÓDIGO	NO IDENT CONTRATANTE O EMPLEADOR	NOMBRE CONTRATANTE O EMPLEADOR	TIPO DE CONTRATO
ARL NO DEFINIDA	0			
ARL NO DEFINIDA	0			
ARL NO DEFINIDA	0			
ARL NO DEFINIDA	0			
ARL NO DEFINIDA	0			
ARL NO DEFINIDA	0			
ARL NO DEFINIDA	0			

CON ESTE FORMULARIO SE PERFECCIONA LA AFILIACIÓN AL SISTEMA GENERAL DE RIESGOS LABORALES Y CONSTITUYE EL RESPECTIVO CONTRATO DE ADMINISTRACIÓN DE RIESGOS LABORALES, REGIDO EN TODOS SUS ASPECTOS POR LO DISPUESTO EN LA LEY 400 DE 1993, EL DECRETO 1295 DE 1994, LA LEY 776 DE 2002 Y EL DECRETO 2800 DE 2003 Y DEMAS NORMAS QUE LO MODIFICAN, ADICIONAN O COMPLEMENTEN.

DECLARO BAJO JURAMENTO QUE LA INFORMACIÓN AQUÍ SUMINISTRADA CORRESPONDE EXACTAMENTE A LAS ACTIVIDADES A DESEMPEÑAR POR EL CONTRATISTA EN LA EJECUCIÓN DEL CONTRATO BASE DE ESTA AFILIACIÓN Y CONOZCO LAS OBLIGACIONES DENTRO DEL SGRP EN MI CALIDAD DE CONTRATANTE	DECLARACION PARA LA DETERMINACIÓN DEL RIESGO Y DEFINICIÓN DEL ORIGEN EN MI CONDICION DE TRABAJADOR INDEPENDIENTE MANIFIESTO MI VOLUNTAD DE AFILIARME AL SISTEMA GENERAL DE RIESGOS LABORALES Y DECLARO QUE LAS ACTIVIDADES ANTERIORMENTE RELACIONADAS, EL HORARIO Y EL LUGAR DONDE DESARROLLARE LAS MISMA, DETERMINAN EL RIESGO Y DEFINEN EL ORIGEN DE LAS CONTINGENCIAS QUE SE LLEGASEN A PRESENTAR.		
FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL NOMBRE:	FIRMA DEL TRABAJADOR INDEPENDIENTE	FIRMA REPRESENTANTE DE LA ARL	SELLO DE FECHA Y HORA DE RECEPCIÓN EN LA ARL NOMBRE:

El presente documento fue expedido desde el portal de Internet de **Colmena Seguros**, el día 04/11/2026 11:34:01. Las operaciones realizadas a través de la página de Internet de **Colmena Seguros**, se rigen por los términos y condiciones de uso de esta página, por las normas del Código de Comercio y por la ley 527 de 1999 y por lo tanto, tienen plena validez jurídica.

Colmena Seguros

SISTEMA GENERAL DE RIESGOS LABORALES FORMULARIO DE AFILIACIÓN TRABAJADORES INDEPENDIENTES No. 302504303

Autorizado por la Superintendencia Bancaria para operar el ramo de seguros de riesgos laborales.

Mediante resolución No. 2250 de octubre 14 de 1994

I. TRÁMITE

TIPO DE AFILIACIÓN	ARL ANTERIOR	FECHA DE DILIGENCIAMIENTO
AFILIACION	0	04/11/2026 11:34:02

II. DATOS GENERALES DEL CONTRATANTE

TIPO DE DOCUMENTO	No	RAZÓN SOCIAL O NOMBRE	DIRECCIÓN SEDE PRINCIPAL	NÚMERO DE CONTRATO CON LA ARL
NI	844003247	EMPRESA DE SERVICIOS PUBLICOS DE AGUAZUL S.A ESP	VEREDA GUADUALES VIA MANI	1207025

III. INFORMACIÓN DEL CENTRO DE TRABAJO DONDE EJERCERÁ SUS FUNCIONES DEL TRABAJADOR INDEPENDIENTE

CÓDIGO CENTRO DE TRABAJO	ACTIVIDAD ECONÓMICA	CÓDIGO ACTIVIDAD ECONÓMICA	CLASE RIESGO
2	Captación, tratamiento y distribución de	3360001	3

DIRECCIÓN	MUNICIPIO	DEPARTAMENTO
VEREDA GUADUALES VIA MANI	AGUAZUL	Casanare

IV. DATOS DEL TRABAJADOR INDEPENDIENTE Y DE LA ACTIVIDAD A DESARROLLAR

TIPO DE IDENTIDAD	NÚMERO	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
CC	1116547222	MOJICA	RIOS

NOMBRE(S)	FECHA DE NACIMIENTO	DIRECCIÓN RESIDENCIA
DIANA LORENA	16/10/1991	CALLE 15A 23 114

CIUDAD DE RESIDENCIA	TELÉFONO RESIDENCIA	CELULAR	CORREO ELECTRÓNICO	SEXO
AGUAZUL	3123688076	3123688076	herlor20@gmail.com	F

EPS	CÓDIGO	AFP	CÓDIGO
E.P.S. Sanitas S.A.	5	Porvenir	3

FORMA DE PAGO DE LA COTIZACIÓN	FECHA INICIO COBERTURA	VALOR DEL CONTRATO
Mes Anticipado	24/10/2026	8314200

TIPO DE CONTRATO	FECHA INICIO DE CONTRATO	FECHA TERMINACIÓN CONTRATO	SUMINISTRA TRANSPORTE
ADMINISTRATIVO	24/10/2026	24/12/2026	NO

DEDUCCIONES	INGRESO MENSUAL	IBC	
1750905	4023000	1750905	
TIPO DE COTIZANTE	TIPO DE MODALIDAD		
Independiente con contrato de prestación de servicios superior a 1 mes.	Presencial		

ACTIVIDAD A DESARROLLAR	CÓDIGO ACTIVIDAD	CLASE DE RIESGO DE LA ACTIVIDAD A DESARROLLAR

El presente documento fue expedido desde el portal de Internet de **Colmena Seguros**, el día 04/11/2026 11:34:01. Las operaciones realizadas a través de la página de Internet de **Colmena Seguros**, se rigen por los términos y condiciones de uso de esta página, por las normas del Código de Comercio y por la ley 527 de 1999 y por lo tanto, tienen plena validez jurídica.

Captación, tratamiento y distribución de	3360001	3

HORARIO EN QUE EJECUTARAN LAS ACTIVIDADES

DATOS DE AFILIACIÓN SIMULTANEA AL SGRP ARL POR DIFERENTES CONTRATANTES O EMPLEADORES

NOMBRE DE LA ARL	CÓDIGO	NO IDENT CONTRATANTE O EMPLEADOR	NOMBRE CONTRATANTE O EMPLEADOR	TIPO DE CONTRATO
ARL NO DEFINIDA	0			
ARL NO DEFINIDA	0			
ARL NO DEFINIDA	0			
ARL NO DEFINIDA	0			
ARL NO DEFINIDA	0			
ARL NO DEFINIDA	0			
ARL NO DEFINIDA	0			

CON ESTE FORMULARIO SE PERFECCIONA LA AFILIACIÓN AL SISTEMA GENERAL DE RIESGOS LABORALES Y CONSTITUYE EL RESPECTIVO CONTRATO DE ADMINISTRACIÓN DE RIESGOS LABORALES, REGIDO EN TODOS SUS ASPECTOS POR LO DISPUESTO EN LA LEY 400 DE 1993, EL DECRETO 1295 DE 1994, LA LEY 776 DE 2002 Y EL DECRETO 2800 DE 2003 Y DEMAS NORMAS QUE LO MODIFICAN, ADICIONAN O COMPLEMENTEN.

DECLARO BAJO JURAMENTO QUE LA INFORMACIÓN AQUÍ SUMINISTRADA CORRESPONDE EXACTAMENTE A LAS ACTIVIDADES A DESEMPEÑAR POR EL CONTRATISTA EN LA EJECUCIÓN DEL CONTRATO BASE DE ESTA AFILIACIÓN Y CONOZCO LAS OBLIGACIONES DENTRO DEL SGRP EN MI CALIDAD DE CONTRATANTE	DECLARACION PARA LA DETERMINACIÓN DEL RIESGO Y DEFINICIÓN DEL ORIGEN EN MI CONDICION DE TRABAJADOR INDEPENDIENTE MANIFIESTO MI VOLUNTAD DE AFILIARME AL SISTEMA GENERAL DE RIESGOS LABORALES Y DECLARO QUE LAS ACTIVIDADES ANTERIORMENTE RELACIONADAS, EL HORARIO Y EL LUGAR DONDE DESARROLLARE LAS MISMA, DETERMINAN EL RIESGO Y DEFINEN EL ORIGEN DE LAS CONTINGENCIAS QUE SE LLEGASEN A PRESENTAR.		

FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL NOMBRE:	 FIRMA DEL TRABAJADOR INDEPENDIENTE	FIRMA REPRESENTANTE DE LA ARL	SELLO DE FECHA Y HORA DE RECEPCIÓN EN LA ARL NOMBRE:

El presente documento fue expedido desde el portal de Internet de **Colmena Seguros**, el día 04/11/2026 11:34:01. Las operaciones realizadas a través de la página de Internet de **Colmena Seguros**, se rigen por los términos y condiciones de uso de esta página, por las normas del Código de Comercio y por la ley 527 de 1999 y por lo tanto, tienen plena validez jurídica.

Colmena Seguros

SISTEMA GENERAL DE RIESGOS LABORALES FORMULARIO AFILIACIÓN TRABAJADORES INDEPENDIENTES No. 30250495

Autorizado por la Superintendencia Bancaria para operar el ramo de seguros de riesgos laborales. Mediante resolución No. 2250 de octubre 14 de 1994

I. TRÁMITE

TIPO DE AFILIACIÓN	ARL ANTERIOR	FECHA DE DILIGENCIAMIENTO
AFILIACION	0	04/11/2026 11:34:02

II. DATOS GENERALES DEL CONTRATANTE

TIPO DE DOCUMENTO	No	RAZÓN SOCIAL O NOMBRE	DIRECCIÓN SEDE PRINCIPAL	NÚMERO DE CONTRATO CON LA ARL
NI	844003247	EMPRESA DE SERVICIOS PUBLICOS DE AGUAZUL S.A ESP	VEREDA GUADUALES VIA MANI	1207025

III. INFORMACIÓN DEL CENTRO DE TRABAJO DONDE EJERCERÁ SUS FUNCIONES DEL TRABAJADOR INDEPENDIENTE

CÓDIGO CENTRO DE TRABAJO	ACTIVIDAD ECONÓMICA	CÓDIGO ACTIVIDAD ECONÓMICA	CLASE RIESGO
3	Actividades ejecutivas de la administrac	1841201	1

DIRECCIÓN	MUNICIPIO	DEPARTAMENTO
VEREDA GUADUALES VIA MANI	AGUAZUL	Casanare

IV. DATOS DEL TRABAJADOR INDEPENDIENTE Y DE LA ACTIVIDAD A DESARROLLAR

TIPO DE IDENTIDAD	NÚMERO	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
CC	72289894	SAMPAYO	OTERO

NOMBRE(S)	FECHA DE NACIMIENTO	DIRECCIÓN RESIDENCIA
OSCAR DAVID	5/12/1983	CALLE 8 21 52

CIUDAD DE RESIDENCIA	TELÉFONO RESIDENCIA	CELULAR	CORREO ELECTRÓNICO	SEXO
AGUAZUL	3202218194	3202218194	oscarsampayo5@hotmail.com	M

EPS	CÓDIGO	AFP	CÓDIGO
E.P.S. Sanitas S.A.	5	Porvenir	3

FORMA DE PAGO DE LA COTIZACIÓN	FECHA INICIO COBERTURA	VALOR DEL CONTRATO
Mes Anticipado	27/10/2026	8909000

TIPO DE CONTRATO	FECHA INICIO DE CONTRATO	FECHA TERMINACIÓN CONTRATO	SUMINISTRA TRANSPORTE
ADMINISTRATIVO	26/10/2026	24/12/2026	NO

DEDUCCIONES	INGRESO MENSUAL	IBC	
1812000	4530000	1812000	
TIPO DE COTIZANTE	TIPO DE MODALIDAD		
Independiente con contrato de prestación de servicios superior a 1 mes.	Presencial		

ACTIVIDAD A DESARROLLAR	CÓDIGO ACTIVIDAD	CLASE DE RIESGO DE LA ACTIVIDAD A DESARROLLAR

El presente documento fue expedido desde el portal de Internet de **Colmena Seguros**, el día 04/11/2026 11:34:01. Las operaciones realizadas a través de la página de Internet de **Colmena Seguros**, se rigen por los términos y condiciones de uso de esta página, por las normas del Código de Comercio y por la ley 527 de 1999 y por lo tanto, tienen plena validez jurídica.

Actividades ejecutivas de la administrac	1841201	1

HORARIO EN QUE EJECUTARAN LAS ACTIVIDADES

DATOS DE AFILIACIÓN SIMULTANEA AL SGRP ARL POR DIFERENTES CONTRATANTES O EMPLEADORES

NOMBRE DE LA ARL	CÓDIGO	NO IDENT CONTRATANTE O EMPLEADOR	NOMBRE CONTRATANTE O EMPLEADOR	TIPO DE CONTRATO
ARL NO DEFINIDA	0			
ARL NO DEFINIDA	0			
ARL NO DEFINIDA	0			
ARL NO DEFINIDA	0			
ARL NO DEFINIDA	0			
ARL NO DEFINIDA	0			
ARL NO DEFINIDA	0			

CON ESTE FORMULARIO SE PERFECCIONA LA AFILIACIÓN AL SISTEMA GENERAL DE RIESGOS LABORALES Y CONSTITUYE EL RESPECTIVO CONTRATO DE ADMINISTRACIÓN DE RIESGOS LABORALES, REGIDO EN TODOS SUS ASPECTOS POR LO DISPUESTO EN LA LEY 400 DE 1993, EL DECRETO 1295 DE 1994, LA LEY 776 DE 2002 Y EL DECRETO 2800 DE 2003 Y DEMAS NORMAS QUE LO MODIFICAN, ADICIONAN O COMPLEMENTEN.

DECLARO BAJO JURAMENTO QUE LA INFORMACIÓN AQUÍ SUMINISTRADA CORRESPONDE EXACTAMENTE A LAS ACTIVIDADES A DESEMPEÑAR POR EL CONTRATISTA EN LA EJECUCIÓN DEL CONTRATO BASE DE ESTA AFILIACIÓN Y CONOZCO LAS OBLIGACIONES DENTRO DEL SGRP EN MI CALIDAD DE CONTRATANTE	DECLARACION PARA LA DETERMINACIÓN DEL RIESGO Y DEFINICIÓN DEL ORIGEN EN MI CONDICION DE TRABAJADOR INDEPENDIENTE MANIFIESTO MI VOLUNTAD DE AFILIARME AL SISTEMA GENERAL DE RIESGOS LABORALES Y DECLARO QUE LAS ACTIVIDADES ANTERIORMENTE RELACIONADAS, EL HORARIO Y EL LUGAR DONDE DESARROLLARE LAS MISMA, DETERMINAN EL RIESGO Y DEFINEN EL ORIGEN DE LAS CONTINGENCIAS QUE SE LLEGASEN A PRESENTAR.		
FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL NOMBRE:	 FIRMA DEL TRABAJADOR INDEPENDIENTE	FIRMA REPRESENTANTE DE LA ARL	SELLO DE FECHA Y HORA DE RECEPCIÓN EN LA ARL NOMBRE:

El presente documento fue expedido desde el portal de Internet de Colmena Seguros, el día 04/11/2026 11:34:01. Las operaciones realizadas a través de la página de Internet de Colmena Seguros, se rigen por los términos y condiciones de uso de esta página, por las normas del Código de Comercio y por la ley 527 de 1999 y por lo tanto, tienen plena validez jurídica.

SISTEMA GENERAL DE RIESGOS LABORALES FORMULARIO DE AFILIACIÓN TRABAJADORES INDEPENDIENTES No. 302504954

Autorizado por la Superintendencia Bancaria para operar el ramo de seguros de riesgos laborales.

Mediante resolución No. 2250 de octubre 14 de 1994

I. TRÁMITE

TIPO DE AFILIACIÓN	ARL ANTERIOR	FECHA DE DILIGENCIAMIENTO
AFILIACION	0	04/11/2026 11:34:02

II. DATOS GENERALES DEL CONTRATANTE

TIPO DE DOCUMENTO	No	RAZÓN SOCIAL O NOMBRE	DIRECCIÓN SEDE PRINCIPAL	NÚMERO DE CONTRATO CON LA ARL
NI	844003247	EMPRESA DE SERVICIOS PUBLICOS DE AGUAZUL S.A ESP	VEREDA GUADUALES VIA MANI	1207025

III. INFORMACIÓN DEL CENTRO DE TRABAJO DONDE EJERCERÁ SUS FUNCIONES DEL TRABAJADOR INDEPENDIENTE

CÓDIGO CENTRO DE TRABAJO	ACTIVIDAD ECONÓMICA	CÓDIGO ACTIVIDAD ECONÓMICA	CLASE RIESGO
2	Captación, tratamiento y distribución de	3360001	3

DIRECCIÓN	MUNICIPIO	DEPARTAMENTO
VEREDA GUADUALES VIA MANI	AGUAZUL	Casanare

IV. DATOS DEL TRABAJADOR INDEPENDIENTE Y DE LA ACTIVIDAD A DESARROLLAR

TIPO DE IDENTIDAD	NÚMERO	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
CC	46380990	HERRERA	RAMIREZ

NOMBRE(S)	FECHA DE NACIMIENTO	DIRECCIÓN RESIDENCIA
ZULMA YOLIMA	12/3/1981	CARRERA 30 13 60

CIUDAD DE RESIDENCIA	TELÉFONO RESIDENCIA	CELULAR	CORREO ELECTRÓNICO	SEXO
AGUAZUL	3112815821	3112815821	zulyherrera1981@hotmail.com	F

EPS	CÓDIGO	AFP	CÓDIGO
E.P.S. Sanitas S.A.	5	Porvenir	3

FORMA DE PAGO DE LA COTIZACIÓN	FECHA INICIO COBERTURA	VALOR DEL CONTRATO
Mes Anticipado	27/10/2026	7911900

TIPO DE CONTRATO	FECHA INICIO DE CONTRATO	FECHA TERMINACIÓN CONTRATO	SUMINISTRA TRANSPORTE
ADMINISTRATIVO	26/10/2026	24/12/2026	NO

DEDUCCIONES	INGRESO MENSUAL	IBC	
1750905	4023000	1750905	
TIPO DE COTIZANTE	TIPO DE MODALIDAD		
Independiente con contrato de prestación de servicios superior a 1 mes.	Presencial		

ACTIVIDAD A DESARROLLAR	CÓDIGO ACTIVIDAD	CLASE DE RIESGO DE LA ACTIVIDAD A DESARROLLAR

El presente documento fue expedido desde el portal de Internet de **Colmena Seguros**, el dia 04/11/2026 11:34:01. Las operaciones realizadas a través de la página de Internet de **Colmena Seguros**, se rigen por los términos y condiciones de uso de esta página, por las normas del Código de Comercio y por la ley 527 de 1999 y por lo tanto, tienen plena validez jurídica.

Captación, tratamiento y distribución de	3360002	3

HORARIO EN QUE EJECUTARAN LAS ACTIVIDADES

DATOS DE AFILIACIÓN SIMULTANEA AL SGRP ARL POR DIFERENTES CONTRATANTES O EMPLEADORES

NOMBRE DE LA ARL	CÓDIGO	NO IDENT CONTRATANTE O EMPLEADOR	NOMBRE CONTRATANTE O EMPLEADOR	TIPO DE CONTRATO
ARL NO DEFINIDA	0			
ARL NO DEFINIDA	0			
ARL NO DEFINIDA	0			
ARL NO DEFINIDA	0			
ARL NO DEFINIDA	0			
ARL NO DEFINIDA	0			
ARL NO DEFINIDA	0			

CON ESTE FORMULARIO SE PERFECCIONA LA AFILIACIÓN AL SISTEMA GENERAL DE RIESGOS LABORALES Y CONSTITUYE EL RESPECTIVO CONTRATO DE ADMINISTRACIÓN DE RIESGOS LABORALES, REGIDO EN TODOS SUS ASPECTOS POR LO DISPUESTO EN LA LEY 400 DE 1993, EL DECRETO 1295 DE 1994, LA LEY 776 DE 2002 Y EL DECRETO 2800 DE 2003 Y DEMAS NORMAS QUE LO MODIFICAN, ADICIONAN O COMPLEMENTEN.

DECLARO BAJO JURAMENTO QUE LA INFORMACIÓN AQUÍ SUMINISTRADA CORRESPONDE EXACTAMENTE A LAS ACTIVIDADES A DESEMPEÑAR POR EL CONTRATISTA EN LA EJECUCIÓN DEL CONTRATO BASE DE ESTA AFILIACIÓN Y CONOZCO LAS OBLIGACIONES DENTRO DEL SGRP EN MI CALIDAD DE CONTRATANTE	DECLARACION PARA LA DETERMINACIÓN DEL RIESGO Y DEFINICIÓN DEL ORIGEN EN MI CONDICION DE TRABAJADOR INDEPENDIENTE MANIFIESTO MI VOLUNTAD DE AFILIARME AL SISTEMA GENERAL DE RIESGOS LABORALES Y DECLARO QUE LAS ACTIVIDADES ANTERIORMENTE RELACIONADAS, EL HORARIO Y EL LUGAR DONDE DESARROLLARE LAS MISMA, DETERMINAN EL RIESGO Y DEFINEN EL ORIGEN DE LAS CONTINGENCIAS QUE SE LLEGASEN A PRESENTAR.		
FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL NOMBRE:	 FIRMA DEL TRABAJADOR INDEPENDIENTE	FIRMA REPRESENTANTE DE LA ARL	SELLO DE FECHA Y HORA DE RECEPCIÓN EN LA ARL NOMBRE:

El presente documento fue expedido desde el portal de Internet de **Colmena Seguros**, el día 04/11/2026 11:34:01. Las operaciones realizadas a través de la página de Internet de **Colmena Seguros**, se rigen por los términos y condiciones de uso de esta página, por las normas del Código de Comercio y por la ley 527 de 1999 y por lo tanto, tienen plena validez jurídica.

SISTEMA GENERAL DE RIESGOS LABORALES FORMULARIO DE AFILIACIÓN TRABAJADORES INDEPENDIENTES No. 302505310

Autorizado por la Superintendencia Bancaria para operar el ramo de seguros de riesgos laborales.

Mediante resolución No. 2250 de octubre 14 de 1994

I. TRÁMITE

TIPO DE AFILIACIÓN	ARL ANTERIOR	FECHA DE DILIGENCIAMIENTO
AFILIACION	0	04/11/2026 11:34:02

II. DATOS GENERALES DEL CONTRATANTE

TIPO DE DOCUMENTO	No	RAZÓN SOCIAL O NOMBRE	DIRECCIÓN SEDE PRINCIPAL	NÚMERO DE CONTRATO CON LA ARL
NI	844003247	EMPRESA DE SERVICIOS PUBLICOS DE AGUAZUL S.A ESP	VEREDA GUADUALES VIA MANI	1207025

III. INFORMACIÓN DEL CENTRO DE TRABAJO DONDE EJERCERÁ SUS FUNCIONES DEL TRABAJADOR INDEPENDIENTE

CÓDIGO CENTRO DE TRABAJO	ACTIVIDAD ECONÓMICA	CÓDIGO ACTIVIDAD ECONÓMICA	CLASE RIESGO
2	Captación, tratamiento y distribución de	3360001	3

DIRECCIÓN	MUNICIPIO	DEPARTAMENTO
VEREDA GUADUALES VIA MANI	AGUAZUL	Casanare

IV. DATOS DEL TRABAJADOR INDEPENDIENTE Y DE LA ACTIVIDAD A DESARROLLAR

TIPO DE IDENTIDAD	NÚMERO	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
CC	1006866171	MEJIA	GRAJALES

NOMBRE(S)	FECHA DE NACIMIENTO	DIRECCIÓN RESIDENCIA
DIANA ALEJANDRA	22/12/2001	Calle 9 5 04

CIUDAD DE RESIDENCIA	TELÉFONO RESIDENCIA	CELULAR	CORREO ELECTRÓNICO	SEXO
AGUAZUL	3138183201	3138183201	dianamejia3116@gmail.com	F

EPS	CÓDIGO	AFP	CÓDIGO
Nueva EPS	37	Porvenir	3

FORMA DE PAGO DE LA COTIZACIÓN	FECHA INICIO COBERTURA	VALOR DEL CONTRATO
Mes Anticipado	28/10/2026	4924200

TIPO DE CONTRATO	FECHA INICIO DE CONTRATO	FECHA TERMINACIÓN CONTRATO	SUMINISTRA TRANSPORTE
ADMINISTRATIVO	27/10/2026	24/12/2026	NO

DEDUCCIONES	INGRESO MENSUAL	IBC	
1750905	2547000	1750905	
TIPO DE COTIZANTE	TIPO DE MODALIDAD		
Independiente con contrato de prestación de servicios superior a 1 mes.	Presencial		

ACTIVIDAD A DESARROLLAR	CÓDIGO ACTIVIDAD	CLASE DE RIESGO DE LA ACTIVIDAD A DESARROLLAR

El presente documento fue expedido desde el portal de Internet de **Colmena Seguros**, el dia 04/11/2026 11:34:01. Las operaciones realizadas a través de la página de Internet de **Colmena Seguros**, se rigen por los términos y condiciones de uso de esta página, por las normas del Código de Comercio y por la ley 527 de 1999 y por lo tanto, tienen plena validez jurídica.

Captación, tratamiento y distribución de	3360001	3

HORARIO EN QUE EJECUTARAN LAS ACTIVIDADES

DATOS DE AFILIACIÓN SIMULTANEA AL SGRP ARL POR DIFERENTES CONTRATANTES O EMPLEADORES

NOMBRE DE LA ARL	CÓDIGO	NO IDENT CONTRATANTE O EMPLEADOR	NOMBRE CONTRATANTE O EMPLEADOR	TIPO DE CONTRATO
ARL NO DEFINIDA	0			
ARL NO DEFINIDA	0			
ARL NO DEFINIDA	0			
ARL NO DEFINIDA	0			
ARL NO DEFINIDA	0			
ARL NO DEFINIDA	0			
ARL NO DEFINIDA	0			

CON ESTE FORMULARIO SE PERFECCIONA LA AFILIACIÓN AL SISTEMA GENERAL DE RIESGOS LABORALES Y CONSTITUYE EL RESPECTIVO CONTRATO DE ADMINISTRACIÓN DE RIESGOS LABORALES, REGIDO EN TODOS SUS ASPECTOS POR LO DISPUESTO EN LA LEY 400 DE 1993, EL DECRETO 1295 DE 1994, LA LEY 776 DE 2002 Y EL DECRETO 2800 DE 2003 Y DEMAS NORMAS QUE LO MODIFICAN, ADICIONAN O COMPLEMENTEN.

DECLARO BAJO JURAMENTO QUE LA INFORMACIÓN AQUÍ SUMINISTRADA CORRESPONDE EXACTAMENTE A LAS ACTIVIDADES A DESEMPEÑAR POR EL CONTRATISTA EN LA EJECUCIÓN DEL CONTRATO BASE DE ESTA AFILIACIÓN Y CONOZCO LAS OBLIGACIONES DENTRO DEL SGRP EN MI CALIDAD DE CONTRATANTE	DECLARACION PARA LA DETERMINACIÓN DEL RIESGO Y DEFINICIÓN DEL ORIGEN EN MI CONDICION DE TRABAJADOR INDEPENDIENTE MANIFIESTO MI VOLUNTAD DE AFILIARME AL SISTEMA GENERAL DE RIESGOS LABORALES Y DECLARO QUE LAS ACTIVIDADES ANTERIORMENTE RELACIONADAS, EL HORARIO Y EL LUGAR DONDE DESARROLLARE LAS MISMA, DETERMINAN EL RIESGO Y DEFINEN EL ORIGEN DE LAS CONTINGENCIAS QUE SE LLEGASEN A PRESENTAR.		

FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL NOMBRE:	 FIRMA DEL TRABAJADOR INDEPENDIENTE	FIRMA REPRESENTANTE DE LA ARL	SELLO DE FECHA Y HORA DE RECEPCIÓN EN LA ARL NOMBRE:

El presente documento fue expedido desde el portal de Internet de **Colmena Seguros**, el dia 04/11/2026 11:34:01. Las operaciones realizadas a través de la página de Internet de **Colmena Seguros**, se rigen por los términos y condiciones de uso de esta página, por las normas del Código de Comercio y por la ley 527 de 1999 y por lo tanto, tienen plena validez jurídica.

SISTEMA GENERAL DE RIESGOS LABORALES FORMULARIO DE AFILIACIÓN TRABAJADORES INDEPENDIENTES No. 302505963

Autorizado por la Superintendencia Bancaria para operar el ramo de seguros de riesgos laborales.

Mediante resolución No. 2250 de octubre 14 de 1994

I. TRÁMITE

TIPO DE AFILIACIÓN	ARL ANTERIOR	FECHA DE DILIGENCIAMIENTO
AFILIACION	0	04/11/2026 11:34:02

II. DATOS GENERALES DEL CONTRATANTE

TIPO DE DOCUMENTO	No	RAZÓN SOCIAL O NOMBRE	DIRECCIÓN SEDE PRINCIPAL	NÚMERO DE CONTRATO CON LA ARL
NI	844003247	EMPRESA DE SERVICIOS PUBLICOS DE AGUAZUL S.A ESP	VEREDA GUADUALES VIA MANI	1207025

III. INFORMACIÓN DEL CENTRO DE TRABAJO DONDE EJERCERÁ SUS FUNCIONES DEL TRABAJADOR INDEPENDIENTE

CÓDIGO CENTRO DE TRABAJO	ACTIVIDAD ECONÓMICA	CÓDIGO ACTIVIDAD ECONÓMICA	CLASE RIESGO
3	Actividades ejecutivas de la administrac	1841201	1

DIRECCIÓN	MUNICIPIO	DEPARTAMENTO
VEREDA GUADUALES VIA MANI	AGUAZUL	Casanare

IV. DATOS DEL TRABAJADOR INDEPENDIENTE Y DE LA ACTIVIDAD A DESARROLLAR

TIPO DE IDENTIDAD	NÚMERO	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
CC	1006442569	MENDEZ	MUÑOZ

NOMBRE(S)	FECHA DE NACIMIENTO	DIRECCIÓN RESIDENCIA
DAYANA LIZETH	23/12/2002	CALLE 48 # 8 - 40

CIUDAD DE RESIDENCIA	TELÉFONO RESIDENCIA	CELULAR	CORREO ELECTRÓNICO	SEXO
YOPAL	0	3105725381	dayanamendez1223@gmail.com	F

EPS	CÓDIGO	AFP	CÓDIGO
E.P.S. Sanitas S.A.	5	Porvenir	3

FORMA DE PAGO DE LA COTIZACIÓN	FECHA INICIO COBERTURA	VALOR DEL CONTRATO
Mes Anticipado	29/10/2026	5154700

TIPO DE CONTRATO	FECHA INICIO DE CONTRATO	FECHA TERMINACIÓN CONTRATO	SUMINISTRA TRANSPORTE
ADMINISTRATIVO	28/10/2026	24/12/2026	NO

DEDUCCIONES	INGRESO MENSUAL	IBC	
1750905	2713000	1750905	
TIPO DE COTIZANTE	TIPO DE MODALIDAD		
Independiente con contrato de prestación de servicios superior a 1 mes.	Presencial		

ACTIVIDAD A DESARROLLAR	CÓDIGO ACTIVIDAD	CLASE DE RIESGO DE LA ACTIVIDAD A DESARROLLAR

El presente documento fue expedido desde el portal de Internet de **Colmena Seguros**, el día 04/11/2026 11:34:01. Las operaciones realizadas a través de la página de Internet de **Colmena Seguros**, se rigen por los términos y condiciones de uso de esta página, por las normas del Código de Comercio y por la ley 527 de 1999 y por lo tanto, tienen plena validez jurídica.

Actividades ejecutivas de la administrac	1841201	1

HORARIO EN QUE EJECUTARAN LAS ACTIVIDADES

DATOS DE AFILIACIÓN SIMULTANEA AL SGRP ARL POR DIFERENTES CONTRATANTES O EMPLEADORES

NOMBRE DE LA ARL	CÓDIGO	NO IDENT CONTRATANTE O EMPLEADOR	NOMBRE CONTRATANTE O EMPLEADOR	TIPO DE CONTRATO
ARL NO DEFINIDA	0			
ARL NO DEFINIDA	0			
ARL NO DEFINIDA	0			
ARL NO DEFINIDA	0			
ARL NO DEFINIDA	0			
ARL NO DEFINIDA	0			
ARL NO DEFINIDA	0			

CON ESTE FORMULARIO SE PERFECCIONA LA AFILIACIÓN AL SISTEMA GENERAL DE RIESGOS LABORALES Y CONSTITUYE EL RESPECTIVO CONTRATO DE ADMINISTRACIÓN DE RIESGOS LABORALES, REGIDO EN TODOS SUS ASPECTOS POR LO DISPUESTO EN LA LEY 400 DE 1993, EL DECRETO 1295 DE 1994, LA LEY 776 DE 2002 Y EL DECRETO 2800 DE 2003 Y DEMAS NORMAS QUE LO MODIFICAN, ADICIONAN O COMPLEMENTEN.

DECLARO BAJO JURAMENTO QUE LA INFORMACIÓN AQUÍ SUMINISTRADA CORRESPONDE EXACTAMENTE A LAS ACTIVIDADES A DESEMPEÑAR POR EL CONTRATISTA EN LA EJECUCIÓN DEL CONTRATO BASE DE ESTA AFILIACIÓN Y CONOZCO LAS OBLIGACIONES DENTRO DEL SGRP EN MI CALIDAD DE CONTRATANTE	DECLARACION PARA LA DETERMINACIÓN DEL RIESGO Y DEFINICIÓN DEL ORIGEN EN MI CONDICION DE TRABAJADOR INDEPENDIENTE MANIFIESTO MI VOLUNTAD DE AFILIARME AL SISTEMA GENERAL DE RIESGOS LABORALES Y DECLARO QUE LAS ACTIVIDADES ANTERIORMENTE RELACIONADAS, EL HORARIO Y EL LUGAR DONDE DESARROLLARE LAS MISMA, DETERMINAN EL RIESGO Y DEFINEN EL ORIGEN DE LAS CONTINGENCIAS QUE SE LLEGASEN A PRESENTAR.		
FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL NOMBRE:	 FIRMA DEL TRABAJADOR INDEPENDIENTE	FIRMA REPRESENTANTE DE LA ARL	SELLO DE FECHA Y HORA DE RECEPCIÓN EN LA ARL NOMBRE:

El presente documento fue expedido desde el portal de Internet de **Colmena Seguros**, el día 04/11/2026 11:34:01. Las operaciones realizadas a través de la página de Internet de **Colmena Seguros**, se rigen por los términos y condiciones de uso de esta página, por las normas del Código de Comercio y por la ley 527 de 1999 y por lo tanto, tienen plena validez jurídica.

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$74,700	$0	$0	$74,700
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	$74,700	$0	$0	$74,700
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$11,400	$0	$0	$11,400
COLMENA	14-25	800,226,175	3	1	$11,400	$0	$0	$11,400
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$58,400	$0	$0	$58,400
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	1	$58,400	$0	$0	$58,400
TOTAL				1	$144,500	$0	$0	$144,500

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1116547222		MOJICA RIOS DIANA LORENA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CLLE 10 N 31A-24	AGUAZUL-CASANARE	6392234	No

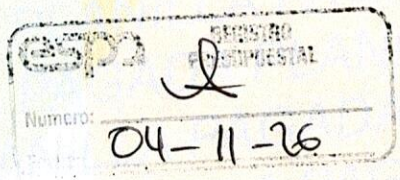
DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2026-10	2026-10	799237473	9513392275	N	2026/11/09	2026/11/04	NEQUI	0	$144,500

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO					PENSION		SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES		
No.	Identificación		Nombres	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte
1	CC	1116547222	MOJICA DIANA	230301	12	($700,362)	($112,100)	EPS005	12	($700,362)	($87,600)		0	$0	$0	14-25	12	($700,362)	($17,100)	0	$0	$0
2	CC	1116547222	MOJICA DIANA	230301	20	$1,167,270	$186,800	EPS005	20	$1,167,270	$146,000		0	$0	$0	14-25	20	$1,167,270	$28,500	0	$0	$0
Total	**Afiliados(1)**					**$466,908**	**$74,700**			**$466,908**	**$58,400**			**$0**	**$0**			**$466,908**	**$11,400**		**$0**	**$0**

05109



Aguazul, 04 de Noviembre de 2026

Señores
ESPA S.A. E.S.P
Departamento de Tesorería y Contabilidad
Aguazul

REF. Declaración juramentada para la deducción de la retención en la fuente a personas naturales pertenecientes a la clasificación tributaria "rentas de trabajo" originadas en la modalidad de contrato de prestación de servicios.

Yo, Diana Lorena Mojica Rios, identificada con Cédula de Ciudadanía número 1.116.547.222 de Aguazul, por medio de la presente, para dar cumplimiento a la ley 2277 del 2022 y el Estatuto Tributario Nacional, CERTIFICO QUE:

1. Soy residente fiscal colombiano.	SI	X	NO	
2. Mis ingresos percibidos de la Empresa de Servicios Públicos de Aguazul ESPA S.A. E.S.P. en el año 2026 corresponden a rentas de trabajo.	SI	X	NO	
3. Soy responsable de IVA	SI		NO	X

Por lo anterior, solicito que sean aplicadas las siguientes deducciones para depurar de mi base de Retención en la Fuente del periodo comprendido entre el 23/10/2026 A 30/10/2026, en los pagos que me realice la Empresa de Servicios Públicos de Aguazul ESPA S.A. E.S.P de acuerdo con los siguientes factores:

DESCRIPCIÓN	VALOR
Deducción por intereses préstamos adquisición vivienda o costo financiero leasing habitacional (Hasta 100 UVT mensuales- $5.237.400,00). Art *387 ET*	$0
Deducción por pagos de medicina prepagada o seguros de salud. (Hasta 16 UVT mensuales -$ 837.984.00). *Art 387 ET*	$0

Además, Manifiesto libre y voluntariamente que la(s) persona(s) relacionada(s) a continuación depende(n) económicamente de mí, situación que me otorga el derecho a tomar la deducción del 10% sobre mis ingresos brutos, hasta un máximo de 32 UVT mensuales ($1.675.968,00) *Art 387 ET.*

IDENTIFICACIÓN	NOMBRES	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PARENTESCO	EDAD
1.122.927.201	JUAN PABLO	ARDILA	MOJICA	HIJO	17
1.222.124.339	EMILY GABRIELA	ROMERO	MOJICA	HIJA	10

Adicionalmente solicito se tengan en cuenta los siguientes aportes como rentas exentas, sin exceder el 30% del ingreso laboral y hasta un máximo de 317 UVT mensuales ($16.602.558)

DESCRIPCIÓN	VALOR
Aportes voluntarios fondos de pensiones	$0
Aportes en cuentas AFC	$0

Y finalmente, informo que los servicios del Contrato Nro. 073 DEL 23 DE OCTUBRE DEL 2026, fueron ejecutados en el municipio de Aguazul, que no he contratado o vinculado a dos (2) o más trabajadores asociados a las actividades realizadas y me comprometo a comunicar cualquier cambio que pueda modificar los beneficios obtenidos.

Cordialmente,

DIANA LORENA MOJICA RIOS
C.C. 1.116.547.222 de Aguazul (Casanare)

DAVIVIENDA

Banco Davivienda S.A.

CERTIFICADO

AGUAZUL,
CASANARE,
COLOMBIA,
A quien interese

02/10/2026

Por medio de la presente hacemos constar que **el señor DIANA LORENA MOJICA RIOS** con **Cédula de Ciudadanía** número **1116547222**

Posee en el banco Davivienda:

CUENTA DE AHORROS DAMAS

Número	**0550488419212375**
Fecha de apertura	**11/02/2021**

Cordialmente,

BANCO DAVIVIENDA

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA