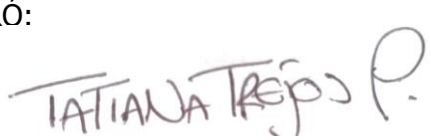
ANEXO 6. INFORME SST CORRESPONDIENTE AL MES DE MAYO.

"ADELANTAR OBRAS DE ADECUACIÓN, MEJORAMIENTO Y MANTENIMIENTO CORRECTIVO DE LAS PLANTAS FÍSICAS, ASÍ COMO LA ADECUACIÓN Y/O MEJORAMIENTO DE COMEDORES ESCOLARES DE LOS COLEGIOS DISTRITALES, CON EL FIN DE ATENDER LOS REQUERIMIENTOS Y NECESIDADES EN TÉRMINOS DE INFRAESTRUCTURA PARA LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO EDUCATIVO."

INFORME MENSUAL No. 9
CONTRATO No. CO1.PCCNTR.1577680
GRUPO 6
PERIODO DEL 01/05/2021 AL 31/05/2021

GESTION RURAL Y URBANA SAS
BOGOTÁ D.C., MAYO DE 2021

Versión: 00

ELABORÓ:	REVISO:
 Tatiana Trejos Prieto Profesional SST	 Arq. Andrés Eduardo Abril Director de Obra
Fecha: 03/06/2021	Fecha: 04/06/2021

CONTROL DE CAMBIOS AL DOCUMENTO

FECHA	CAMBIO REALIZADO
03/06/2021	Elaboracion y edición

1. INTRODUCCIÓN

De acuerdo a lo establecido en el Contrato No. CO1.PCCNTR.1577680 – (GRUPO 6) OBJETO: "ADELANTAR OBRAS DE ADECUACIÓN, MEJORAMIENTO Y MANTENIMIENTO CORRECTIVO DE LAS PLANTAS FÍSICAS, ASÍ COMO LA ADECUACIÓN Y/O MEJORAMIENTO DE COMEDORES ESCOLARES DE LOS COLEGIOS DISTRITALES, CON EL FIN DE ATENDER LOS REQUERIMIENTOS Y NECESIDADES EN TÉRMINOS DE INFRAESTRUCTURA PARA LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO EDUCATIVO." , se presenta informe de las actividades realizadas en Seguridad y Salud en el Trabajo que dan respuesta al sistema de gestión presentado para garantizar la identificación, evaluación y valoración de los riesgos que se puedan presentar; así como sus controles, para el período comprendido entre el 01 de Mayo al 31 de mayo 2021.

1.1 PLAN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO (SST)

En este documento se describen las actividades que se han desarrollado a la fecha en el área de seguridad y salud en el trabajo, teniendo en cuenta la normatividad vigente y el plan del sistema de gestión de seguridad y salud en el trabajo (SG-SST).

Para el período de presentación de este informe se realizaron las siguientes actividades:

- Afiliaciones a seguridad social del personal nuevo.
- Entrega de afiliaciones del personal operativo a la interventoría.
- Exámenes medico ocupacionales de ingreso a todo el personal.
- Inducción inicial y capacitación al personal vinculado en el período para el contrato.
- Entrega de dotación, elementos de protección personal, señalización, elementos de manejo de emergencias.
- Notificación de riesgos a los trabajadores nuevos que intervienen en el contrato.
- Seguimiento a la implementación de normas de seguridad y salud en el trabajo en obra.
- Implementación a protocolos de bioseguridad.

1.2 PROTOCOLO DE BIOSEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO (SST)

Para el período de presentación de este informe se dio a conocer a los trabajadores nuevos del contrato el protocolo de bioseguridad aplicable para el contrato, se dieron a conocer los aspectos principales y se realizaron las siguientes actividades con el fin de minimizar o mitigar la transmisión del virus SARS COV-2 (COVID-19).
Recursos para implementación del protocolo bioseguridad

Materiales:

1. Insumos de bioseguridad: Tapabocas, jabón antibacterial, alcohol al 70%, toallas de papel.

2. desinfectantes de superficies, hipoclorito al 5%, bolsas plásticas.
3. Elementos primeros auxilios: Termómetro infrarrojo corporal, botiquín.
4. Materiales para socialización y capacitación al personal sobre prevención COVID – 19.
5. Elementos de protección personal.
6. Insumos para cuidado de salud y desinfección de insumos, herramientas y equipos.
7. Señalización.

Como implementación del protocolo de bioseguridad se realiza toma de temperatura diaria a los trabajadores y entrega diaria de tapa bocas a todos los trabajadores del contrato.

1. PERSONAL EN OBRA

El personal profesional del contrato presento el soporte de pago de seguridad social para el inicio de obra.

Todo el personal operativo fue afiliado al Sistema de Seguridad Social a través del contratista CARLOS ARTURO ROCHA. Las entidades prestadoras son:

- Administradora de Riesgos Laborales: ARL Axa Colpatria.
- Entidad Promotora de Salud. EPS la de cada trabajador
- Administradora de Fondo de Pensiones. AFP la de cada trabajador
- Caja de Compensación Colsubsidio.

A continuación se relaciona el personal vinculado a la obra:

Tabla 1. Personal profesional del contrato

No.	EMPRESA	CARGO	NOMBRE	CEDULA DE CIUDADANÍA	FECHA DE VINCULACIÓN	FECHA RETIRO
1	GRU SAS	DIRECTOR DE OBRA	ANDRES EDUARDO ABRIL SABOGAL	79.938.509	15/08/2020	
2	GRU SAS	RESIDENTE DE OBRA	HELBER ANDRES HERRERA MANRIQUE	13.929.799	31/08/2020	
3	GRU SAS	RESIDENTE DE OBRA	NESTOR ARISTIZABAL	1.053.784.475	17/05/2021	
4	GRU SAS	RESIDENTE DE OBRA 3	JAIRO ANDRES CAMARGO RIOS	81.753.029	17/11/2020	15-08-2021
5	GRU SAS	INGENIERA AMBIENTAL	YESENIA HERNANDEZ RAMIREZ	52.784.808	01/09/2020	
6	GRU SAS	PROFESIONAL SST	TATIANA TREJOS PRIETO	52.498.204	31/08/2020	

Tabla 2. Control de personal Operativo

N.	EMPRESA	CARGO	NOMBRE	CEDULA DE CIUDADANÍA	FECHA DE VINCULACIÓN	FECHA DE RETIRO
0	CARLOS ARTURO ROCHA	CONTRATISTA	CARLOS ARTURO ROCHA	80.277.987	31/08/2020	
1	CARLOS ARTURO ROCHA	OFICIAL DE OBRA	MANUEL VICENTE PARRA PARRA	80.490.694	13/05/2021	
2	CARLOS ARTURO ROCHA	OFICIAL DE OBRA	JOSE ALFREDO CHAPARRO VENTURA	79.906.875	07/04/2021	
3	CARLOS ARTURO ROCHA	OFICIAL DE OBRA	LUIS ALFREDO PEREZ RODRIGUEZ	79.490.331	09/04/2021	
4	CARLOS ARTURO ROCHA	AYUDANTE DE OBRA	JHON ESTEBAN GUERRERO PARRA	1.033.734.267	20/05/2021	
5	CARLOS ARTURO ROCHA	AYUDANTE DE OBRA	ISIDERIO QUINTERO	6.163.275	03/03/2021	
6	CARLOS ARTURO ROCHA	AYUDANTE DE OBRA	BASCACIO ISMARE	94.443.703	03/03/2021	
7	CARLOS ARTURO ROCHA	AYUDANTE DE OBRA	KLEIVER JOSE RONDON MELENDEZ	9.178.295	08/03/2021	
8	CARLOS ARTURO ROCHA	OFICIAL DE OBRA	VICTOR ALFONSO REDONDO CASTAÑEDA	3.121.093	08/03/2021	
9	CARLOS ARTURO ROCHA	OFICIAL DE OBRA	JOSE VICENTE MENDOZA	93.448.352	16/03/2021	
10	CARLOS ARTURO ROCHA	MAESTRO DE OBRA	ANIBAL MARQUINA	95098042004	30/12/2020	
11	CARLOS ARTURO ROCHA	OFICIAL DE OBRA	DIEGO RATIVA	1.049.620.924	15/01/2021	
12	CARLOS ARTURO ROCHA	OFICIAL DE OBRA	TEODOLFO REDONDO	3.121.032	09/09/2020	
13	CARLOS ARTURO ROCHA	OFICIAL DE OBRA	JESUS GUERRERO BARRETO	19.292.990	08/10/2020	
14	CARLOS ARTURO ROCHA	SOLDADOR	JORGE GONZALEZ	82960223003	10/11/2020	

15	CARLOS ARTURO ROCHA	AYUDANTE DE OBRA	ALBERTO MARQUINA	8.188.182	19/01/2021	05/05/2021
	CARLOS ARTURO ROCHA	AYUDANTE DE OBRA	BYRON YESID CHAPARRO CAICEDO	1.026.302.061	09/04/2021	10/04/2021
16	CARLOS ARTURO ROCHA	AYUDANTE DE OBRA	YOENDIS JESUS MARQUINA DIAZ	913149716091	10/11/2020	04/04/2021
17	CARLOS ARTURO ROCHA	OFICIAL DE OBRA	SAUL MONTERO	19.186.323	28/09/2020	20/03/2021
18	CARLOS ARTURO ROCHA	OFICIAL DE OBRA	JORGE ELMER MONTERO	79.256.040	28/09/2020	20/03/2021
19	CARLOS ARTURO ROCHA	AYUDANTE DE OBRA	LUIS ENRIQUE PATARROYO	1.073.674.575	17/12/2020	20/03/2021
20	CARLOS ARTURO ROCHA	OFICIAL DE OBRA	LAURENTINO GALINDO ESPITIA	4.286.086	04/02/2021	08/02/2021
21	CARLOS ARTURO ROCHA	AYUDANTE DE OBRA	ROBERTO ESCOBAR JIMENEZ	1.082.480.026	05/02/2021	08/02/2021
22	CARLOS ARTURO ROCHA	AYUDANTE DE OBRA	CARLOS ALBERTO ESCOBAR JIMENEZ	1.014.313.089	05/02/2021	08/02/2021
23	CARLOS ARTURO ROCHA	AYUDANTE DE OBRA	FREDY ALEXANDER PINZON SANCHEZ	1033713573	10/02/2021	20/02/2021
24	CARLOS ARTURO ROCHA	OFICIAL DE OBRA	JOSE LUIS MILLAN GUEVARA	1.032.379.153	10/02/2021	20/02/2021
25	CARLOS ARTURO ROCHA	AYUDANTE DE OBRA	SILVANO CABEZON MERCAZA	1.024.557.160	31/08/2020	02/01/2021
26	CARLOS ARTURO ROCHA	AYUDANTE DE OBRA	JOSE ANTONIO PINTO CORCHO	8.189.350	31/08/2020	24/01/2021
27	CARLOS ARTURO ROCHA	MAESTRO	JEISSON HERNANDO ALDERETE GARCIA	1.024.566.045	31/08/2020	22/01/2021
28	CARLOS ARTURO ROCHA	OFICIAL DE OBRA	RAFAEL SANCHEZ ESPINOZA	79.471.068	31/08/2020	19/09/2020
29	CARLOS ARTURO ROCHA	AYUDANTE DE OBRA	EDWIN MIGUEL PINTO DIAZ	1.001.667.159	31/08/2020	22/01/2021

30	CARLOS ARTURO ROCHA	AYUDANTE DE OBRA	MARCO TULIO MURCIA GONZALEZ	79.311.495	31/08/2020	11/01/2021
31	CARLOS ARTURO ROCHA	OFICIAL DE OBRA	SEGUNDO CAMPO ELIAS PEÑA VILLAMIL	4.198.480	31/08/2020	10/12/2020
32	CARLOS ARTURO ROCHA	MAESTRO	LUIS ENRIQUE OME MARLES	12.166.680	31/08/2020	02/01/2021
33	CARLOS ARTURO ROCHA	AYUDANTE DE OBRA	EDUAR EDUARDO VERGARA SOLIPAZ	92.505.346	31/08/2020	23/12/2020
34	CARLOS ARTURO ROCHA	AYUDANTE DE OBRA	AHARON CERQUERA GARZON	1.010.033.778	31/08/2020	14/11/2020
35	CARLOS ARTURO ROCHA	AYUDANTE DE OBRA	BASCACIO ISMARE	94.443.703	31/08/2020	10/12/2020
36	CARLOS ARTURO ROCHA	AYUDANTE DE OBRA	FERNANDO NEGRIA	94.443.701	31/08/2020	21/11/2020
37	CARLOS ARTURO ROCHA	AYUDANTE DE OBRA	ISIDERIO QUINTERO	6.163.275	31/08/2020	10/12/2020
38	CARLOS ARTURO ROCHA	AYUDANTE DE OBRA	EZEQUIEL MERCAZA	11.886.306	31/08/2020	10/12/2020
39	CARLOS ARTURO ROCHA	AYUDANTE DE OBRA	DIEGO ARMANDO FORERO ARIAS	1.024.488.878	31/08/2020	30/09/2020
40	CARLOS ARTURO ROCHA	AYUDANTE DE OBRA	RAMON IGNACIO PEREZ SALAZAR	1.002.390.013	31/08/2020	20/12/2020
41	CARLOS ARTURO ROCHA	AYUDANTE DE OBRA	ALFREDO JOSE VILLEGAS GOMEZ	73.126.394	14/09/2020	05/11/2020
42	CARLOS ARTURO ROCHA	AYUDANTE DE OBRA	DAURI RAMON LUGO LUGO	80.801.052	14/09/2020	05/11/2020
43	CARLOS ARTURO ROCHA	AYUDANTE DE OBRA	GONZALO MUÑOZ AYALA	80.765.997	14/09/2020	14/10/2020
44	CARLOS ARTURO ROCHA	AYUDANTE DE OBRA	ROGER STEVEN ALDERETE GARCIA	1.121.946.336	31/08/2020	10/01/2021
45	CARLOS ARTURO ROCHA	AYUDANTE DE OBRA	URIEL HONORIO CHITIVA BELTRAN	80.125.345	31/08/2020	01/09/2020

46	CARLOS ARTURO ROCHA	AYUDANTE DE OBRA	WALFRED ALBERTO SUAREZ ORTEGA	1.047.404.326	14/09/2020	17/09/2020
47	CARLOS ARTURO ROCHA	OFICIAL DE OBRA	JOSE AUGUSTO ROMAN SANTA HUEPA	1.110.172.972	14/09/2020	05/09/2020
48	CARLOS ARTURO ROCHA	OFICIAL DE OBRA	CARLOS ALBERTO BARRETO	19.425.902	10/10/2020	03/12/2020
49	CARLOS ARTURO ROCHA	OFICIAL/PINTOR	JUAN GABRIEL PÉREZ PIÑEROS	1.031.135.515	30/10/2020	30/12/2020
50	CARLOS ARTURO ROCHA	AYUDANTE DE OBRA	CRISTIAN FERNEY BOSA MORENO,	1.031.177.252	16/12/2020	30/12/2020
51	CARLOS ARTURO ROCHA	OFICIAL DE OBRA	JUAN MARIA BOSA GOMEZ	11.481.120	16/12/2020	18/01/2021
52	CARLOS ARTURO ROCHA	AYUDANTE DE OBRA	ROSAEL PRADA BLANCO	79.766.938	17/12/2020	05/01/2021

Anexo 1. Se adjuntan las afiliaciones del personal nuevo EPS, Fondo de pensiones y afiliación a ARL Axa Colpatria y los pagos de seguridad social del personal profesional, soportes de toma de temperatura.

2.1 LISTADO DE LAS SEDES EDUCATIVAS A INTERVENIR

INSTTITUTO TECNICO INDUSTRIAL PILOTO
IED RAFAEL URIBE URIBE
IED RUFINO JOSE CUERVO SEDE B
IED RUFINO JOSE CUERVO SEDE C
IED RUFINO JOSE CUERVO SEDE D
INEM SANTIAGO PEREZ SEDE B

3. EXÁMENES MÉDICOS OCUPACIONALES

Se realizaron los exámenes médicos de ingreso al personal que empezó a realizar actividades al contrato, estos fueron realizados en los centros médicos DIVINO NIÑO JESUS UMED LTDA IPS, que cuenta con médicos especialistas en salud ocupacional de acuerdo a la resolución del Ministerio de Protección Social 2346/07, con su respectiva licencia en salud ocupacional.

Tabla No 3. Relación de Exámenes medico

No de exámenes medico ocupacionales de ingreso	No de exámenes medico ocupacionales periódicos	IPS donde se realizó el examen	TOTAL EMO
4	0	DIVINO NIÑO JESUS UMED LTDA IPS	4
0	0	IPS PROTEGER	0
TOTAL			4

Anexo 2. Se adjuntan los conceptos médicos ocupacionales.

4. ENTREGA DE DOTACIÓN:

Con el ingreso del personal fue entregada la dotación y los Elementos de protección personal (casco - botas con puntera de acero- gafas de seguridad – overol- tapa oídos) según el tipo de riesgo identificado en la matriz de riesgos y peligros realizada.

Tabla No 4. Relación de EPP

	NUEVOS	REPOSICION	TOTAL
ENTREGA DE EPP	3	6	9

Anexo 3. Se adjuntan los soportes de entrega de los elementos de protección personal de los trabajadores.

5. INDUCCIONES Y CAPACITACIONES

Teniendo en cuenta los ingresos del personal del período reportado, se realizó la respectiva inducción, en la que se dio a conocer la política de seguridad y salud en el trabajo, política de prevención al consumo de alcohol, tabaco y drogas; reglamento interno de trabajo, reglamento de higiene y seguridad industrial, COPASST, plan de emergencias, notificación de riesgos por cargo, responsabilidades en seguridad y salud en el trabajo, sistema general de seguridad social, normas de seguridad y salud en el trabajo.

TABLA No. 6 RELACION DE ACTIVIDADES CAPACITACIÓN			
TEMA	FECHA	No TRABAJADORES	DIRIGIDO POR:

Inducción inicial, normas de seguridad, uso de EPP, notificación de riesgos, Capacitación protocolo de bioseguridad prevención Covid-19	**28/05/2021**	**4**	**Tatiana Trejos Prieto Profesional SST**
Capacitación protocolo de bioseguridad prevención Covid-19, Su nueva normativa cuidados y uso de elementos de bioseguridad.	**28/05/2021**	**5**	**Tatiana Trejos Prieto Profesional SST**
Capacitación sobre normas de seguridad en trabajos en alturas procedimiento y uso de EPP.	**28/05/2021**	**5**	**Tatiana Trejos Prieto Profesional SST**
Capacitación sobre normas de seguridad en trabajos en alturas procedimiento y uso de EPP.	**28/05/2021**	**6**	**Tatiana Trejos Prieto Profesional SST**

Anexo 4. Registros de inducción y capacitación a los trabajadores.

6. IDENTIFICACIÓN Y NOTIFICACIÓN DE RIESGOS:

- Descripción conceptos de Peligro - Riesgo
- ¿Por qué ocurren los accidentes?
- Tipo de riegos según las condiciones
- Físicos
- Químicos
- Ergonómicos
- Biológicos
- Psicosociales
- Públicos
- Eléctricos
- Mecánicos
- Condiciones medio ambiente

La notificación de riesgos se realizó por cada uno de los trabajadores nuevos se les notifico los riesgos y se les dio a conocer dicho documento.

Anexo 5. Notificación de riesgos.

7. MAQUINARIA Y EQUIPOS

A continuación se relaciona el Listado de maquinaria y equipos utilizados durante el período de este informe en los frentes de obra que se están interviniendo:

Tabla 2. Listado de maquinaria y equipos

No.	MAQUINARIA Y/O EQUIPO	MARCA	TIPO/REFERENCIA	FECHA DE INGRESO A OBRA	FECHA DE RETIRO
1	TALADRO DEMOLEDOR	CHA	HILTY TE 3000	10/03/2021	

7.1 VEHÍCULOS

A continuación se relaciona el Listado de vehículos que se utilizaran durante el período del contrato:

Tabla 3. Listado de maquinaria y equipos

No.	VEHICULO	PLACA	MARCA	SOAT VIGENCIA	HASTA	RTM VIGENCIA	HASTA
1	VOLQUETA	FTJ054	CHEVROLET	12-03-2021	11-03-2022	17-08-2020	17-08-2021

Anexo 6. Documentos de la volqueta.

8. REPORTE E INVESTIGACIÓN DE ACCIDENTES E INCIDENTES

Se elaborará, actualizará y analizará mensualmente las estadísticas de los accidentes e incidentes ocurridos a los trabajadores, teniendo en cuenta los Indicadores Mínimos de Seguridad y Salud en el Trabajo.
Se reportará a la ARL AXA COLPATRIA, los accidentes de trabajo que se lleguen a presentar; igualmente se realizará la investigación y análisis de las causas de los mismos, con el fin de aplicar las medidas correctivas necesarias al interior de la empresa y así evitar su nueva ocurrencia. Durante el período reportado en este informe que comprende, 01 de Abril al 30 de Abril 2021, NO se registraron accidentes de trabajo.

Para lo anterior se mencionan los indicadores con los que se medirán las estadísticas de accidentalidad.

Indicadores Mínimos de Seguridad y Salud en el Trabajo. A partir del año 2019, las empresas anualmente llevarán un registro de los indicadores de SST, entre los cuales se determinará: frecuencia de accidentalidad, severidad de accidentalidad, proporción de

accidentes de trabajo mortales, prevalencia de la enfermedad laboral, incidencia de la enfermedad laboral y ausentismo por causa médica.

Nombre del indicador	Definición	Fórmula	Interpretación	Periodicidad Mínima
Frecuencia de accidentalidad	Número de veces que ocurre un accidente de trabajo en el mes	(Número de accidentes de trabajo que se presentaron en el mes / Número de trabajadores en el mes) * 100	Por cada cien (100) trabajadores que laboraron en el mes, se presentaron X accidentes de trabajo	Mensual
Severidad de accidentalidad	Número de días perdidos por accidentes de trabajo en el mes	(Número de días de incapacidad por accidente de trabajo en el mes + número de días cargados en el mes / Número de trabajadores en el mes) * 100	Por cada cien (100) trabajadores que laboraron en el mes, se perdieron X días por accidente de trabajo	Mensual
Proporción de accidentes de trabajo mortales	Número de accidentes de trabajo mortales en el año	(Número de accidentes de trabajo mortales que se presentaron en el año / Total de accidentes de trabajo que se presentaron en el año) * 100	En el año, el X% de accidentes de trabajo fueron mortales	Anual
Prevalencia de la enfermedad laboral	Número de casos de enfermedad laboral presentes en una	(Número de casos nuevos y antiguos de enfermedad laboral en el periodo “Z” /	Por cada 100.000 trabajadores existen X casos de enfermedad laboral en el periodo Z	Anual

	población en un periodo de tiempo	Promedio de trabajadores en el periodo "Z") * 100.000		
Incidencia de la enfermedad laboral	Número de casos nuevos de enfermedad laboral en una población determinada en un período de tiempo	(Número de casos nuevos de enfermedad laboral en el periodo "Z" / Promedio de trabajadores en el periodo "Z") * 100.000	Por cada 100.000 trabajadores existen X casos nuevos de enfermedad laboral en el periodo Z	Anual
Ausentismo por causa médica	Ausentismo es la no asistencia al trabajo, con incapacidad médica	(Número de días de ausencia por incapacidad laboral o común en el mes / Número de días de trabajo programados en el mes) * 100	En el mes se perdió X% de días programados de trabajo por incapacidad médica	Mensual

- Número de casos de enfermedad laboral: Corresponde a las enfermedades calificadas como laborales y no al número de personas con enfermedad laboral.
- Días cargados: Es el número de días que se cargan o asignan a una lesión ocasionada por un accidente de trabajo o enfermedad laboral, siempre que la lesión origine muerte, invalidez o incapacidad permanente parcial. Los días cargados se utilizan solamente para el cálculo de los índices de severidad, como un estimativo de la pérdida real causada.
- La constante 100.000 para los indicadores de enfermedad laboral es la utilizada por la Organización Mundial de Salud para la estadística internacional, permitiendo comparación estandarizada.
- La X es el resultado de cada indicador.
- Número de días de trabajo programados en el mes es igual a: el número de días de trabajo programados en la empresa por el número de trabajadores.

9. CERTIFICADO DE APORTES DE PARAFISCALES

Se adjunta la certificación del Representante Legal y del Revisor fiscal de pago de parafiscales y de salarios GRU SAS firmada por el representante legal y el revisor fiscal.

Anexo 7. Certificado de aportes de parafiscales y documentos de vigencia y tarjeta profesional

10. REGISTRO FOTOGRAFICO DE LAS ACTIVIDADES REALIZADAS

A continuación se hace el registro fotográfico de las actividades realizadas en obra a nivel general de los diferentes contenidos de lo anteriormente mencionado.

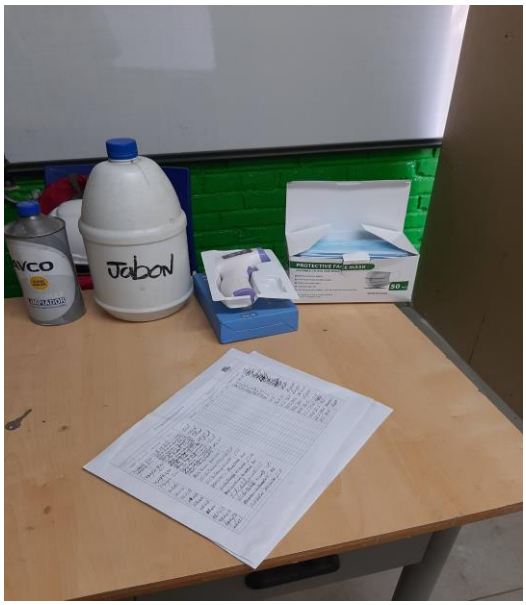
INDUCCION Y CAPACITACIONES





Se realizan capacitaciones a los trabajadores de obra.

IMPLEMENTACION DE PROTOCOLOS DE BIOSEGURIDAD





Insumos de bioseguridad utilizados en obra (alcohol, jabón antibacterial, termómetro y tapabocas)

IMPLEMENTACION DE PROTOCOLOS DE BIOSEGURIDAD DESINFECCION DE AREAS





Se realiza desinfección de las áreas y herramienta con hipoclorito.

IMPLEMENTACION DE ELEMENTOS PARA MANEJO DE EMERGENCIAS







Implementación en obra de elementos de manejo de emergencias como son extintores, botiquín camilla y baños portátiles para uso de los operarios.

IMPLEMENTACION DE TRABAJOS EN ALTURAS







LISTADO DE ANEXOS:

ANEXO 1. AFILIACIONES DEL PERSONAL, PAGOS DE SEGURIDAD SOCIAL DEL PERSONAL PROFESIONAL. Y SOPORTES DE TOMA DE TEMPERANTURA.
ANEXO 2. CONCEPTOS MÉDICOS OCUPACIONALES.
ANEXO 3. SOPORTES DE ENTREGA DE LOS ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL DE LOS TRABAJADORES.
ANEXO 4. REGISTROS DE INDUCCIÓN
ANEXO 5. NOTIFICACIÓN DE RIESGOS
ANEXO 6. DOCUMENTOS DE VOLQUETAS
ANEXO 7. CERTIFICADO DE APORTES DE PARAFISCALES.

LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES

CERTIFICA QUE

Verificada la base de datos de afiliados, el/la señor/a **JESUS GUERRERO BARRETO** identificado/a con documento de identidad **Cédula de Ciudadanía** número **19292990,** se encuentra afiliado/a desde **01/03/1998** al Régimen de Prima Media con Prestación Definida (RPM) administrado por la Administradora Colombiana de Pensiones **COLPENSIONES**.

La presente certificación se expide en Bogotá, el día 07 de octubre de 2020.



Rosa Mercedes Niño Amaya
Dirección de Afiliaciones

Nota: Certificado generado desde la página Web. Este documento no es válido para el reconocimiento de prestaciones económicas, está sujeto a verificación y no tiene costo alguno.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD

compensar | eps salud

No. de Radicación

Fecha de Radicación D D M M A A A A: 07 / 10 / 2020

I. DATOS DEL TRÁMITE *(Lea las instrucciones que se encuentran anexas al formulario antes de diligenciarlo)*

1. Tipo de trámite
- A. Afiliación [ ]
- B. Reporte de Novedades [✔]

2. Tipo de Afiliación
- A. Individual: • Cotizante o cabeza de Familia [✔] • Beneficiario o afiliado adicional [ ]
- B. Colectiva [ ]
- C. Institucional [ ]
- D. De oficio [ ]

3. Régimen
- A. Contributivo [✔]
- B. Subsidiado [ ]

4. Tipo de afiliado: A. Cotizante [✔] B. Cabeza de familia [ ] C. Beneficiario [ ]

5. Tipo de cotizante: A. Dependiente [✔] B. Independiente [ ] C. Pensionado [ ]

Código (a registrar por la EPS): 01

II. DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN (del cotizante o cabeza de familia)

A. AFILIACIÓN

6. Apellidos y nombres			
Primer Apellido: GUERRERO	Segundo Apellido: BARRETO	Primer Nombre: JESUS	Segundo Nombre:

7. Tipo de documento de identidad	8. Número de documento de identidad	9. Sexo	10. Fecha de nacimiento
CC	19292990	Femenino [ ] Masculino [✔]	D D M M A A A A: 21 / 11 / 1957

III. DATOS COMPLEMENTARIOS (Datos personales)

11. Etnia	12. Discapacidad	13. Puntaje SISBÉN	14. Grupo de población especial	15. Administradora de riesgos laborales - ARL	16. Administradora de pensiones
	Tipo F N M Condición T P			SURA	PORVENIR

17. Ingreso base de cotización - IBC	18. Residencia	Teléfono fijo	Teléfono celular
877803	CALLE 62 H N 75A-03 SUR		3112127593

Correo electrónico	Municipio / Distrito	Zona Urbana / Rural	Localidad / Comuna	Departamento
jesusguerrerob@gmail.com	BOGOTA	Urbana [✔] Rural [ ]		CUNDINAMARCA

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR (Datos básicos de identificación del cónyuge o compañero(a) permanente cotizante)

19. Apellidos y nombres			
Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre

20. Tipo de documento de identidad	21. Número de documento de identidad	22. Sexo	23. Fecha de nacimiento
		Femenino [ ] Masculino [ ]	D D M M A A A A

Datos básicos de identificación de los beneficiarios y de los afiliados adicionales

	24. Apellidos y nombres				25. Tipo de documento de identidad	26. Número de documento de identidad	27. Sexo	
	Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre			Femenino	Masculino
B1								
B2								
B3								
B4								
B5								

	28. Fecha de nacimiento (D D M M A A A A)	29. Parentesco	30. Etnia	31. Discapacidad Tipo F N M	31. Discapacidad Condición T P	32. Datos de residencia: Municipio / Distrito	Zona Urbana	Zona Rural	Departamento	Teléfono fijo y/o celular	33. Valor de la UPC afiliado adicional (a registrar por la EPS)
B1											
B2											
B3											
B4											
B5											

Selección de la IPS Primaria

	34. Nombre de la institución prestadora de servicios de salud - IPS	Código de la IPS (a registrar por la EPS)
Cot.		
B		1158
B		
B		

V. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL EMPLEADOR Y OTROS APORTANTES DE LAS ENTIDADES RESPONSABLES DE LA AFILIACIÓN COLECTIVA, INSTITUCIONAL O DE OFICIO

35. Nombre o razón social	36. Tipo de documento de identificación
CARLOS ARTURO ROCHA	CC

37. Número del documento de identificación	38. Tipo de aportante o pagador pensiones (a registrar por la EPS)
80277987	

39. Ubicación: Dirección	Teléfono	Correo electrónico	Municipio / Distrito	Departamento
	3102959761		bogota	CUNDINAMARCA

B. REPORTE DE NOVEDADES

40. Tipo de Novedad
1. Modificación datos básicos de identificación [ ]
2. Corrección datos básicos de identificación [ ]
3. Actualización documento de identidad [ ]
4. Actualización y corrección de datos complementarios [ ]
5. Terminación de la inscripción en la EPS [ ] Código [ ]
6. Reinscripción en la EPS [✔]
7. Inclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales [ ]
8. Exclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales [ ]
9. Inicio de relación laboral o adquisición de condiciones para cotizar [ ]
10. Terminación de la relación laboral o pérdida de las condiciones para seguir cotizando [ ]
11. Vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas [ ]
12. Desvinculación de una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas [ ]
13. Movilidad: A. Régimen Contributivo [ ] B. Régimen Subsidiado [ ]
14. Traslado: A. Mismo Régimen [ ] B. Diferente Régimen [ ]
15. Reporte por fallecimiento [ ]
16. Reporte del trámite de protección al cesante [ ]
17. Reporte de la calidad de Pre-pensionado [ ]
18. Reporte de la calidad de Pensionado [ ]

VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

41. Datos básicos de identificación			
Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre

Tipo de documento de identidad	Número de documento de identidad	Sexo	Fecha de nacimiento (D D M M A A A A)	42. Fecha
		Femenino [ ] Masculino [ ]		07 / 10 / 2020

43. EPS anterior	44. Motivo de traslado Código	45. Caja de Compensación Familiar o Pagador de Pensiones

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

46. Declaración de dependencia económica de los beneficiarios y afiliados adicionales. [ ]
47. Declaración de la no obligación de afiliarse al Régimen Contributivo, Especial o de Excepción. [ ]
48. Declaración de existencia de razones de fuerza mayor o caso fortuito que impiden la entrega de los documentos que acreditan la condición de beneficiarios. [ ]
49. Declaración de no internación del cotizante, cabeza de familia, beneficiarios o afiliados adicionales en una Institución Prestadora de Servicios de Salud. [ ]
50. Autorización para que la EPS solicite y obtenga datos y copia de la historia clínica del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales. [✔]
51. Autorización para que la EPS reporte la información que se genere de la afiliación del reporte de novedades a la base de datos de afiliados vigente y a las entidades públicas que por sus funciones la requieran. [✔]
52. Autorización para que la EPS maneje los datos personales del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales, de acuerdo con lo previsto en la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013 [✔]
53. Autorización para que la EPS envíe información al correo electrónico o al celular como mensajes de texto. [✔]

VIII. FIRMAS

54. El cotizante, cabeza de familia o beneficiario	55. El empleador, aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva Institucional o de Oficio

IX. ANEXOS

56. Anexo copia del documento de identidad: CN [ ] Cant. [ ] RC [ ] Cant. [ ] TI [ ] Cant. [ ] CC [ ] Cant. [ ] PA [ ] Cant. [ ] CE [ ] Cant. [ ] CD [ ] Cant. [ ] SC [ ] Cant. [ ] Total [ ]
57. Copia del dictamen de incapacidad permanente emitido por la autoridad competente. [ ]
58. Copia del registro civil de matrimonio, o de la Escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la unión marital. [ ]
59. Copia de la escritura pública o sentencia judicial que declare el divorcio, sentencia judicial que declare la separación de cuerpos y escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la terminación de la unión marital. [ ]
60. Copia del certificado de adopción o acta de entrega del menor. [ ]
61. Copia de la orden judicial o del acto administrativo de custodia. [ ]
62. Copia del registro civil de defunción de los padres o la declaración suscrita por el cotizante sobre la ausencia de los dos padres. [ ]
63. Copia de la autorización de traslado por parte de la Superintendencia Nacional de Salud. [ ]
64. Certificación de vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas. [ ]
65. Copia del acto administrativo o providencia de las autoridades competentes en la que conste la calidad de beneficiario o se ordene la afiliación de oficio. [ ]

X. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL

66. Identificación de la entidad Territorial	67. Datos del SISBÉN	68. Fecha de radicación	69. Fecha de validación
Código del municipio: Código del departamento:	Número de la ficha: Puntaje: Nivel:	D D M M A A A A: 07 de OCTUBRE DE 2020	D D M M A A A A

70. Datos del funcionario que realiza la validación			
Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre
COD 278 ADRIANA EMILSE ALBA CUELLAR			

Tipo de documento de identidad	Número de documento de identidad	Firma del funcionario
		SUJETO A VERIFICACIÓN

OBSERVACIONES: MES DE APORTE NOVIEMBRE

Recuerde que con la firma del formulario, el afiliado manifiesta la veracidad de la información registrada y de las declaraciones contenidas en el capítulo VII del formulario.

PROGRAMA COMPENSAR EPS APROBADO RESOLUCIÓN 0166
PLAN COMPLEMENTARIO APROBADO RESOLUCIÓN 0271
VIGILADO Supersalud
Línea de Atención al Usuario 4450870 - Bogotá, D.C.
Línea Gratuita Nacional 018000915383
Caja de Compensación Familiar COMPENSAR EPS Comunicaciones
VIGILADO SuperSubsidio

CUESTIONARIO CARTA DE DERECHOS Y DEBERES DEL AFILIADO Y DEL PACIENTE EN EL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD Y DE LA CARTA DE DESEMPEÑO

compensar | eps salud

	SI	NO
¿Previo diligenciamiento del formulario de afiliación, la EPS le hizo entrega de la Carta de Derechos y Deberes del Afiliado y del Paciente?	☑	☐
¿Previo al diligenciamiento del formulario de afiliación, la EPS le hizo la entrega de la carta de Desempeño donde se presenta de manera clara su puesto en el ranking?	☑	☐
¿Leyó el contenido de la carta de derechos y deberes del afiliado y del paciente?	☑	☐
¿Leyó el contenido de la carta de desempeño de la EPS?	☑	☐
¿Si tuvo alguna duda sobre el contenido de la información fue asesorado adecuadamente por la EPS?	☑	☐

Firma del afiliado (cotizante): _____

No. Identificación: _____

FIRMA A RUEGO (Diligenciar exclusivamente cuando el cotizante no pueda firmar)

A ruego de (la) señor (a) _____ con C.C. No. _____

lo hace en su nombre, el (la) señor(a) _____

con C.C. No. _____ mayor de edad y sin ningún impedimento para dar fe de la información que se está entregando, quien además actúa como testigo, certificando que la huella dactilar del dedo índice de la mano derecha pertenece al (la) señor(a) _____

07 de OCTUBRE DE 2020
COD 278 ADRIANA EMILSE ALBA CUELLAR
SUJETO A VERIFICACIÓN

Firma a Ruego: _____

Nombres y apellidos: _____

_____

Identificación: _____

Edad: _____

Dirección _____

de domicilio: _____

Nombres y apellidos de quien no sabe firmar: _____

Identificación: _____

Huella

AUTORIZACIÓN TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES

Autorizo de manera voluntaria, explicita, previamente informada e inequívoca a todos los servicios de salud Compensar EPS, de acuerdo a lo dispuesto en la Ley 1581 de 2012, Decreto 1377 de 2013 y el Decreto 886 de 2012, para tratar mi información personal, según lo establecido en su Manual de Protección de Datos Personales, disponible en:www.compensar.com / vínculo protección Datos Personales; información que será utilizada en el desarrollo de las funciones propias para:

- Dar cumplimiento a obligaciones contraídas conmigo y/o mis beneficiarios.
- Dar cumplimiento a requerimientos legales y de organismos de control.
- Proveer y/o evaluar la calidad de los productos y/o servicios requeridos por mí.
- La realización de estudios internos sobre fines estadísticos y analíticos de los datos, para mejoras de nuestros servicios o programas especializados de atención en salud; información sobre la cual podré, en cualquier momento, ejercer mis derechos de Habeas Data, para solicitar que no se me envíe información de los servicios en los casos que sea pertinente, y que no afecte el servicio de salud prestado por Compensar EPS.
- Transmitir mis datos personales a las administradoras encargadas de la seguridad social, con el fin de actualizar el estado de mi afiliación y/o traslado en el sistema.
- Compartir mis datos personales con la Caja de Compensación Familiar Compensar para efectos de la prestación de servicios de salud.

Cabe anotar, que la protección de los datos personales se efectúa a través de proveedores tecnológicos, con los cuales se tienen firmados contratos de transmisión de información, en aras de cumplir a cabalidad con los principios de acceso de la ley, así como de tomar las medidas técnicas y tecnológicas necesarias para el aseguramiento de los datos.

Como titular de la información personal sobre la que Compensar EPS ejerce el tratamiento, se me informa sobre los canales a través de los cuales puedo ejercer mis derechos a conocer, actualizar, rectificar, suprimir mis datos personales, entre ellos el correo electrónico protecciondedatos@compensar.com, y la central telefónica de la EPS.

La protección de datos personales efectuada por Compensar EPS, cumple con los principios de finalidad, necesidad, circulación restringida, confidencialidad y seguridad señalados en la Ley 1581 de 2012 y manifiesto expresamente que conozco dónde consultar la información sobre protección de datos personales, así como los efectos y alcance de la presente autorización y que estoy libre de todo vicio del consentimiento en el momento de otorgarla.

Firma del afiliado (cotizante): _____

No. Identificación: _____

AXA COLPATRIA

INGRESO EMPLEADO

DATOS DE LA EMPRESA

Tipo de Identificación:	CC
Número de documento:	80277987
Número Afiliación:	251589
Razón social:	CARLOS ARTURO ROCHA GARZON

DATOS DEL EMPLEADO:

Tipo de documento:	CÉDULA
Número de Documento	19292990
Nombre:	JESUS GUERRERO BARRETO
Fecha Ingreso:	15/05/2021
Salario básico:	908.526
Nit empresa en misión:	0
Código Sucursal:	1
Centro de trabajo:	1
Tasa:	6,960
Fecha hora transacción:	14/05/2021 12:19:47 p.m.

SOCIEDAD ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES Y CESANTÍAS PORVENIR S.A.

En su condición de administradora del

FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR

NIT 800.224.808-8

CERTIFICA QUE:

JHON ESTEBAN GUERRERO PARRA, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.033.734.267**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 3 de Junio del 2021.

Cordialmente,

Gerencia de Clientes

Tenga en cuenta:

Es importante que sea constante en realizar los aportes obligatorios para su pensión, así lograría recibir el ingreso que desea cuando obtenga su beneficio pensional.

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

Famisanar EPS
NIT 830.003.564-7

9007691295
9007691295

No. de Radicación: 21716129
Fecha de Radicación: 24 05 2021

I. DATOS DEL TRÁMITE

Lea las instrucciones que se encuentran anexas al formulario antes de diligenciarlo

1. Tipo de trámite	2. Tipo de Afiliación	3. Régimen	4. Tipo de afiliado	5. Tipo de cotizante	Código (a registrar por la EPS)
A. Afiliación [ ]	A. Individual: • Cotizante o cabeza de Familia [X]	A. Contributivo [X]	A. Cotizante [X]	A. Dependiente [X]	
B. Reporte de Novedades [X]	• Beneficiario o afiliado adicional [ ]	B. Subsidiado [ ]	B. Cabeza de familia [ ]	B. Independiente [ ]	
	B. Colectiva [ ] C. Institucional [ ] D. De oficio [ ]		C. Beneficiario [ ]	C. Pensionado [ ]	

A. AFILIACIÓN II. DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN (del cotizante o cabeza de familia)

6. Apellidos y nombres			
Primer Apellido: GUERRERO	Segundo Apellido: PARRA	Primer Nombre: JHON	Segundo Nombre: ESTEBAN

7. Tipo de documento de identidad	8. Número del documento de identidad	9. Sexo	10. Fecha de nacimiento
CC	1033734267	Femenino [ ] Masculino [X]	D D M M A A A A: 08 06 1991

III. DATOS COMPLEMENTARIOS (Datos personales)

11. Etnia	12. Discapacidad	13. Puntaje SISBÉN	14. Grupo de población especial	15. Administradora de riesgos laborales - ARL	16. Administradora de pensiones
	Tipo [F] [N] [M] Condición [T] [P]			AXA COLPATRIA SEGUROS DE VIDA S.A	

17. Ingreso base de cotización - IBC	18. Residencia		
$908.526	Dirección	Teléfono fijo	Teléfono celular

Correo electrónico	Municipio / Distrito	Zona Urbana [ ] Rural [ ]	Localidad / Comuna	Departamento

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR (Datos básicos de identificación del cónyuge o compañero(a) permanente cotizante)

19. Apellidos y nombres			
Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre

20. Tipo de documento de identidad	21. Número del documento de identidad	22. Sexo	23. Fecha de nacimiento
		Femenino [ ] Masculino [ ]	D D M M A A A A

Datos básicos de identificación de los beneficiarios y de los afiliados adicionales

24. Apellidos y nombres	Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre
B1				
B2				
B3				
B4				
B5				

	25. Tipo de documento de identidad	26. Número del documento de identidad	27. Sexo Femenino	27. Sexo Masculino	28. Fecha de nacimiento (D D M M A A A A)
B1					
B2					
B3					
B4					
B5					

Datos complementarios

	29. Parentesco	30. Etnia
B1		
B2		
B3		
B4		
B5		

	31. Discapacidad Tipo F	N	M	Condición T	P	32. Datos de residencia: Municipio / Distrito	Zona Urbana	Zona Rural	Departamento	Teléfono fijo y/o celular	33. Valor de la UPC del afiliado adicional (a registrar por la EPS)
B1											
B2											
B3											
B4											
B5											

Selección de la IPS Primaria

	34. Nombre de la institución prestadora de servicios de salud - IPS	Código de la IPS (a registrar por la EPS)
C		
B		
B		
B		

V. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL EMPLEADOR Y OTROS APORTANTES O DE LAS ENTIDADES RESPONSABLES DE LA AFILIACIÓN COLECTIVA, INSTITUCIONAL O DE OFICIO

35. Nombre o razón social	36. Tipo de documento de identificación	37. Número del documento de identificación	38. Tipo de aportante o pagador de pensiones (a registrar por la EPS)
CARLOS ARTURO ROCHA GARZON	CC	80277987	

39. Ubicación				
CL 76A S 14B 77 Dirección	3102959761 Teléfono	Correo electrónico	BOGOTA Municipio / Distrito	DISTRITO CAPITAL Departamento

B. REPORTE DE NOVEDADES

40. Tipo de Novedad

1. Modificación de datos básicos de identificación [ ] 2. Corrección de datos básicos de identificación [ ] 3. Actualización del documento de identidad [ ] 4. Actualización y corrección de datos complementarios [ ] 5. Terminación de la inscripción en la EPS [ ] Código [ ] 6. Reinscripción en la EPS [ ] 7. Inclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales [ ] 8. Exclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales [ ] 9. Inicio de relación laboral o adquisición de condiciones para cotizar [X] 10. Terminación de la relación laboral o pérdida de las condiciones para seguir cotizando [ ] 11. Vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas [ ] 12. Desvinculación de una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas [ ] 13. Movilidad: A. Régimen Contributivo [ ] B. Régimen Subsidiado [ ] 14. Traslado: A. Mismo Régimen [ ] B. Diferente Régimen [ ] 15. Reporte de fallecimiento [ ] 16. Reporte del trámite de protección al cesante [ ] 17. Reporte de la calidad de Pre-pensionado [ ] 18. Reporte de la calidad de Pensionado [ ]

VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

41. Datos básicos de identificación			
Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre

Tipo de documento de identidad	Número del documento de identidad	Sexo	Fecha de nacimiento	42. Fecha novedad
		Femenino [ ] Masculino [ ]	D D M M A A A A	D D: 19 M M: 05 A A A A: 2021

43. EPS anterior	44. Motivo de traslado Código	45. Caja de Compensación Familiar o Pagador de Pensiones

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

46. Declaración de dependencia económica de los beneficiarios o afiliados adicionales.	[ ]
47. Declaración de la no obligación de afiliarse al Régimen Contributivo, Especial o de Excepción.	[ ]
48. Declaración de existencia de razones de fuerza mayor o caso fortuito que impiden la entrega de los documentos que acreditan la condición de beneficiarios.	[ ]
49. Declaración de no internación del cotizante, cabeza de familia, beneficiarios o afiliados adicionales en una Institución Prestadora de Servicios de Salud.	[ ]
50. Autorización para que la EPS solicite y obtenga datos y copia de la historia clínica del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales.	[ ]
51. Autorización para que la EPS reporte la información que se genere de la afiliación o del reporte de novedades a la base de datos de afiliados vigentes y a las entidades públicas que por sus funciones la requieran.	[ ]
52. Autorización para que la EPS maneje los datos personales del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales, de acuerdo con lo previsto en la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013.	[ ]
53. Autorización para que la EPS envíe información al correo electrónico o al celular como mensajes de texto.	[ ]

VIII. FIRMAS

54. El cotizante, cabeza de familia o beneficiario	55. El empleador, aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva, Institucional o de Oficio

IX. ANEXOS

56. Anexo copia del documento de identidad: CN [ ] RC [ ] TI [ ] CC [ ] PA [ ] CE [ ] CD [ ] SC [ ] Cantidad: Total [ ]

57. Copia del dictamen de incapacidad permanente emitido por la autoridad competente.	[ ]
58. Copia del registro civil de matrimonio o de la Escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la unión marital.	[ ]
59. Copia de la escritura pública o sentencia judicial que declare el divorcio, sentencia judicial que declare la separación de cuerpos y escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la terminación de la unión marital.	[ ]
60. Copia del certificado de adopción o acta de entrega del menor.	[ ]
61. Copia de la orden judicial o del acto administrativo de custodia.	[ ]
62. Copia del documento en que conste la pérdida de la patria potestad o el certificado de defunción de los padres o la declaración suscrita por el cotizante sobre la ausencia de los dos padres.	[ ]
63. Copia de la autorización de traslado por parte de la Superintendencia Nacional de Salud.	[ ]
64. Certificación de vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.	[ ]
65. Copia del acto administrativo o providencia de las autoridades competentes en la que conste la calidad de beneficiario o se ordene la afiliación de oficio.	[ ]

X. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL

66. Identificación de la entidad Territorial		67. Datos del SISBÉN			68. Fecha de radicación	69. Fecha de validación
Código del municipio	Código del departamento	Número de la ficha	Puntaje	Nivel	D D M M A A A A	D D M M A A A A

70. Datos del funcionario que realiza la validación			
Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre

Tipo de documento de identidad	Número del documento de identidad	OBSERVACIONES:
		CARGO: AYUDANTE DE ALBAÑILERIA

71. Firma del funcionario

VIGILADO Supersalud

Recuerde que con la firma del formulario, el afiliado manifiesta la veracidad de la información registrada y de las declaraciones contenidas en el capítulo VII del formulario.

Cambio Empleo

INTERNET

05/2016

AXA COLPATRIA

INGRESO EMPLEADO

DATOS DE LA EMPRESA

Tipo de Identificación:	CC
Número de documento:	80277987
Número Afiliación:	251589
Razón social:	CARLOS ARTURO ROCHA GARZON

DATOS DEL EMPLEADO:

Tipo de documento:	CÉDULA
Número de Documento	1033734267
Nombre:	JHON ESTEBAN GUERRERO PARRA
Fecha Ingreso:	20/05/2021
Salario básico:	908.526
Nit empresa en misión:	0
Código Sucursal:	1
Centro de trabajo:	1
Tasa:	6,960
Fecha hora transacción:	19/05/2021 04:47:05 p.m.

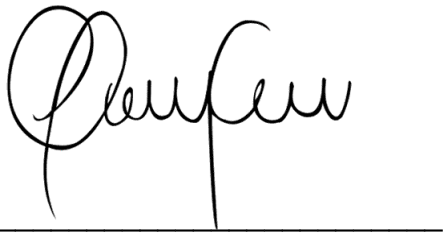
SOCIEDAD ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES Y CESANTIAS PORVENIR S.A.
En su condición de administradora del
FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR
NIT 800.224.808-8

CERTIFICA QUE:

JOSE LUIS MILLAN GUEVARA, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.032.379.153**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 09 de Febrero del 2021.

Cordialmente,



Gerencia de Clientes

Tenga en cuenta:

Es importante que sea constante en realizar los aportes obligatorios para su pensión, así lograría recibir el ingreso que desea cuando obtenga su beneficio pensional.

D.E.M.A. ALTURAS S.A.S.

NIT. 901.335.194-7
LICENCIA DE PRESTACION DE SERVICIOS EN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO Nº9609 de 11/12/2019
CON VALIDEZ EN TODO EL TERRITORIO NACIONAL
AUTORIZACION MINISTERIO DE TRABAJO 08SE2020220000000023604

CELAC Calidad en Educación NTC 6072
Certificado Nº. 30.379-1
Bajo el Esquema 6, según ISO/IEC 17067 versión 2013

CERTIFICA

QUE EL SEÑOR(A)

MILLAN GUEVARA JOSE LUIS

IDENTIFICADO(A) CON CÉDULA DE CIUDADANÍA

1032379153

CURSÓ Y APROBÓ SATISFACTORIAMENTE EL PROGRAMA DE CAPACITACIÓN Y ENTRENAMIENTO PARA

TRABAJO SEGURO EN ALTURAS

NIVEL

REENTRENAMIENTO

CON UNA DURACIÓN DE 20 HORAS

Fecha de inicio: 2021-03-17 Fecha de finalizacion: 2021-03-18

SE EXPIDE EL DÍA 2021-03-18 EN LA CIUDAD DE BOGOTÁ D.C., COLOMBIA

D.E.M.A ALTURAS S.A.S.

Se verifica y ratifica con las siguientes firmas la emisión y autenticidad de este Certificado

JOSE DIBER ZARATE SILVA
REPRESENTANTE LEGAL D.E.M.A. ALTURAS S.A.S.

WILTONG SMITH ZARATE DEBIA
Resolucion s.o: 9927 DE 18/12/2019
ENTRENADOR T.S.A.

La verificación de este certificado puede hacerse en nuestro sitio web www.demalturasas.com.co o solicitar a nuestro correo operaciones@demalturasas.com.co
Calle 26 Sur # 27-31 - 3213524333 - 6953884
Bogotá, D.C. Colombia

medimás EPS

5000276661

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

(Lea las instrucciones que se encuentran al respaldo del formulario antes de diligenciarlo)

No. de Radicación	Fecha de Radicación
3622730	10/02/2021

I. DATOS DEL TRÁMITE

1. Tipo de Trámite	2. Tipo de Afiliación	3. Régimen
A. Afiliación [ ] B. Reporte de Novedades [X]	A. Individual: - Cotizante o Cabeza de Familia [X] - Beneficiario o afiliado adicional [ ] B. Colectiva [ ] C. Institucional [ ] D. De oficio [ ]	A. Contributivo [X] B. Subsidiado [ ]

4. Tipo de afiliado	5. Tipo de cotizante	Código (a registrar por la EPS)
A. Cotizante [X] B. Cabeza de familia [ ] C. Beneficiario [ ]	A. Dependiente [X] B. Independiente [ ] C. Pensionado [ ]	1

A. AFILIACIÓN

II. DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN (del cotizante o cabeza de familia)

6. Apellidos y nombres			
Primer apellido: MILLAN	Segundo apellido: GUEVARA	Primer nombre: JOSE	Segundo nombre: LUIS
7. Tipo documento de identidad: CC	8. Número del documento de identidad: 1032379153	9. Sexo: Femenino [ ] Masculino [X]	10. Fecha de nacimiento: 17/12/1986

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

Datos personales

11. Etnia	12. Discapacidad	13. Puntaje SISBÉN	14. Grupo de población especial
	Tipo [F] [N] [M] Condición [T] [P]	43.71	

15. Administradora de Riesgos Laborales - ARL	16. Administradora de Pensiones	17. Ingreso base de cotización - IBC
AXA COLPATRIA	PORVENIR S.A.	908.526

18. Residencia			
Dirección: Cll 55 53 - 53	Teléfono fijo: 3022315	Teléfono celular: 3143312284	Correo electrónico:
Municipio/Distrito: Bogota D.C.	Zona: Urbana [X] Rural [ ]	Localidad/Comuna:	Departamento: BOGOTA, D.C.

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR

Datos básicos de identificación del cónyuge o compañero(a) permanente cotizante

19. Apellidos y nombres			
Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre
20. Tipo de documento de identidad	21. Número del documento de identidad	22. Sexo: Femenino [ ] Masculino [ ]	23. Fecha de nacimiento: DD/MM/AAAA

Datos básicos de identificación de los beneficiarios y de los afiliados adicionales

	24. Apellidos y nombres: Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre
B1				
B2				
B3				
B4				
B5				

	25. Tipo de documento de identidad	26. Número del documento de identidad	27. Sexo: Femenino	Masculino	28. Fecha de nacimiento
B1					DD/MM/AAAA
B2					DD/MM/AAAA
B3					DD/MM/AAAA
B4					DD/MM/AAAA
B5					DD/MM/AAAA

Datos complementarios

	29. Parentesco	30. Etnia	Tipo: F	N	M	Condición: T	P
B1							
B2							
B3							
B4							
B5							

	32. Datos de residencia: Municipio/Distrito	Zona: Urbana	Rural	Departamento	Teléfono Fijo y/o celular	33. Valor de la UPC del afiliado adicional (a registar por la EPS)
B1						
B2						
B3						
B4						
B5						

Selección de la IPS Primaria

	34. Nombre de la Institución Prestadora de Servicios de Salud - IPS	Código de la IPS (a registrar por la EPS)
C	CORVESALUD IPS SEDE SUR	18199
B		
B		
B		

V. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL EMPLEADOR Y OTROS APORTANTES O DE LAS ENTIDADES RESPONSABLES DE LA AFILIACIÓN COLECTIVA, INSTITUCIONAL O DE OFICIO

35. Nombre o razón social	36. Tipo de documento de identificación	37. Número de documento de identificación	38. Tipo de aportante o pagador de pensiones (a registar por la EPS)
ROCHA GARZON CARLOS ARTURO	CC	80277987	1

39. Ubicación				
Dirección: CR 80 70 80	Teléfono: 2458710	Correo electrónico:	Municipio/Distrito: Bogota D.C.	Departamento: BOGOTA, D.C.

B. REPORTE DE NOVEDADES

40. Tipo de Novedad

- [ ] 1. Modificación de datos básicos de identificación.
- [ ] 2. Corrección de datos básicos de identificación.
- [ ] 3. Actualización del documento de identidad.
- [ ] 4. Actualización y corrección de datos complementarios.
- [ ] 5. Terminación de la inscripción en la EPS. Código
- [x] 6. Reinscripción en la EPS.
- [ ] 7. Inclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales.
- [ ] 8. Exclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales.
- [ ] 9. Inicio de relación laboral o adquisición de condiciones para cotizar
- [ ] 10. Terminación de la relación laboral o pérdida de las condiciones para seguir cotizando
- [ ] 11. Vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas
- [ ] 12. Desvinculación de una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas
- [ ] 13. Movilidad: [ ] A. Régimen Contributivo [ ] B. Régimen Subsidiado
- [ ] 14. Traslado: [ ] A. Mismo Régimen [ ] B. Diferente Régimen
- [ ] 15. Reporte de fallecimiento.
- [ ] 16. Reporte del trámite de protección al cesante.
- [ ] 17. Reporte de la calidad de Pre-pensionado.
- [ ] 18. Reporte de la calidad de Pensionado.

VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

41. Datos básicos de identificación			
Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

Tipo documento de identidad	Número del documento de identidad	Sexo	Fecha de nacimiento	42. Fecha
		Femenino [ ] Masculino [ ]	D D M M A A A A	1 0 0 2 2 0 2 1

43. EPS anterior	44. Motivo de traslado Código	45. Caja de Compensación Familiar o Pagador de Pensiones

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

- [ ] 46. Declaración de dependencia económica de los beneficiarios y afiliados adicionales.
- [ ] 47. Declaración de la no obligación de afiliarse al Régimen Contributivo Especial o de Excepción.
- [ ] 48. Declaración de existencia de razones de fuerza mayor o caso fortuito que impiden la entrega de los documentos que acreditan la condición de beneficiarios.
- [ ] 49. Declaración de no internación del cotizante, cabeza de familia, beneficiarios o afiliados adicionales en una Institución Prestadora de Servicios de Salud.
- [ ] 50. Autorización para que la EPS solicite y obtenga datos y copia de la historia clínica del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales .
- [ ] 51. Autorización para que la EPS reporte la información que se genere de la afiliación o del reporte de novedades a la base de datos de afiliados vigente y a las entidades públicas que por sus funciones la requieran.
- [ ] 52. Autorización para que la EPS maneje los datos personales del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales de acuerdo con lo previsto en la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013.
- [ ] 53. Autorización para que la EPS envíe información al correo electrónico o al celular como mensajes de texto.

VIII. FIRMAS

54. El cotizante, cabeza de familia o beneficiario	55. El empleador, aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva, Institucional o de Oficio

IX. ANEXOS

- [ ] 56. Anexo copia del documento de identidad:

	CN	RC	TI	CC	PA	CE	CD	SC	Total
Cantidad:									0

- [ ] 57. Copia del dictamen de incapacidad permanente emitido por la autoridad competente.
- [ ] 58. Copia del registro civil de matrimonio, o de la Escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la unión marital.
- [ ] 59. Copia de la escritura pública o sentencia judicial que declare el divorcio, sentencia judicial que declare la separación de cuerpos y escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la terminación de la unión marital.
- [ ] 60. Copia del certificado de adopción o acta de entrega del menor.
- [ ] 61. Copia de la orden judicial o del acto administrativo de custodia.
- [ ] 62. Documento en que conste la pérdida de la patria potestad, o el certificado de defunción de los padres o la declaración suscrita por el cotizante sobre la ausencia de los dos padres.
- [ ] 63. Copia de la autorización de traslado por parte de la Superintendencia Nacional de Salud.
- [ ] 64. Certificación de vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.
- [ ] 65. Copia del acto administrativo o providencia de las autoridades competentes en la que conste la calidad de beneficiario o se ordene la afiliación de oficio.

X. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL

66. Identificación de la Entidad Territorial	67. Datos del SISBÉN			68. Fecha de radicación	69. Fecha de validación
Código del Municipio / Código del departamento	Número de ficha	Puntaje	Nivel	D D M M A A A A	D D M M A A A A

70. Datos del funcionario que realiza la validación			
Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

Tipo documento de identidad	Número del documento de identidad	71. Firma del funcionario

OBSERVACIONES: 39730549 Alcira Gutierrez Cruz

VIGILADO Supersalud

Recuerde que con la firma del formulario, el afiliado manifiesta la veracidad de la información registrada y de las declaraciones contenidas en el capitulo VII del formulario.

Ten encuenta los siguientes TIPS:

- Diligéncialo con de tinta negra.
- Todos los campos del Formulario son obligatorios.
- Diligencia los espacios sin tachones ni enmendaduras.
- Marca las casillas únicamente con una X .
- Incluye a todo tu grupo familiar.
- Utiliza la tabla de apoyo para consultar los códigos.
- Asesorate con uno de los consultores de esta oficina.
- Consulta el instructivo en **www.medimas.com.co**

AXA COLPATRIA

INGRESO EMPLEADO

DATOS DE LA EMPRESA

Tipo de Identificación:	CC
Número de documento:	80277987
Número Afiliación:	251589
Razón social:	CARLOS ARTURO ROCHA GARZON

DATOS DEL EMPLEADO:

Tipo de documento:	CÉDULA
Número de Documento	1032379153
Nombre:	JOSE LUIS MILLAN GUEVARA
Fecha Ingreso:	28/05/2021
Salario básico:	908.526
Nit empresa en misión:	0
Código Sucursal:	1
Centro de trabajo:	1
Tasa:	6,960
Fecha hora transacción:	27/05/2021 04:09:09 p.m.

LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES

CERTIFICA QUE

Verificada la base de datos de afiliados, el/la señor/a **MANUEL VICENTE PARRA PARRA** identificado/a con documento de identidad **Cédula de Ciudadanía** número **80490694,** se encuentra afiliado/a desde **01/01/2006** al Régimen de Prima Media con Prestación Definida (RPM) administrado por la Administradora Colombiana de Pensiones **COLPENSIONES**.

La presente certificación se expide en Bogotá, el día 03 de junio de 2021.



Rosa Mercedes Niño Amaya
Dirección de Afiliaciones

Nota: Certificado generado desde la página Web. Este documento no es válido para el reconocimiento de prestaciones económicas, está sujeto a verificación y no tiene costo alguno.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

medimás EPS

5000375530

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

(Lea las instrucciones que se encuentran al respaldo del formulario antes de diligenciarlo)

No. de Radicación	Fecha de Radicación
3711645	14052021 (D D M M A A A A)

I. DATOS DEL TRÁMITE

1. Tipo de Trámite	2. Tipo de Afiliación	3. Régimen
A. Afiliación [ ] B. Reporte de Novedades [X]	A. Individual: - Cotizante o Cabeza de Familia [X] - Beneficiario o afiliado adicional [ ] B. Colectiva [ ] C. Institucional [ ] D. De oficio [ ]	A. Contributivo [X] B. Subsidiado [ ]

4. Tipo de afiliado	5. Tipo de cotizante	Código (a registrar por la EPS)
A. Cotizante [X] B. Cabeza de familia [ ] C. Beneficiario [ ]	A. Dependiente [X] B. Independiente [ ] C. Pensionado [ ]	1

A. AFILIACIÓN

II. DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN (del cotizante o cabeza de familia)

6. Apellidos y nombres			
Primer apellido: PARRA	Segundo apellido: PARRA	Primer nombre: MANUEL	Segundo nombre: VICENTE
7. Tipo documento de identidad: CC	8. Número del documento de identidad: 80490694	9. Sexo: Femenino [ ] Masculino [X]	10. Fecha de nacimiento: 31051974 (D D M M A A A A)

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

Datos personales

11. Etnia	12. Discapacidad	13. Puntaje SISBÉN	14. Grupo de población especial
	Tipo [F] [N] [M] Condición [T] [P]	42.24	05

15. Administradora de Riesgos Laborales - ARL	16. Administradora de Pensiones	17. Ingreso base de cotización - IBC
SURA SEGUROS DE VIDA	PORVENIR S.A.	908.526

18. Residencia			
Dirección: Cra 12c # 50c - 02	Teléfono fijo: 3143136	Teléfono celular: 3044023668	Correo electrónico: lady_boron@hotmail.com
Municipio/Distrito: Bogota D.C.	Zona: Urbana [X] Rural [ ]	Localidad/Comuna:	Departamento: BOGOTA, D.C.

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR

Datos básicos de identificación del cónyuge o compañero(a) permanente cotizante

19. Apellidos y nombres			
Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre
20. Tipo de documento de identidad	21. Número del documento de identidad	22. Sexo: Femenino [ ] Masculino [ ]	23. Fecha de nacimiento (D D M M A A A A)

Datos básicos de identificación de los beneficiarios y de los afiliados adicionales

	24. Apellidos y nombres: Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre
B1				
B2				
B3				
B4				
B5				

	25. Tipo de documento de identidad	26. Número del documento de identidad	27. Sexo: Femenino	Masculino	28. Fecha de nacimiento (D D M M A A A A)
B1					
B2					
B3					
B4					
B5					

Datos complementarios

	29. Parentesco	30. Etnia	Tipo: F	N	M	Condición: T	P
B1							
B2							
B3							
B4							
B5							

	32. Datos de residencia: Municipio/Distrito	Zona: Urbana	Rural	Departamento	Teléfono Fijo y/o celular	33. Valor de la UPC del afiliado adicional (a registar por la EPS)
B1						
B2						
B3						
B4						
B5						

Selección de la IPS Primaria

	34. Nombre de la Institución Prestadora de Servicios de Salud - IPS	Código de la IPS (a registrar por la EPS)
C	CORVESALUD IPS SEDE SUR	18199
B		
B		
B		

V. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL EMPLEADOR Y OTROS APORTANTES O DE LAS ENTIDADES RESPONSABLES DE LA AFILIACIÓN COLECTIVA, INSTITUCIONAL O DE OFICIO

35. Nombre o razón social	36. Tipo de documento de identificación	37. Número de documento de identificación	38. Tipo de aportante o pagador de pensiones (a registar por la EPS)
ROCHA GARZON CARLOS ARTURO	CC	80277987	1

39. Ubicación				
Dirección: CR 80 70 80	Teléfono: 2458710	Correo electrónico:	Municipio/Distrito: Bogota D.C.	Departamento: BOGOTA, D.C.

B. REPORTE DE NOVEDADES

40. Tipo de Novedad

- [ ] 1. Modificación de datos básicos de identificación.
- [ ] 2. Corrección de datos básicos de identificación.
- [ ] 3. Actualización del documento de identidad.
- [ ] 4. Actualización y corrección de datos complementarios.
- [ ] 5. Terminación de la inscripción en la EPS. Código
- [ ] 6. Reinscripción en la EPS.
- [ ] 7. Inclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales.
- [ ] 8. Exclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales.
- [ ] 9. Inicio de relación laboral o adquisición de condiciones para cotizar
- [ ] 10. Terminación de la relación laboral o pérdida de las condiciones para seguir cotizando
- [ ] 11. Vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas
- [ ] 12. Desvinculación de una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas
- [x] 13. Movilidad: [x] A. Régimen Contributivo [ ] B. Régimen Subsidiado
- [ ] 14. Traslado: [ ] A. Mismo Régimen [ ] B. Diferente Régimen
- [ ] 15. Reporte de fallecimiento.
- [ ] 16. Reporte del trámite de protección al cesante.
- [ ] 17. Reporte de la calidad de Pre-pensionado.
- [ ] 18. Reporte de la calidad de Pensionado.

VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

41. Datos básicos de identificación			
Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

Tipo documento de identidad	Número del documento de identidad	Sexo	Fecha de nacimiento	42. Fecha
		Femenino [ ] Masculino [ ]	D D M M A A A A	1 3 0 5 2 0 2 1

43. EPS anterior	44. Motivo de traslado Código	45. Caja de Compensación Familiar o Pagador de Pensiones

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

- [ ] 46. Declaración de dependencia económica de los beneficiarios y afiliados adicionales.
- [ ] 47. Declaración de la no obligación de afiliarse al Régimen Contributivo Especial o de Excepción.
- [ ] 48. Declaración de existencia de razones de fuerza mayor o caso fortuito que impiden la entrega de los documentos que acreditan la condición de beneficiarios.
- [ ] 49. Declaración de no internación del cotizante, cabeza de familia, beneficiarios o afiliados adicionales en una Institución Prestadora de Servicios de Salud.
- [ ] 50. Autorización para que la EPS solicite y obtenga datos y copia de la historia clínica del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales .
- [ ] 51. Autorización para que la EPS reporte la información que se genere de la afiliación o del reporte de novedades a la base de datos de afiliados vigente y a las entidades públicas que por sus funciones la requieran.
- [ ] 52. Autorización para que la EPS maneje los datos personales del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales de acuerdo con lo previsto en la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013.
- [ ] 53. Autorización para que la EPS envíe información al correo electrónico o al celular como mensajes de texto.

VIII. FIRMAS

54. El cotizante, cabeza de familia o beneficiario	55. El empleador, aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva, Institucional o de Oficio

IX. ANEXOS

56. Anexo copia del documento de identidad:

	CN	RC	TI	CC	PA	CE	CD	SC	Total
Cantidad:									0

- [ ] 57. Copia del dictamen de incapacidad permanente emitido por la autoridad competente.
- [ ] 58. Copia del registro civil de matrimonio, o de la Escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la unión marital.
- [ ] 59. Copia de la escritura pública o sentencia judicial que declare el divorcio, sentencia judicial que declare la separación de cuerpos y escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la terminación de la unión marital.
- [ ] 60. Copia del certificado de adopción o acta de entrega del menor.
- [ ] 61. Copia de la orden judicial o del acto administrativo de custodia.
- [ ] 62. Documento en que conste la pérdida de la patria potestad, o el certificado de defunción de los padres o la declaración suscrita por el cotizante sobre la ausencia de los dos padres.
- [ ] 63. Copia de la autorización de traslado por parte de la Superintendencia Nacional de Salud.
- [ ] 64. Certificación de vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.
- [ ] 65. Copia del acto administrativo o providencia de las autoridades competentes en la que conste la calidad de beneficiario o se ordene la afiliación de oficio.

X. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL

66. Identificación de la Entidad Territorial	67. Datos del SISBÉN			68. Fecha de radicación	69. Fecha de validación
Código del Municipio / Código del departamento	Número de ficha	Puntaje	Nivel	D D M M A A A A	D D M M A A A A

70. Datos del funcionario que realiza la validación			
Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

Tipo documento de identidad	Número del documento de identidad	71. Firma del funcionario

OBSERVACIONES: 39730549 Alcira Gutierrez Cruz

VIGILADO Supersalud

Recuerde que con la firma del formulario, el afiliado manifiesta la veracidad de la información registrada y de las declaraciones contenidas en el capitulo VII del formulario.

Ten encuenta los siguientes TIPS:

- Diligéncialo con de tinta negra.
- Todos los campos del Formulario son obligatorios.
- Diligencia los espacios sin tachones ni enmendaduras.
- Marca las casillas únicamente con una X .
- Incluye a todo tu grupo familiar.
- Utiliza la tabla de apoyo para consultar los códigos.
- Asesorate con uno de los consultores de esta oficina.
- Consulta el instructivo en **www.medimas.com.co**

AXA COLPATRIA

INGRESO EMPLEADO

DATOS DE LA EMPRESA

Tipo de Identificación:	CC
Número de documento:	80277987
Número Afiliación:	251589
Razón social:	CARLOS ARTURO ROCHA GARZON

DATOS DEL EMPLEADO:

Tipo de documento:	CÉDULA
Número de Documento	80490694
Nombre:	MANUEL VICENTE PARRA PARRA
Fecha Ingreso:	15/05/2021
Salario básico:	908.526
Nit empresa en misión:	0
Código Sucursal:	1
Centro de trabajo:	1
Tasa:	6,960
Fecha hora transacción:	14/05/2021 12:03:10 p.m.

LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES

CERTIFICA QUE

Verificada la base de datos de afiliados, el/la señor/a **MANUEL VICENTE PARRA PARRA** identificado/a con documento de identidad **Cédula de Ciudadanía** número **80490694,** se encuentra afiliado/a desde **01/01/2006** al Régimen de Prima Media con Prestación Definida (RPM) administrado por la Administradora Colombiana de Pensiones **COLPENSIONES**.

La presente certificación se expide en Bogotá, el día 03 de junio de 2021.



Rosa Mercedes Niño Amaya
Dirección de Afiliaciones

Nota: Certificado generado desde la página Web. Este documento no es válido para el reconocimiento de prestaciones económicas, está sujeto a verificación y no tiene costo alguno.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

medimás EPS

5000375530

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

(Lea las instrucciones que se encuentran al respaldo del formulario antes de diligenciarlo)

No. de Radicación	Fecha de Radicación
3711645	14052021 (D D M M A A A A)

I. DATOS DEL TRÁMITE

1. Tipo de Trámite	2. Tipo de Afiliación	3. Régimen
A. Afiliación [ ] B. Reporte de Novedades [X]	A. Individual: - Cotizante o Cabeza de Familia [X] - Beneficiario o afiliado adicional [ ] B. Colectiva [ ] C. Institucional [ ] D. De oficio [ ]	A. Contributivo [X] B. Subsidiado [ ]

4. Tipo de afiliado	5. Tipo de cotizante	Código (a registrar por la EPS)
A. Cotizante [X] B. Cabeza de familia [ ] C. Beneficiario [ ]	A. Dependiente [X] B. Independiente [ ] C. Pensionado [ ]	1

A. AFILIACIÓN

II. DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN (del cotizante o cabeza de familia)

6. Apellidos y nombres			
Primer apellido: PARRA	Segundo apellido: PARRA	Primer nombre: MANUEL	Segundo nombre: VICENTE
7. Tipo documento de identidad: CC	8. Número del documento de identidad: 80490694	9. Sexo: Femenino [ ] Masculino [X]	10. Fecha de nacimiento: 31051974 (D D M M A A A A)

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

Datos personales

11. Etnia	12. Discapacidad	13. Puntaje SISBÉN	14. Grupo de población especial
	Tipo [F] [N] [M] Condición [T] [P]	42.24	05

15. Administradora de Riesgos Laborales - ARL	16. Administradora de Pensiones	17. Ingreso base de cotización - IBC
SURA SEGUROS DE VIDA	PORVENIR S.A.	908.526

18. Residencia			
Dirección: Cra 12c # 50c - 02	Teléfono fijo: 3143136	Teléfono celular: 3044023668	Correo electrónico: lady_boron@hotmail.com
Municipio/Distrito: Bogota D.C.	Zona: Urbana [X] Rural [ ]	Localidad/Comuna:	Departamento: BOGOTA, D.C.

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR

Datos básicos de identificación del cónyuge o compañero(a) permanente cotizante

19. Apellidos y nombres			
Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre
20. Tipo de documento de identidad	21. Número del documento de identidad	22. Sexo: Femenino [ ] Masculino [ ]	23. Fecha de nacimiento (D D M M A A A A)

Datos básicos de identificación de los beneficiarios y de los afiliados adicionales

	24. Apellidos y nombres: Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre
B1				
B2				
B3				
B4				
B5				

	25. Tipo de documento de identidad	26. Número del documento de identidad	27. Sexo: Femenino	Masculino	28. Fecha de nacimiento (D D M M A A A A)
B1					
B2					
B3					
B4					
B5					

Datos complementarios

	29. Parentesco	30. Etnia	Tipo: F	N	M	Condición: T	P
B1							
B2							
B3							
B4							
B5							

	32. Datos de residencia: Municipio/Distrito	Zona: Urbana	Rural	Departamento	Teléfono Fijo y/o celular	33. Valor de la UPC del afiliado adicional (a registar por la EPS)
B1						
B2						
B3						
B4						
B5						

Selección de la IPS Primaria

	34. Nombre de la Institución Prestadora de Servicios de Salud - IPS	Código de la IPS (a registrar por la EPS)
C	CORVESALUD IPS SEDE SUR	18199
B		
B		
B		

V. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL EMPLEADOR Y OTROS APORTANTES O DE LAS ENTIDADES RESPONSABLES DE LA AFILIACIÓN COLECTIVA, INSTITUCIONAL O DE OFICIO

35. Nombre o razón social	36. Tipo de documento de identificación	37. Número de documento de identificación	38. Tipo de aportante o pagador de pensiones (a registar por la EPS)
ROCHA GARZON CARLOS ARTURO	CC	80277987	1

39. Ubicación				
Dirección: CR 80 70 80	Teléfono: 2458710	Correo electrónico:	Municipio/Distrito: Bogota D.C.	Departamento: BOGOTA, D.C.

B. REPORTE DE NOVEDADES

40. Tipo de Novedad

- [ ] 1. Modificación de datos básicos de identificación.
- [ ] 2. Corrección de datos básicos de identificación.
- [ ] 3. Actualización del documento de identidad.
- [ ] 4. Actualización y corrección de datos complementarios.
- [ ] 5. Terminación de la inscripción en la EPS. Código
- [ ] 6. Reinscripción en la EPS.
- [ ] 7. Inclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales.
- [ ] 8. Exclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales.
- [ ] 9. Inicio de relación laboral o adquisición de condiciones para cotizar
- [ ] 10. Terminación de la relación laboral o pérdida de las condiciones para seguir cotizando
- [ ] 11. Vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas
- [ ] 12. Desvinculación de una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas
- [x] 13. Movilidad: [x] A. Régimen Contributivo [ ] B. Régimen Subsidiado
- [ ] 14. Traslado: [ ] A. Mismo Régimen [ ] B. Diferente Régimen
- [ ] 15. Reporte de fallecimiento.
- [ ] 16. Reporte del trámite de protección al cesante.
- [ ] 17. Reporte de la calidad de Pre-pensionado.
- [ ] 18. Reporte de la calidad de Pensionado.

VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

41. Datos básicos de identificación			
Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

Tipo documento de identidad	Número del documento de identidad	Sexo	Fecha de nacimiento	42. Fecha
		Femenino [ ] Masculino [ ]	D D M M A A A A	1 3 0 5 2 0 2 1

43. EPS anterior	44. Motivo de traslado Código	45. Caja de Compensación Familiar o Pagador de Pensiones

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

- [ ] 46. Declaración de dependencia económica de los beneficiarios y afiliados adicionales.
- [ ] 47. Declaración de la no obligación de afiliarse al Régimen Contributivo Especial o de Excepción.
- [ ] 48. Declaración de existencia de razones de fuerza mayor o caso fortuito que impiden la entrega de los documentos que acreditan la condición de beneficiarios.
- [ ] 49. Declaración de no internación del cotizante, cabeza de familia, beneficiarios o afiliados adicionales en una Institución Prestadora de Servicios de Salud.
- [ ] 50. Autorización para que la EPS solicite y obtenga datos y copia de la historia clínica del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales .
- [ ] 51. Autorización para que la EPS reporte la información que se genere de la afiliación o del reporte de novedades a la base de datos de afiliados vigente y a las entidades públicas que por sus funciones la requieran.
- [ ] 52. Autorización para que la EPS maneje los datos personales del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales de acuerdo con lo previsto en la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013.
- [ ] 53. Autorización para que la EPS envíe información al correo electrónico o al celular como mensajes de texto.

VIII. FIRMAS

54. El cotizante, cabeza de familia o beneficiario	55. El empleador, aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva, Institucional o de Oficio

IX. ANEXOS

56. Anexo copia del documento de identidad:

	CN	RC	TI	CC	PA	CE	CD	SC	Total
Cantidad:									0

- [ ] 57. Copia del dictamen de incapacidad permanente emitido por la autoridad competente.
- [ ] 58. Copia del registro civil de matrimonio, o de la Escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la unión marital.
- [ ] 59. Copia de la escritura pública o sentencia judicial que declare el divorcio, sentencia judicial que declare la separación de cuerpos y escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la terminación de la unión marital.
- [ ] 60. Copia del certificado de adopción o acta de entrega del menor.
- [ ] 61. Copia de la orden judicial o del acto administrativo de custodia.
- [ ] 62. Documento en que conste la pérdida de la patria potestad, o el certificado de defunción de los padres o la declaración suscrita por el cotizante sobre la ausencia de los dos padres.
- [ ] 63. Copia de la autorización de traslado por parte de la Superintendencia Nacional de Salud.
- [ ] 64. Certificación de vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.
- [ ] 65. Copia del acto administrativo o providencia de las autoridades competentes en la que conste la calidad de beneficiario o se ordene la afiliación de oficio.

X. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL

66. Identificación de la Entidad Territorial	67. Datos del SISBÉN			68. Fecha de radicación	69. Fecha de validación
Código del Municipio / Código del departamento	Número de ficha	Puntaje	Nivel	D D M M A A A A	D D M M A A A A

70. Datos del funcionario que realiza la validación			
Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

Tipo documento de identidad	Número del documento de identidad	71. Firma del funcionario

OBSERVACIONES: 39730549 Alcira Gutierrez Cruz

VIGILADO Supersalud

Recuerde que con la firma del formulario, el afiliado manifiesta la veracidad de la información registrada y de las declaraciones contenidas en el capitulo VII del formulario.

Ten encuenta los siguientes TIPS:

- Diligéncialo con de tinta negra.
- Todos los campos del Formulario son obligatorios.
- Diligencia los espacios sin tachones ni enmendaduras.
- Marca las casillas únicamente con una X .
- Incluye a todo tu grupo familiar.
- Utiliza la tabla de apoyo para consultar los códigos.
- Asesorate con uno de los consultores de esta oficina.
- Consulta el instructivo en **www.medimas.com.co**

AXA COLPATRIA

INGRESO EMPLEADO

DATOS DE LA EMPRESA

Tipo de Identificación:	CC
Número de documento:	80277987
Número Afiliación:	251589
Razón social:	CARLOS ARTURO ROCHA GARZON

DATOS DEL EMPLEADO:

Tipo de documento:	CÉDULA
Número de Documento	80490694
Nombre:	MANUEL VICENTE PARRA PARRA
Fecha Ingreso:	15/05/2021
Salario básico:	908.526
Nit empresa en misión:	0
Código Sucursal:	1
Centro de trabajo:	1
Tasa:	6,960
Fecha hora transacción:	14/05/2021 12:03:10 p.m.

compensar | miplanilla.com

CERTIFICADO DE APORTES AL SISTEMA DE PROTECCIÓN SOCIAL

Se certifica que **YESENIA HERNANDEZ RAMIREZ**, identificada con **CC** número **52784808**, aportó por el empleado **YESENIA HERNANDEZ RAMIREZ**, identificado(a) con **CC** número **52784808** por concepto de aportes obligatorios al sistema General de Seguridad Social, mediante tipo de planilla **I** número **50177306** para el periodo de salud **2021-04** y pensiones **2021-04** de la siguiente forma.

TIPO	CODIGO	NOMBRE	NIT	COTIZANTE	SUBTIPO	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	CORRECIÓN	DÍAS	IBC	TARIFA APORTE	CLASE RIESGO	INDICA TARIFA PENSIÓN	COTIZACIÓN Y/O APORTE	FSP SOLIDARIDAD	FSP SUBSISTENCIA	PERIODO	NÚMERO DE PLANILLA	FECHA DE PAGO	EXONERACIÓN
Pensiones	25-14	Administradora Colombiana de Pensiones - Colpensiones	900336004	57	0															0		30	$1.390.000	0,16000			$222.400	$0	$0	Abril - 2021	50177306	27/04/2021	N
Riesgos Laborales	14-11	ARL SURA	890903790	57	0															0		30	$1.390.000	0,00522	1		$7.300	$0	$0	Abril - 2021	50177306	27/04/2021	N
Salud	EPS005	Sanitas EPS	800251440	57	0															0		30	$1.390.000	0,12500			$173.800	$0	$0	Abril - 2021	50177306	27/04/2021	N

PAGADA

El presente certificado se expide a los 27 días del mes Abril de 2021

Este documento está clasificado como privado por parte de Compensar Operador de Información.

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 52498204		TREJOS PRIETO DAMALIS TATIANA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	cra 11 a #190-46	BOGOTA-BOGOTA D.E.	3025227	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2021-04	2021-04	977006472	9418700976	I	2021/05/04	2021/05/03	BANCOLOMBIA	0	$500,200

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	52498204	TREJOS PRIETO DAMALIS TATIANA	230201	30	$1,640,000	$262,400	EPS002	30	$1,640,000	$205,000	CCF22	30	$1,640,000	$32,800		0	$0	$0	30	$0	$0
Total	**Afiliados(1)**					**$1,640,000**	**$262,400**			**$1,640,000**	**$205,000**			**$1,640,000**	**$32,800**			**$0**	**$0**		**$0**	**$0**

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$262,400	$0	$0	$262,400
PROTECCION	230201	800,229,739	0	1	$262,400	$0	$0	$262,400
CCF (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$32,800	$0	$0	$32,800
COLSUBSIDIO	CCF22	860,007,336	1	1	$32,800	$0	$0	$32,800
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$205,000	$0	$0	$205,000
SALUD TOTAL	EPS002	800,130,907	4	1	$205,000	$0	$0	$205,000
TOTAL				**1**	**$500,200**	**$0**	**$0**	**$500,200**

2021/05/03 02:55 PM

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 13929799		HERRERA MANRIQUE HELBER ANDRES	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CARRERA 66 No 75A-90	BOGOTA-BOGOTA D.E.	2443252	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2021-04	2021-04	1001111052	9419473030	I	2021/05/25	2021/05/26	BANCO CAJA SOCIAL	1	$319,200

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	13929799	HERRERA HELBER	25-14	30	$1,120,000	$179,200	EPS005	30	$1,120,000	$140,000		0	$0	$0		0	$0	$0	0	$0	$0
Total	**Afiliados(1)**					$1,120,000	$179,200			$1,120,000	$140,000			$0	$0			$0	$0		$0	$0

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$179,200	$0	$0	$179,200
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	1	$179,200	$0	$0	$179,200
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$140,000	$0	$0	$140,000
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	1	$140,000	$0	$0	$140,000
TOTAL				1	$319,200	$0	$0	$319,200

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 80277987		CARLOS ARTURO ROCHA GARZON	B - MENOS DE 200 COTIZANTES	PRINCIPAL	CALLE 76 A SUR No. 14 B 77	BOGOTA-BOGOTA D.E.	9278604	Si

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2021-04	2021-05	1001294860	9420310491	E	2021/05/21	2021/05/26	BANCOLOMBIA	5	$2,449,200

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO				NOVEDADES																		PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES				
No.	Identificación		Nombre	ing	ret	tde	tae	tdp	tap	vsp	cor	vst	sln	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
SUCURSAL: SECRETARIA EDUCACION (13 Afiliados)																								**$8,267,593**	**$1,238,600**			**$8,267,593**	**$246,700**			**$8,394,782**	**$253,600**			**$8,267,593**	**$428,800**		**$0**	**$0**		**$2,167,700**
Centro de Trabajo: 6.96000 (13 Afiliados)																								**$8,267,593**	**$1,238,600**			**$8,267,593**	**$246,700**			**$8,394,782**	**$253,600**			**$8,267,593**	**$428,800**		**$0**	**$0**		**$2,167,700**
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (13 Afiliados)																								**$8,267,593**	**$1,238,600**			**$8,267,593**	**$246,700**			**$8,394,782**	**$253,600**			**$8,267,593**	**$428,800**		**$0**	**$0**		**$2,167,700**
1	CC	1026302061	CHAPARRO BYRON	X	X															X		230301	1	$30,285	$4,900	EPS008	1	$30,285	$1,300	CCF22	1	$31,547	$1,300	14-4	1	$30,285	$2,200	1	$0	$0	Si	$9,700
2	CC	79906875	CHAPARRO JOSE	X																		230301	6	$181,706	$29,100	EPS002	6	$181,706	$7,300	CCF22	6	$181,706	$7,300	14-4	6	$181,706	$12,700	6	$0	$0	Si	$56,400
3	CC	79906875	CHAPARRO JOSE										X									230301	19	$575,400	$69,100	EPS002	19	$575,400	$0	CCF22	19	$575,400	$0	14-4	19	$575,400	$0	19	$0	$0	Si	$69,100
4	CC	19292990	GUERRERO JESUS																			25-14	30	$908,526	$145,400	EPS008	30	$908,526	$36,400	CCF22	30	$908,526	$36,400	14-4	30	$908,526	$63,300	30	$0	$0	Si	$281,500
5	CC	94443703	ISMARE BASCACIO		X															X		230201	3	$90,853	$14,600	EPS044	3	$90,853	$3,700	CCF22	3	$128,708	$5,200	14-4	3	$90,853	$6,400	3	$0	$0	Si	$29,900
6	PE	950980420041974	MARQUINA ANIBAL																			230301	30	$908,526	$145,400	EPS037	30	$908,526	$36,400	CCF22	30	$877,803	$35,200	14-4	30	$908,526	$63,300	30	$0	$0	Si	$280,300
7	PE	913149716091999	MARQUINA YOENDIS		X															X		230301	2	$60,569	$9,700	EPS005	2	$60,569	$2,500	CCF22	2	$241,012	$9,700	14-4	2	$60,569	$4,300	2	$0	$0	Si	$26,200
8	PE	818818206051998	MARQUINA YOENNIS																			230301	30	$908,526	$145,400	EPS002	30	$908,526	$36,400	CCF22	30	$908,526	$36,400	14-4	30	$908,526	$63,300	30	$0	$0	Si	$281,500
9	CC	93448352	MENDOZA JOSE																			25-14	30	$908,526	$145,400	EPS008	30	$908,526	$36,400	CCF22	30	$908,526	$36,400	14-4	30	$908,526	$63,300	30	$0	$0	Si	$281,500
10	CC	79490331	PEREZ LUIS										X									230301	17	$514,832	$61,800	EPSC34	17	$514,832	$0	CCF22	17	$469,266	$0	14-4	17	$514,832	$0	17	$0	$0	Si	$61,800
11	CC	79490331	PEREZ LUIS	X																		230301	6	$181,706	$29,100	EPSC34	6	$181,706	$7,300	CCF22	6	$165,624	$6,700	14-4	6	$181,706	$12,700	6	$0	$0	Si	$55,800
12	CC	1049620924	RATIVA DIEGO	X																		231001	9	$272,558	$43,700	EPS017	9	$272,558	$11,000	CCF22	9	$272,558	$11,000	14-4	9	$272,558	$19,000	9	$0	$0	Si	$84,700
13	CC	3121032	REDONDO TEODOLFO																			230301	30	$908,526	$145,400	EPS010	30	$908,526	$36,400	CCF22	30	$908,526	$36,400	14-4	30	$908,526	$63,300	30	$0	$0	Si	$281,500
14	CC	3121093	REDONDO VICTOR																			230301	13	$393,695	$63,000	EPS002	13	$393,695	$15,800	CCF22	13	$393,695	$15,800	14-4	13	$393,695	$27,500	13	$0	$0	Si	$122,100
15	CC	3121093	REDONDO VICTOR										X									230301	17	$514,832	$61,800	EPS002	17	$514,832	$0	CCF22	17	$514,832	$0	14-4	17	$514,832	$0	17	$0	$0	Si	$61,800
16	PE	917829503011985	RONDON KLEIVER																			230301	13	$393,695	$63,000	EPS017	13	$393,695	$15,800	CCF22	13	$393,695	$15,800	14-4	13	$393,695	$27,500	13	$0	$0	Si	$122,100
17	PE	917829503011985	RONDON KLEIVER										X									230301	17	$514,832	$61,800	EPS017	17	$514,832	$0	CCF22	17	$514,832	$0	14-4	17	$514,832	$0	17	$0	$0	Si	$61,800

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
SUCURSAL: MAQUINARIA (1 Afiliados)																								**$908,526**	**$145,400**			**$908,526**	**$36,400**			**$908,526**	**$36,400**			**$908,526**	**$63,300**		**$0**	**$0**		**$281,500**
Centro de Trabajo: 005 (1 Afiliados)																								**$908,526**	**$145,400**			**$908,526**	**$36,400**			**$908,526**	**$36,400**			**$908,526**	**$63,300**		**$0**	**$0**		**$281,500**
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)																								**$908,526**	**$145,400**			**$908,526**	**$36,400**			**$908,526**	**$36,400**			**$908,526**	**$63,300**		**$0**	**$0**		**$281,500**
18	CC	80125345	CHITIVA URIEL																			25-14	30	$908,526	$145,400	EPS002	30	$908,526	$36,400	CCF22	30	$908,526	$36,400	14-4	30	$908,526	$63,300	30	$0	$0	Si	$281,500
Total			**Afiliados(14)**																					$9,176,119	$1,384,000			$9,176,119	$283,100			$9,303,308	$290,000			$9,176,119	$492,100		$0	$0		$2,449,200

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 80277987		CARLOS ARTURO ROCHA GARZON	B - MENOS DE 200 COTIZANTES	PRINCIPAL	CALLE 76 A SUR No. 14 B 77	BOGOTA-BOGOTA D.E.	9278604	Si

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2021-04	2021-05	1001294860	9420310491	E	2021/05/21	2021/05/26	BANCOLOMBIA	5	$2,449,200

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 4)				14	$1,384,000	$0	$0	$1,384,000
COLFONDOS	231001	800,227,940	6	1	$43,700	$0	$0	$43,700
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	3	$436,200	$0	$0	$436,200
PORVENIR	230301	800,224,808	8	9	$889,500	$0	$0	$889,500
PROTECCION	230201	800,229,739	0	1	$14,600	$0	$0	$14,600
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				14	$492,100	$0	$0	$492,100
COLPATRIA ARP	14-4	860,002,183	9	14	$492,100	$0	$0	$492,100
CCF (ADMINISTRADORAS: 1)				14	$290,000	$0	$0	$290,000
COLSUBSIDIO	CCF22	860,007,336	1	14	$290,000	$0	$0	$290,000
EPS (ADMINISTRADORAS: 8)				14	$283,100	$0	$0	$283,100
CAPITAL SALUD	EPSC34	900,298,372	9	1	$7,300	$0	$0	$7,300
COMPENSAR	EPS008	860,066,942	7	3	$74,100	$0	$0	$74,100
EPS SURA (ANTES SUSALUD)	EPS010	800,088,702	2	1	$36,400	$0	$0	$36,400
FAMISANAR	EPS017	830,003,564	7	2	$26,800	$0	$0	$26,800
MEDIMAS EPS	EPS044	901,097,473	5	1	$3,700	$0	$0	$3,700
NUEVA E.P.S.	EPS037	900,156,264	2	1	$36,400	$0	$0	$36,400
SALUD TOTAL	EPS002	800,130,907	4	4	$95,900	$0	$0	$95,900
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	1	$2,500	$0	$0	$2,500
TOTAL				14	$2,449,200	$0	$0	$2,449,200

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 830128894	1	GESTION RURAL Y URBANA S.A.S	B - MENOS DE 200 COTIZANTES	ADMINISTRACION	CRA.32 No. 25B-45	BOGOTA-BOGOTA D.E.	2443252	Si

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2021-04	2021-05	1004121225	9420076422	E	2021/05/25	2021/05/28	BANCO DAVIVIENDA	3	$12,496,400

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	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte	Exonerado SENA e ICBF	Total Aportes
SUCURSAL: ADMINISTRACION (8 Afiliados)																							**$13,359,825**	**$2,131,200**			**$13,359,825**	**$528,000**			**$13,232,541**	**$522,900**			**$13,359,825**	**$598,700**		**$0**	**$0**		**$3,780,800**
Centro de Trabajo: 0.52200 (3 Afiliados)																							**$5,133,496**	**$814,900**			**$5,133,496**	**$198,800**			**$5,133,496**	**$198,800**			**$5,133,496**	**$26,000**		**$0**	**$0**		**$1,238,500**
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (3 Afiliados)																							**$5,133,496**	**$814,900**			**$5,133,496**	**$198,800**			**$5,133,496**	**$198,800**			**$5,133,496**	**$26,000**		**$0**	**$0**		**$1,238,500**
1	CC	1015408199	GUERRERO ANDRES																		231001	28	$2,333,334	$373,400	EPS008	28	$2,333,334	$93,400	CCF24	28	$2,333,334	$93,400	14-25	28	$2,333,334	$12,200	28	$0	$0	Si	$572,400
2	CC	1015408199	GUERRERO ANDRES										X								231001	2	$166,667	$20,100	EPS008	2	$166,667	$0	CCF24	2	$166,667	$0	14-25	2	$166,667	$0	2	$0	$0	Si	$20,100
3	CC	51768660	ORTIZ ARAMINTA																		25-14	30	$1,333,495	$213,400	EPS008	30	$1,333,495	$53,400	CCF24	30	$1,333,495	$53,400	14-25	30	$1,333,495	$7,000	30	$0	$0	Si	$327,200
4	CC	1032480258	TIQUE ANGIE																		230301	30	$1,300,000	$208,000	EPS017	30	$1,300,000	$52,000	CCF24	30	$1,300,000	$52,000	14-25	30	$1,300,000	$6,800	30	$0	$0	Si	$318,800
Centro de Trabajo: 6.96000 (5 Afiliados)																							**$8,226,329**	**$1,316,300**			**$8,226,329**	**$329,200**			**$8,099,045**	**$324,100**			**$8,226,329**	**$572,700**		**$0**	**$0**		**$2,542,300**
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (5 Afiliados)																							**$8,226,329**	**$1,316,300**			**$8,226,329**	**$329,200**			**$8,099,045**	**$324,100**			**$8,226,329**	**$572,700**		**$0**	**$0**		**$2,542,300**
5	CC	79938509	ABRIL ANDRES																		230201	30	$3,000,000	$480,000	EPS002	30	$3,000,000	$120,000	CCF24	30	$3,000,000	$120,000	14-25	30	$3,000,000	$208,800	30	$0	$0	Si	$928,800
6	CC	80758904	GOMEZ FREDDY																		230301	30	$908,526	$145,400	EPS008	30	$908,526	$36,400	CCF24	30	$781,242	$31,300	14-25	30	$908,526	$63,300	30	$0	$0	Si	$276,400
7	CC	1023018170	JAIME JONATAN																		230301	30	$1,390,000	$222,400	EPSC34	30	$1,390,000	$55,600	CCF24	30	$1,390,000	$55,600	14-25	30	$1,390,000	$96,800	30	$0	$0	Si	$430,400
8	CC	11451027	MORENO LUIS																		231001	30	$927,803	$148,500	EPS005	30	$927,803	$37,200	CCF24	30	$927,803	$37,200	14-25	30	$927,803	$64,600	30	$0	$0	Si	$287,500
9	CC	79279249	PINZON JORGE																		25-14	30	$2,000,000	$320,000	EPS005	30	$2,000,000	$80,000	CCF24	30	$2,000,000	$80,000	14-25	30	$2,000,000	$139,200	30	$0	$0	Si	$619,200

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO				NOVEDADES																		PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES				
No.	Identificación		Nombre	ing	ret	tde	tae	tdp	tap	vsp	cor	vst	sln	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
SUCURSAL: EMPRESA DE ENERGIA (2 Afiliados)																							**$666,254**	**$82,600**			**$666,254**	**$2,600**			**$666,254**	**$2,600**			**$666,254**	**$4,400**		**$0**	**$0**		**$92,200**
Centro de Trabajo: 6.96000 (2 Afiliados)																							**$666,254**	**$82,600**			**$666,254**	**$2,600**			**$666,254**	**$2,600**			**$666,254**	**$4,400**		**$0**	**$0**		**$92,200**
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (2 Afiliados)																							**$666,254**	**$82,600**			**$666,254**	**$2,600**			**$666,254**	**$2,600**			**$666,254**	**$4,400**		**$0**	**$0**		**$92,200**
10	CC	294693	MARTINEZ ARQUIMEDES	X																	25-14	1	$30,285	$4,900	EPS017	1	$30,285	$1,300	CCF24	1	$30,285	$1,300	14-25	1	$30,285	$2,200	1	$0	$0	Si	$9,700
11	CC	294693	MARTINEZ ARQUIMEDES											X							25-14	10	$302,842	$36,400	EPS017	10	$302,842	$0	CCF24	10	$302,842	$0	14-25	10	$302,842	$0	10	$0	$0	Si	$36,400
12	CC	294694	MARTINEZ HECTOR	X																	230201	1	$30,285	$4,900	EPS017	1	$30,285	$1,300	CCF24	1	$30,285	$1,300	14-25	1	$30,285	$2,200	1	$0	$0	Si	$9,700
13	CC	294694	MARTINEZ HECTOR											X							230201	10	$302,842	$36,400	EPS017	10	$302,842	$0	CCF24	10	$302,842	$0	14-25	10	$302,842	$0	10	$0	$0	Si	$36,400

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	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte	Exonerado SENA e ICBF	Total Aportes
SUCURSAL: CSJ- CUCUTA (2 Afiliados)																							**$2,906,906**	**$465,200**			**$3,853,287**	**$154,200**			**$3,853,287**	**$154,200**			**$3,853,287**	**$268,300**		**$0**	**$0**		**$1,041,900**
Centro de Trabajo: 6.96000 (2 Afiliados)																							**$2,906,906**	**$465,200**			**$3,853,287**	**$154,200**			**$3,853,287**	**$154,200**			**$3,853,287**	**$268,300**		**$0**	**$0**		**$1,041,900**
Ciudad: LOS PATIOS Depto: NORTE DE SANTANDER (2 Afiliados)																							**$2,906,906**	**$465,200**			**$3,853,287**	**$154,200**			**$3,853,287**	**$154,200**			**$3,853,287**	**$268,300**		**$0**	**$0**		**$1,041,900**
14	CC	13248231	CASTILLA JOSE									X										0	$0	$0	ESSC24	30	$946,381	$37,900	CCF37	30	$946,381	$37,900	14-25	30	$946,381	$65,900	30	$0	$0	Si	$141,700
15	CC	1075245257	MARROQUIN MAYRA									X									230201	30	$2,906,906	$465,200	EPS037	30	$2,906,906	$116,300	CCF37	30	$2,906,906	$116,300	14-25	30	$2,906,906	$202,400	30	$0	$0	Si	$900,200

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO				NOVEDADES																		PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES				
No.	Identificación		Nombre	ing	ret	tde	tae	tdp	tap	vsp	cor	vst	sln	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
SUCURSAL: BAHIA SOLANO- (2 Afiliados)																							**$1,362,789**	**$218,100**			**$1,362,789**	**$54,600**			**$1,538,185**	**$61,600**			**$1,362,789**	**$95,000**		**$0**	**$0**		**$429,300**

Planilla Resumen

Centro de Trabajo: 6.96000 (2 Afiliados)																							**$1,362,789**	**$218,100**			**$1,362,789**	**$54,600**			**$1,538,185**	**$61,600**			**$1,362,789**	**$95,000**		**$0**	**$0**		**$429,300**
Ciudad: BAHIA SOLANO Depto: CHOCO (2 Afiliados)																							**$1,362,789**	**$218,100**			**$1,362,789**	**$54,600**			**$1,538,185**	**$61,600**			**$1,362,789**	**$95,000**		**$0**	**$0**		**$429,300**
16	CC	1050961032	GONZALEZ FERNANDO		X															X	230301	15	$454,263	$72,700	CCFC55	15	$454,263	$18,200	CCF29	15	$532,497	$21,300	14-25	15	$454,263	$31,700	15	$0	$0	Si	$143,900
17	CC	82384618	HURTADO ELIO		X															X	230301	30	$908,526	$145,400	CCFC20	30	$908,526	$36,400	CCF29	30	$1,005,688	$40,300	14-25	30	$908,526	$63,300	30	$0	$0	Si	$285,400

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	Días	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte	Exonerado SENA e ICBF	Total Aportes
SUCURSAL: JOSE BALLEN GR.2 C.3 (6 Afiliados)																							**$5,033,842**	**$805,800**			**$5,033,842**	**$201,700**			**$5,078,006**	**$203,400**			**$5,033,842**	**$348,700**		**$0**	**$0**		**$1,559,600**
Centro de Trabajo: 005 (6 Afiliados)																							**$5,033,842**	**$805,800**			**$5,033,842**	**$201,700**			**$5,078,006**	**$203,400**			**$5,033,842**	**$348,700**		**$0**	**$0**		**$1,559,600**
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (6 Afiliados)																							**$5,033,842**	**$805,800**			**$5,033,842**	**$201,700**			**$5,078,006**	**$203,400**			**$5,033,842**	**$348,700**		**$0**	**$0**		**$1,559,600**
18	CC	80747799	ARIAS JOSUE																		231001	30	$908,526	$145,400	EPS002	30	$908,526	$36,400	CCF24	30	$908,526	$36,400	14-25	30	$908,526	$63,300	30	$0	$0	Si	$281,500
19	CC	1012393908	BALLEN OSWALDO																		230301	30	$927,000	$148,400	EPS017	30	$927,000	$37,100	CCF24	30	$927,000	$37,100	14-25	30	$927,000	$64,600	30	$0	$0	Si	$287,200
20	CC	1012404237	CASTAÑO NESTOR																		230201	29	$878,242	$140,600	EPS017	29	$878,242	$35,200	CCF24	29	$878,242	$35,200	14-25	29	$878,242	$61,200	29	$0	$0	Si	$272,200
21	CC	1012404237	CASTAÑO NESTOR											X							230201	1	$30,285	$4,900	EPS017	1	$30,285	$1,300	CCF24	0	$0	$0	14-25	1	$30,285	$0	0	$0	$0	Si	$6,200
22	CC	80272400	FORERO CARLOS		X															X	25-14	15	$454,263	$72,700	EPS017	15	$454,263	$18,200	CCF24	15	$528,712	$21,200	14-25	15	$454,263	$31,700	15	$0	$0	Si	$143,800
23	CC	1073718748	MARIN FERNANDO																		230201	30	$908,526	$145,400	EPSC22	30	$908,526	$36,400	CCF24	30	$908,526	$36,400	14-25	30	$908,526	$63,300	30	$0	$0	Si	$281,500
24	CC	80560331	MELO WIDIN																		230301	30	$927,000	$148,400	EPS002	30	$927,000	$37,100	CCF24	30	$927,000	$37,100	14-25	30	$927,000	$64,600	30	$0	$0	Si	$287,200

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO				NOVEDADES																	PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES				
No.		Identificación	Nombre	ing	ret	tde	tae	tdp	tap	vsp	cor	vst	sln	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
SUCURSAL: JOSE TORRES GR1 C.2 (5 Afiliados)																							**$915,918**	**$146,700**			**$915,918**	**$36,900**			**$2,133,148**	**$85,600**			**$915,918**	**$64,100**		**$0**	**$0**		**$333,300**
Centro de Trabajo: 005 (5 Afiliados)																							**$915,918**	**$146,700**			**$915,918**	**$36,900**			**$2,133,148**	**$85,600**			**$915,918**	**$64,100**		**$0**	**$0**		**$333,300**
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (5 Afiliados)																							**$915,918**	**$146,700**			**$915,918**	**$36,900**			**$2,133,148**	**$85,600**			**$915,918**	**$64,100**		**$0**	**$0**		**$333,300**
25	CC	1022347313	MEDINA JHON		X															X	230301	6	$181,706	$29,100	EPS008	6	$181,706	$7,300	CCF24	6	$417,670	$16,800	14-25	6	$181,706	$12,700	6	$0	$0	Si	$65,900
26	CC	1069402715	MOLINA OMAR		X															X	230201	6	$185,400	$29,700	EPS002	6	$185,400	$7,500	CCF24	6	$415,862	$16,700	14-25	6	$185,400	$13,000	6	$0	$0	Si	$66,900
27	CC	1032419915	RUIZ LUIS		X															X	230201	6	$181,706	$29,100	EPS037	6	$181,706	$7,300	CCF24	6	$423,980	$17,000	14-25	6	$181,706	$12,700	6	$0	$0	Si	$66,100
28	CC	80810417	TORRES JOSE		X															X	230201	6	$185,400	$29,700	EPS008	6	$185,400	$7,500	CCF24	6	$439,038	$17,600	14-25	6	$185,400	$13,000	6	$0	$0	Si	$67,800
29	CC	1023879405	TORRES LUIS		X															X	230201	6	$181,706	$29,100	EPS002	6	$181,706	$7,300	CCF24	6	$436,598	$17,500	14-25	6	$181,706	$12,700	6	$0	$0	Si	$66,600

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	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
SUCURSAL: RODRIGO TRIANA GR.2 C.1 (5 Afiliados)																							**$3,776,178**	**$604,400**			**$3,776,178**	**$151,300**			**$4,216,911**	**$169,000**			**$3,776,178**	**$263,200**		**$0**	**$0**		**$1,187,900**
Centro de Trabajo: 005 (5 Afiliados)																							**$3,776,178**	**$604,400**			**$3,776,178**	**$151,300**			**$4,216,911**	**$169,000**			**$3,776,178**	**$263,200**		**$0**	**$0**		**$1,187,900**
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (5 Afiliados)																							**$3,776,178**	**$604,400**			**$3,776,178**	**$151,300**			**$4,216,911**	**$169,000**			**$3,776,178**	**$263,200**		**$0**	**$0**		**$1,187,900**
30	CC	79257631	CAMACHO LUIS		X															X	25-14	30	$908,526	$145,400	EPS002	30	$908,526	$36,400	CCF24	30	$1,205,059	$48,300	14-25	30	$908,526	$63,300	30	$0	$0	Si	$293,400
31	CC	91134068	GONZALEZ NELSON		X															X	25-14	4	$123,600	$19,800	EPS017	4	$123,600	$5,000	CCF24	4	$267,800	$10,800	14-25	4	$123,600	$8,700	4	$0	$0	Si	$44,300
32	CC	79534335	OYOLA ALFONSO																		230301	30	$908,526	$145,400	EPS002	30	$908,526	$36,400	CCF24	30	$908,526	$36,400	14-25	30	$908,526	$63,300	30	$0	$0	Si	$281,500
33	CC	80559539	TRIANA JOSE																		230201	30	$927,000	$148,400	EPS017	30	$927,000	$37,100	CCF24	30	$927,000	$37,100	14-25	30	$927,000	$64,600	30	$0	$0	Si	$287,200
34	CC	80559751	VANEGAS JORGE																		230201	30	$908,526	$145,400	EPS002	30	$908,526	$36,400	CCF24	30	$908,526	$36,400	14-25	30	$908,526	$63,300	30	$0	$0	Si	$281,500

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
SUCURSAL: DIOVIGILDO HERNANDEZ GR.2 C.2 (6 Afiliados)																							**$4,185,885**	**$668,900**			**$4,185,885**	**$166,500**			**$4,454,657**	**$177,300**			**$4,185,885**	**$289,700**		**$0**	**$0**		**$1,302,400**

PLANILLA PAGADA

Planilla Resumen

Centro de Trabajo: 5 (6 Afiliados)																							$4,185,885	$668,900			$4,185,885	$166,500			$4,454,657	$177,300			$4,185,885	$289,700		$0	$0		$1,302,400
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (6 Afiliados)																							$4,185,885	$668,900			$4,185,885	$166,500			$4,454,657	$177,300			$4,185,885	$289,700		$0	$0		$1,302,400
35	CC	1077320771	GOMEZ YEISON																		231001	30	$927,000	$148,400	EPS037	30	$927,000	$37,100	CCF24	30	$927,000	$37,100	14-25	30	$927,000	$64,600	30	$0	$0	Si	$287,200
36	CC	1033680984	GUTIERREZ ESGAR																		230301	30	$908,526	$145,400	EPS010	30	$908,526	$36,400	CCF24	30	$908,526	$36,400	14-25	30	$908,526	$63,300	30	$0	$0	Si	$281,500
37	CC	13954734	HERNANDEZ DIOVIGILDO																		230301	30	$927,000	$148,400	EPS010	30	$927,000	$37,100	CCF24	30	$927,000	$37,100	14-25	30	$927,000	$64,600	30	$0	$0	Si	$287,200
38	CC	1013679095	MORENO JEFFERSON																		230201	30	$908,526	$145,400	EPS002	30	$908,526	$36,400	CCF24	30	$908,526	$36,400	14-25	30	$908,526	$63,300	30	$0	$0	Si	$281,500
39	CC	1005205927	SANCHEZ MIGUEL		X															X	230201	15	$454,263	$72,700	ESSC24	15	$454,263	$18,200	CCF24	15	$723,035	$29,000	14-25	15	$454,263	$31,700	15	$0	$0	Si	$151,600
40	CC	80743782	SUAREZ LUIS	X	X																230201	1	$30,285	$4,900	EPS017	1	$30,285	$1,300	CCF24	1	$30,285	$1,300	14-25	1	$30,285	$2,200	1	$0	$0	Si	$9,700
41	CC	80743782	SUAREZ LUIS										X								230201	1	$30,285	$3,700	EPS017	1	$30,285	$0	CCF24	1	$30,285	$0	14-25	1	$30,285	$0	1	$0	$0	Si	$3,700

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	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte	Exonerado SENA e ICBF	Total Aportes
SUCURSAL: JBB- ADMIN- GR.2 (1 Afiliados)																							$1,757,000	$281,200			$1,757,000	$70,300			$1,757,000	$70,300			$1,757,000	$9,200		$0	$0		$431,000
Centro de Trabajo: 001 (1 Afiliados)																							$1,757,000	$281,200			$1,757,000	$70,300			$1,757,000	$70,300			$1,757,000	$9,200		$0	$0		$431,000
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)																							$1,757,000	$281,200			$1,757,000	$70,300			$1,757,000	$70,300			$1,757,000	$9,200		$0	$0		$431,000
42	CC	1070983270	ESPINEL DAIRON																		230201	30	$1,757,000	$281,200	EPSC22	30	$1,757,000	$70,300	CCF24	30	$1,757,000	$70,300	14-25	30	$1,757,000	$9,200	30	$0	$0	Si	$431,000

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	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte	Exonerado SENA e ICBF	Total Aportes
SUCURSAL: ARMADA NACIONAL (1 Afiliados)																							$1,473,750	$235,800			$1,473,750	$59,000			$1,473,750	$59,000			$1,473,750	$102,600		$0	$0		$456,400
Centro de Trabajo: 005 (1 Afiliados)																							$1,473,750	$235,800			$1,473,750	$59,000			$1,473,750	$59,000			$1,473,750	$102,600		$0	$0		$456,400
Ciudad: CARTAGENA Depto: BOLIVAR (1 Afiliados)																							$1,473,750	$235,800			$1,473,750	$59,000			$1,473,750	$59,000			$1,473,750	$102,600		$0	$0		$456,400
43	CC	1047423185	SALVADOR ANDREA									X									230301	30	$1,473,750	$235,800	EPS005	30	$1,473,750	$59,000	CCF09	30	$1,473,750	$59,000	14-25	30	$1,473,750	$102,600	30	$0	$0	Si	$456,400

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	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte	Exonerado SENA e ICBF	Total Aportes
SUCURSAL: CENTRO COMERICAL CAPRI (1 Afiliados)																							$1,500,000	$240,000			$1,500,000	$60,000			$1,500,000	$60,000			$1,500,000	$104,400		$0	$0		$464,400
Centro de Trabajo: 005 (1 Afiliados)																							$1,500,000	$240,000			$1,500,000	$60,000			$1,500,000	$60,000			$1,500,000	$104,400		$0	$0		$464,400
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)																							$1,500,000	$240,000			$1,500,000	$60,000			$1,500,000	$60,000			$1,500,000	$104,400		$0	$0		$464,400
44	CC	1013668990	BUITRAGO ANGELICA																		230301	30	$1,500,000	$240,000	EPS008	30	$1,500,000	$60,000	CCF24	30	$1,500,000	$60,000	14-25	30	$1,500,000	$104,400	30	$0	$0	Si	$464,400

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	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte	Exonerado SENA e ICBF	Total Aportes
SUCURSAL: RAFEL FULA GRUP1 CUA1 (5 Afiliados)																							$2,412,775	$386,300			$2,412,775	$96,700			$2,942,729	$117,900			$2,412,775	$168,300		$0	$0		$769,200
Centro de Trabajo: 005 (5 Afiliados)																							$2,412,775	$386,300			$2,412,775	$96,700			$2,942,729	$117,900			$2,412,775	$168,300		$0	$0		$769,200
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (5 Afiliados)																							$2,412,775	$386,300			$2,412,775	$96,700			$2,942,729	$117,900			$2,412,775	$168,300		$0	$0		$769,200
45	CC	1033811729	BENITEZ LEIDER		X															X	230301	13	$393,695	$63,000	EPS002	13	$393,695	$15,800	CCF24	13	$439,121	$17,600	14-25	13	$393,695	$27,500	13	$0	$0	Si	$123,900
46	CC	1000031289	DIAZ GERMAN		X															X	230301	16	$484,548	$77,600	EPS002	16	$484,548	$19,400	CCF24	16	$608,208	$24,400	14-25	16	$484,548	$33,800	16	$0	$0	Si	$155,200
47	CC	18224103	FULA RAFAEL		X															X	230301	17	$525,300	$84,100	EPS002	17	$525,300	$21,100	CCF24	17	$674,650	$27,000	14-25	17	$525,300	$36,600	17	$0	$0	Si	$168,800
48	CC	13616567	PUENTES JUAN		X															X	230301	16	$494,400	$79,200	EPS017	16	$494,400	$19,800	CCF24	16	$597,400	$23,900	14-25	16	$494,400	$34,500	16	$0	$0	Si	$157,400
49	CC	1033800320	REAL JOHN		X															X	230301	17	$514,832	$82,400	EPS037	17	$514,832	$20,600	CCF24	17	$623,350	$25,000	14-25	17	$514,832	$35,900	17	$0	$0	Si	$163,900

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	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte	Exonerado SENA e ICBF	Total Aportes
SUCURSAL: JOSE BALLEN GRU.1.C.1.1 (6 Afiliados)																							$2,857,188	$410,400			$2,857,188	$67,200			$2,736,051	$62,300			$2,857,188	$108,100		$0	$0		$648,000

Planilla Resumen

Centro de Trabajo: 005 (6 Afiliados)																							**$2,857,188**	**$410,400**			**$2,857,188**	**$67,200**			**$2,736,051**	**$62,300**			**$2,857,188**	**$108,100**		**$0**	**$0**		**$648,000**
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (6 Afiliados)																							**$2,857,188**	**$410,400**			**$2,857,188**	**$67,200**			**$2,736,051**	**$62,300**			**$2,857,188**	**$108,100**		**$0**	**$0**		**$648,000**
50	CC	1110471501	DUCUARA HERARDO	X																	230301	11	$333,127	$53,400	EPS002	11	$333,127	$13,400	CCF24	11	$333,127	$13,400	14-25	11	$333,127	$23,200	11	$0	$0	Si	$103,400
51	CC	1110471501	DUCUARA HERARDO										X								230301	8	$242,274	$29,100	EPS002	8	$242,274	$0	CCF24	8	$242,274	$0	14-25	8	$242,274	$0	8	$0	$0	Si	$29,100
52	CC	5668393	GALEANO FLORIBERTO	X																	231001	11	$333,127	$53,400	EPS037	11	$333,127	$13,400	CCF24	11	$333,127	$13,400	14-25	11	$333,127	$23,200	11	$0	$0	Si	$103,400
53	CC	5668393	GALEANO FLORIBERTO										X								231001	5	$151,421	$18,200	EPS037	5	$151,421	$0	CCF24	5	$151,421	$0	14-25	5	$151,421	$0	5	$0	$0	Si	$18,200
54	CC	1100482296	GALEANO JORGE	X																	231001	7	$211,990	$34,000	EPS017	7	$211,990	$8,500	CCF24	7	$211,990	$8,500	14-25	7	$211,990	$14,800	7	$0	$0	Si	$65,800
55	CC	1100482296	GALEANO JORGE																X		231001	4	$121,137	$19,400	EPS017	4	$121,137	$4,900	CCF24	0	$0	$0	14-25	4	$121,137	$0	0	$0	$0	Si	$24,300
56	CC	1100482296	GALEANO JORGE										X								231001	8	$242,274	$29,100	EPS017	8	$242,274	$0	CCF24	8	$242,274	$0	14-25	8	$242,274	$0	8	$0	$0	Si	$29,100
57	CC	1002727015	GRAJALES ALVARO	X																	230301	11	$333,127	$53,400	EPS002	11	$333,127	$13,400	CCF24	11	$333,127	$13,400	14-25	11	$333,127	$23,200	11	$0	$0	Si	$103,400
58	CC	1002727015	GRAJALES ALVARO										X								230301	8	$242,274	$29,100	EPS002	8	$242,274	$0	CCF24	8	$242,274	$0	14-25	8	$242,274	$0	8	$0	$0	Si	$29,100
59	CC	1012372110	SUAREZ ALIRIO	X																	230201	11	$339,900	$54,400	EPS002	11	$339,900	$13,600	CCF24	11	$339,900	$13,600	14-25	11	$339,900	$23,700	11	$0	$0	Si	$105,300
60	CC	1012372110	SUAREZ ALIRIO										X								230201	6	$185,400	$22,300	EPS002	6	$185,400	$0	CCF24	6	$185,400	$0	14-25	6	$185,400	$0	6	$0	$0	Si	$22,300
61	CC	1003749761	TRIANA RAFAEL	X									X								230201	4	$121,137	$14,600	EPS005	4	$121,137	$0	CCF24	4	$121,137	$0	14-25	4	$121,137	$0	4	$0	$0	Si	$14,600
Total	**Afiliados(50)**																						$42,208,310	$6,676,600			$43,154,691	$1,649,000			$45,582,519	$1,746,100			$43,154,691	$2,424,700		$0	$0		$12,496,400

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 830128894	1	GESTION RURAL Y URBANA S.A.S	B - MENOS DE 200 COTIZANTES	ADMINISTRACION	CRA.32 No. 25B-45	BOGOTA-BOGOTA D.E.	2443252	Si

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2021-04	2021-05	1004121225	9420076422	E	2021/05/25	2021/05/28	BANCO DAVIVIENDA	3	$12,496,400

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 4)				49	$6,676,600	$0	$0	$6,676,600
COLFONDOS	231001	800,227,940	6	6	$989,900	$0	$0	$989,900
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	6	$812,600	$0	$0	$812,600
PORVENIR	230301	800,224,808	8	20	$2,586,100	$0	$0	$2,586,100
PROTECCION	230201	800,229,739	0	17	$2,288,000	$0	$0	$2,288,000
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				50	$2,424,700	$0	$0	$2,424,700
COLMENA	14-25	800,226,175	3	50	$2,424,700	$0	$0	$2,424,700
CCF (ADMINISTRADORAS: 4)				50	$1,746,100	$0	$0	$1,746,100
COMFACHOCÓ	CCF29	891,600,091	8	2	$61,600	$0	$0	$61,600
COMFAMILIAR CARTAGENA	CCF09	890,480,110	1	1	$59,000	$0	$0	$59,000
COMFANORTE	CCF37	890,500,516	3	2	$154,200	$0	$0	$154,200
COMPENSAR	CCF24	860,066,942	7	45	$1,471,300	$0	$0	$1,471,300
EPS (ADMINISTRADORAS: 11)				50	$1,649,000	$0	$0	$1,649,000
CAJACOPI ATLANTICO	CCFC55	890,102,044	1	1	$18,200	$0	$0	$18,200
CAPITAL SALUD	EPSC34	900,298,372	9	1	$55,600	$0	$0	$55,600
COMFACHOCÓ	CCFC20	891,600,091	8	1	$36,400	$0	$0	$36,400
COMPENSAR	EPS008	860,066,942	7	6	$258,000	$0	$0	$258,000
CONVIDA	EPSC22	899,999,107	9	2	$106,700	$0	$0	$106,700
COOSALUD MOVILIDAD	ESSC24	900,226,715	3	2	$56,100	$0	$0	$56,100
EPS SURA (ANTES SUSALUD)	EPS010	800,088,702	2	2	$73,500	$0	$0	$73,500
FAMISANAR	EPS017	830,003,564	7	11	$223,000	$0	$0	$223,000
NUEVA E.P.S.	EPS037	900,156,264	2	5	$194,700	$0	$0	$194,700
SALUD TOTAL	EPS002	800,130,907	4	15	$450,600	$0	$0	$450,600
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	4	$176,200	$0	$0	$176,200
TOTAL				**50**	**$12,496,400**	**$0**	**$0**	**$12,496,400**

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 830128894	1	GESTION RURAL Y URBANA S.A.S	B - MENOS DE 200 COTIZANTES	ADMINISTRACION	CRA.32 No. 25B-45	BOGOTA-BOGOTA D.E.	2443252	Si

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2021-04	2021-04	1008672401	9420116663	Y	2021/05/25	2021/06/01	BANCO DE BOGOTA	7	$2,103,700

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	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte	Exonerado SENA e ICBF	Total Aportes
SUCURSAL: ADMINISTRACION (2 Afiliados)																							$0	$0			$0	$0			$0	$0			$1,483,926	$103,400		$0	$0		$103,400
Centro de Trabajo: 6.96000 (2 Afiliados)																							$0	$0			$0	$0			$0	$0			$1,483,926	$103,400		$0	$0		$103,400
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (2 Afiliados)																							$0	$0			$0	$0			$0	$0			$1,483,926	$103,400		$0	$0		$103,400
1	CC	1022398990	MORENO LUIS																			0	$0	$0		0	$0	$0		0	$0	$0	14-25	30	$908,526	$63,300	0	$0	$0	No	$63,300
2	CC	1014279595	RIOS FABIAN	X																		0	$0	$0		0	$0	$0		0	$0	$0	14-25	19	$575,400	$40,100	0	$0	$0	No	$40,100

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	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte	Exonerado SENA e ICBF	Total Aportes
SUCURSAL: SECRETARIA EDUCACION (3 Afiliados)																							$0	$0			$0	$0			$0	$0			$3,628,526	$252,700		$0	$0		$252,700
Centro de Trabajo: 6.96000 (3 Afiliados)																							$0	$0			$0	$0			$0	$0			$3,628,526	$252,700		$0	$0		$252,700
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (3 Afiliados)																							$0	$0			$0	$0			$0	$0			$3,628,526	$252,700		$0	$0		$252,700
3	CC	81753029	CAMARGO JAIRO																			0	$0	$0		0	$0	$0		0	$0	$0	14-25	30	$1,600,000	$111,400	0	$0	$0	No	$111,400
4	CC	52784808	HERNANDEZ YESENIA																			0	$0	$0		0	$0	$0		0	$0	$0	14-25	30	$908,526	$63,300	0	$0	$0	No	$63,300
5	CC	13929799	HERRERA HELBER																			0	$0	$0		0	$0	$0		0	$0	$0	14-25	30	$1,120,000	$78,000	0	$0	$0	No	$78,000

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	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte	Exonerado SENA e ICBF	Total Aportes
SUCURSAL: IDIGER (1 Afiliados)																							$0	$0			$0	$0			$0	$0			$40,000	$2,800		$0	$0		$2,800
Centro de Trabajo: 6.96000 (1 Afiliados)																							$0	$0			$0	$0			$0	$0			$40,000	$2,800		$0	$0		$2,800
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)																							$0	$0			$0	$0			$0	$0			$40,000	$2,800		$0	$0		$2,800
6	CC	1018403828	RODRIGUEZ STEEVEN		X																	0	$0	$0		0	$0	$0		0	$0	$0	14-25	1	$40,000	$2,800	0	$0	$0	No	$2,800

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
SUCURSAL: JARDIN BOTANICO (12 Afiliados)																							$0	$0			$0	$0			$0	$0			$17,074,667	$1,188,600		$0	$0		$1,188,600
Centro de Trabajo: 6.96000 (12 Afiliados)																							$0	$0			$0	$0			$0	$0			$17,074,667	$1,188,600		$0	$0		$1,188,600
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (12 Afiliados)																							$0	$0			$0	$0			$0	$0			$17,074,667	$1,188,600		$0	$0		$1,188,600
7	CC	19265723	CASTILLO GILDARDO																			0	$0	$0		0	$0	$0		0	$0	$0	14-25	30	$1,760,000	$122,500	0	$0	$0	No	$122,500
8	CC	1012327199	CRUZ EDWIN		X																	0	$0	$0		0	$0	$0		0	$0	$0	14-25	30	$1,520,000	$105,800	0	$0	$0	No	$105,800
9	CC	1032394772	DAZA DIANA																			0	$0	$0		0	$0	$0		0	$0	$0	14-25	30	$1,280,000	$89,100	0	$0	$0	No	$89,100
10	CC	19374368	DIAZ JOSE																			0	$0	$0		0	$0	$0		0	$0	$0	14-25	30	$1,760,000	$122,500	0	$0	$0	No	$122,500
11	CC	80142041	GAMEZ RUBEN																			0	$0	$0		0	$0	$0		0	$0	$0	14-25	30	$1,320,000	$91,900	0	$0	$0	No	$91,900
12	CC	7124915	LAITON GIOVANI																			0	$0	$0		0	$0	$0		0	$0	$0	14-25	30	$1,520,000	$105,800	0	$0	$0	No	$105,800
13	CC	51611412	MENDEZ MARIA																			0	$0	$0		0	$0	$0		0	$0	$0	14-25	30	$1,520,000	$105,800	0	$0	$0	No	$105,800
14	CC	19256195	MOJICA ALIRIO		X																	0	$0	$0		0	$0	$0		0	$0	$0	14-25	21	$1,064,000	$74,100	0	$0	$0	No	$74,100
15	CC	1026280192	MUNAR CAMILO																			0	$0	$0		0	$0	$0		0	$0	$0	14-25	30	$1,520,000	$105,800	0	$0	$0	No	$105,800
16	CC	1127533918	PALACIOS KEVIN		X																	0	$0	$0		0	$0	$0		0	$0	$0	14-25	26	$970,667	$67,600	0	$0	$0	No	$67,600
17	CC	79841148	RUBIO ALEX																			0	$0	$0		0	$0	$0		0	$0	$0	14-25	30	$1,520,000	$105,800	0	$0	$0	No	$105,800
18	CC	52498204	TREJOS DAMALIS																			0	$0	$0		0	$0	$0		0	$0	$0	14-25	30	$1,320,000	$91,900	0	$0	$0	No	$91,900

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

aportes en línea

Planilla Resumen

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
SUCURSAL: CSJ- CUCUTA (2 Afiliados)																						$0	$0			$0	$0			$0	$0			$2,908,526	$202,500		$0	$0		$202,500
Centro de Trabajo: 6.96000 (2 Afiliados)																						$0	$0			$0	$0			$0	$0			$2,908,526	$202,500		$0	$0		$202,500
Ciudad: LOS PATIOS Depto: NORTE DE SANTANDER (2 Afiliados)																						$0	$0			$0	$0			$0	$0			$2,908,526	$202,500		$0	$0		$202,500
19	CC	88281350	CARREÑO NIXON																	0		$0	$0		0	$0	$0		0	$0	$0	14-25	30	$2,000,000	$139,200	0	$0	$0	No	$139,200
20	CC	1091663129	CRIADO SAUL																	0		$0	$0		0	$0	$0		0	$0	$0	14-25	30	$908,526	$63,300	0	$0	$0	No	$63,300

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO			NOVEDADES																	PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES					
No.	Identificación	Nombre	ing	ret	tde	tae	tdp	tap	vsp	cor	vst	sln	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
SUCURSAL: BAHIA SOLANO- (1 Afiliados)																						$0	$0			$0	$0			$0	$0			$2,080,000	$144,800		$0	$0		$144,800
Centro de Trabajo: 6.96000 (1 Afiliados)																						$0	$0			$0	$0			$0	$0			$2,080,000	$144,800		$0	$0		$144,800
Ciudad: BAHIA SOLANO Depto: CHOCO (1 Afiliados)																						$0	$0			$0	$0			$0	$0			$2,080,000	$144,800		$0	$0		$144,800
21	CC	80416678	FONSECA PEDRO																	0		$0	$0		0	$0	$0		0	$0	$0	14-25	30	$2,080,000	$144,800	0	$0	$0	No	$144,800

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
SUCURSAL: 4-72 (1 Afiliados)																						$0	$0			$0	$0			$0	$0			$1,400,000	$97,500		$0	$0		$97,500
Centro de Trabajo: 6.96000 (1 Afiliados)																						$0	$0			$0	$0			$0	$0			$1,400,000	$97,500		$0	$0		$97,500
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)																						$0	$0			$0	$0			$0	$0			$1,400,000	$97,500		$0	$0		$97,500
22	CC	1053784475	ARISTIZABAL NESTOR																	0		$0	$0		0	$0	$0		0	$0	$0	14-25	30	$1,400,000	$97,500	0	$0	$0	No	$97,500

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	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte	Exonerado SENA e ICBF	Total Aportes
SUCURSAL: ARMADA NACIONAL (1 Afiliados)																						$0	$0			$0	$0			$0	$0			$1,600,000	$111,400		$0	$0		$111,400
Centro de Trabajo: 005 (1 Afiliados)																						$0	$0			$0	$0			$0	$0			$1,600,000	$111,400		$0	$0		$111,400
Ciudad: CARTAGENA Depto: BOLIVAR (1 Afiliados)																						$0	$0			$0	$0			$0	$0			$1,600,000	$111,400		$0	$0		$111,400
23	CC	73207678	CAMACHO FREDY																	0		$0	$0		0	$0	$0		0	$0	$0	14-25	30	$1,600,000	$111,400	0	$0	$0	No	$111,400
Total	**Afiliados(23)**																					$0	$0			$0	$0			$0	$0			$30,215,645	$2,103,700		$0	$0		$2,103,700

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
NIT 830128894	1	GESTION RURAL Y URBANA S.A.S	B - MENOS DE 200 COTIZANTES	ADMINISTRACION	CRA.32 No. 25B-45	BOGOTA-BOGOTA D.E.	2443252	Si

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2021-04	2021-04	1008672401	9420116663	Y	2021/05/25	2021/06/01	BANCO DE BOGOTA	7	$2,103,700

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				23	$2,103,700	$0	$0	$2,103,700
COLMENA	14-25	800,226,175	3	23	$2,103,700	$0	$0	$2,103,700
TOTAL				**23**	**$2,103,700**	**$0**	**$0**	**$2,103,700**

CONTROL DIARIO ESTADO DE SALUD DE TRABAJADORES

PROTOCOLO BIOSEGURIDAD POR EMERGENCIA COVID - 19

GRU. GESTIÓN RURAL Y URBANA S.A.S

F-SST-49 01

OBRA O PROYECTO: Colegio tecnico industrial Piloto sede C.

NOMBRE RESPONSABLE DEL REGISTRO:

IMPORTANTE:

TODA LA INFORMACIÓN QUE SE RECOGE, ES CON FINES ESTRICTAMENTE DE INTERÉS PÚBLICO ANTE LA SITUACIÓN DECRETADA POR LAS AUTORIDADES PÚBLICAS, PARA PROTEGER Y SALVAGUARDAR UN INTERÉS ESCENCIAL PARA LA VIDA DE LAS PERSONAS, EN CONSECUENCIA, AUTORIZO A LA EMPRESA PARA EL MANEJO DE LA INFORMACIÓN APORTADA EN ESTA ENCUESTA PARA DESARROLLAR ACCIONES DE PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN FRENTE AL CONTAGIO POR COVID-19, ACORDE CON LO NORMADO POR EL MINISTERIO DE SALUD Y DEMÁS AUTORIDADES COMPETENTES.

POR LO ANTERIOR, CON MI FIRMA AUTORIZO LA RECOLECCION Y TRATAMIENTO DE ESTA INFORMACIÓN

No.	FECHA	NOMBRE DEL TRABAJADOR	IDENTIFICACIÓN	ENCUESTA DE SÍNTOMAS (INDIQUE SI HA PRESENTADO ALGUNO DE LOS SIGUIENTES SINTOMAS) (MARQUE CON X)										FIRMA DEL TRABAJADOR
				TOS	FIEBRE CUANTIFICADA MAYOR A 38	DIFICULTAD PARA RESPIRAR	MALESTAR GENERAL	DEBILIDAD	PERDIDA OLFATO Y/O GUSTO	DOLOR DE GARGANTA	SINTOMAS GRIPALES	DIARREA	OTROS RELACIONADOS CON COVID-19	
1	3-05-21	Jorge Gonzalez	7491049											
2	3-05-21	Anibal Marquina	95098042											
3	3-05-21	Jesus Guerrero	19292910											
4	3-05-21	Saul Guerrero	19186323											
5	3-05-21	Diego Rativa	1049620924											
6	3-05-21	Luis Perez	79.490331											
7	3-05-21	Jose Chaparro	79906875											
8	3-05-21	Carlos Rahua	80277887											
9	4-05-21	Anibal Marquina	95098042											
10	4-05-21	Saul Guerrero	19186323											
11	4-05-21	Diego Rativa	1049620924											
12	4-05-21	Saul Montero	19186328											
13	5-05-21	Jorge Gonzalez	7491049											
14	5-05-21	Anibal marquina	95089421											
15	5-05-21	Diego Rativa	1049620924											
16	5-05-21	Jose chaparro	79906875											
17	6-5-21	Anibal Marquina	95098042											
18	6-05-21	Diego Rativa	1049620924											
19	6-05-21	Saul Montero	19186332											
20	6-05-21	Luis Perez	79490331											

SI ALGUN TRABAJADOR MANIFIESTA TENER SÍNTOMAS RELACIONADOS EN ESTA ENCUESTA, SE DEBE AISLAR PREVENTIVAMENTE EN SU CASA, CUMPLIENDO LAS MEDIDAS DE BIOSEGURIDAD (USO DE TAPABOCAS, LAVADO DE MANOS, DISTANCIAMIENTO FISICO DE 2 METROS), YA QUE ES POSIBLE QUE TENGA COVID-19.

EL TRABAJADOR SE DEBE COMUNICAR INMEDIATAMENTE A SU EPS Y NO ACUDIR AL SITIO DE TRABAJO, HASTA HABER TENIDO ATENCIÓN MÉDICA.
DEBE REPORTAR INMEDIATAMENTE LOS SINTOMAS Y LAS NOVEDADES DE SU ESTADO DE SALUD AL JEFE INMEDIATO Y/O RESIDENTE SST

CONTROL DIARIO ESTADO DE SALUD DE TRABAJADORES

PROTOCOLO BIOSEGURIDAD POR EMERGENCIA COVID - 19

GRU SAS — GESTIÓN RURAL Y URBANA SAS

F-SST-49 01

OBRA O PROYECTO: colegio tecnico industrial piloto sede C

NOMBRE RESPONSABLE DEL REGISTRO:

IMPORTANTE:

TODA LA INFORMACIÓN QUE SE RECOGE, ES CON FINES ESTRICTAMENTE DE INTERÉS PÚBLICO ANTE LA SITUACIÓN DECRETADA POR LAS AUTORIDADES PÚBLICAS, PARA PROTEGER Y SALVAGUARDAR UN INTERÉS ESCENCIAL PARA LA VIDA DE LAS PERSONAS, EN CONSECUENCIA, AUTORIZO A LA EMPRESA PARA EL MANEJO DE LA INFORMACIÓN APORTADA EN ESTA ENCUESTA PARA DESARROLLAR ACCIONES DE PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN FRENTE AL CONTAGIO POR COVID-19, ACORDE CON LO NORMADO POR EL MINISTERIO DE SALUD Y DEMÁS AUTORIDADES COMPETENTES.

POR LO ANTERIOR, CON MI FIRMA AUTORIZO LA RECOLECCION Y TRATAMIENTO DE ESTA INFORMACIÓN

No.	FECHA	NOMBRE DEL TRABAJADOR	IDENTIFICACIÓN	ENCUESTA DE SÍNTOMAS (MARQUE SI HA PRESENTADO ALGUNO DE LOS SIGUIENTES SINTOMAS) (MARQUE CON X)										FIRMA DEL TRABAJADOR
				TOS	FIEBRE CUANTIFICADA MAYOR A 38	DIFICULTAD PARA RESPIRAR	MALESTAR GENERAL	DEBILIDAD	PERDIDA OLFATO Y/O GUSTO	DOLOR DE GARGANTA	SINTOMAS GRIPALES	DIARREA	OTROS RELACIONADOS CON COVID-19	
1	7-05-21	anibal Maquino	9709812											Aníbal
2	7-05-21	Diego rativa	1049620924											Diego
3	7-05-21	Saul Montero	19186323											Saul.
4	8-05-21	anibal Maquino	95098021											Aníbal
5	10-05-21	Jorge Gonzalez	79490331											
6	10-05-21	Anibal Maquino	95098021											Aníbal
7	10-05-21	Saul montero	19186323											Saul.
8	11-05-21	Luis Perez	79490331											Luis Perez
9	11-05-21	Jose chaparro	79906875											Alfredo Chaparro
10	11-05-21	Anibal Maquino	95098021											Anibal
11	11-05-21	Saul Montero	19186323.											Saul.
12	12-05-21	Diego Rativa	1049620924											Diego
13	12-05-21	anibal Maquino	95098021											Aníbal
14	13-05-21	Jose chaparro	79906875											Alfredo chaparro
15	13-05-21	anibal Maquino	95098021											Aníbal
16	13 05 21	Jesus Guevara	19292990											Jesus
17	14.05.21	anibal Maquino	95098021											Aníbal
18	14-05-21	Jose chaparro	79906875											Alfredo Chaparro
19	14-05-21	saul montero	19786323											Saul.
20	14-05-21	Jorge Gonzalez	79490331											

SI ALGUN TRABAJADOR MANIFIESTA TENER SÍNTOMAS RELACIONADOS EN ESTA ENCUESTA, SE DEBE AISLAR PREVENTIVAMENTE EN SU CASA, CUMPLIENDO LAS MEDIDAS DE BIOSEGURIDAD (USO DE TAPABOCAS, LAVADO DE MANOS, DISTANCIAMIEENTO FISICO DE 2 METROS), YA QUE ES POSIBLE QUE TENGA COVID-19.

EL TRABAJADOR SE DEBE COMUNICAR INMEDIATAMENTE A SU EPS Y NO ACUDIR AL SITIO DE TRABAJO, HASTA HABER TENIDO ATENCIÓN MÉDICA.
DEBE REPORTAR INMEDIATAMENTE LOS SINTOMAS Y LAS NOVEDADES DE SU ESTADO DE SALUD AL JEFE INMEDIATO Y/O RESIDENTE SST

CONTROL DIARIO ESTADO DE SALUD DE TRABAJADORES

PROTOCOLO BIOSEGURIDAD POR EMERGENCIA COVID - 19

GRU GESTION RURAL Y URBANA SAS

F-SST-49 01

OBRA O PROYECTO: Colegio tecnico industrial Piloto sede C

NOMBRE RESPONSABLE DEL REGISTRO:

IMPORTANTE:

TODA LA INFORMACIÓN QUE SE RECOGE, ES CON FINES ESTRICTAMENTE DE INTERÉS PÚBLICO ANTE LA SITUACIÓN DECRETADA POR LAS AUTORIDADES PÚBLICAS, PARA PROTEGER Y SALVAGUARDAR UN INTERÉS ESCENCIAL PARA LA VIDA DE LAS PERSONAS, EN CONSECUENCIA, AUTORIZO A LA EMPRESA PARA EL MANEJO DE LA INFORMACIÓN APORTADA EN ESTA ENCUESTA PARA DESARROLLAR ACCIONES DE PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN FRENTE AL CONTAGIO POR COVID-19, ACORDE CON LO NORMADO POR EL MINISTERIO DE SALUD Y DEMÁS AUTORIDADES COMPETENTES.

POR LO ANTERIOR, CON MI FIRMA AUTORIZO LA RECOLECCION Y TRATAMIENTO DE ESTA INFORMACIÓN

No.	FECHA	NOMBRE DEL TRABAJADOR	IDENTIFICACIÓN	ENCUESTA DE SÍNTOMAS (INDIQUE SI HA PRESENTADO ALGUNO DE LOS SIGUIENTES SINTOMAS) (MARQUE CON X)										FIRMA DEL TRABAJADOR
				TOS	FIEBRE CUANTIFICADA MAYOR A 38	DIFICULTAD PARA RESPIRAR	MALESTAR GENERAL	DEBILIDAD	PERDIDA OLFATO Y/O GUSTO	DOLOR DE GARGANTA	SINTOMAS GRIPALES	DIARREA	OTROS RELACIONADOS CON COVID-19	
1	17.05.21	Jorge Gonzalez.	1741049											
2	17.05.21	Saul montero	19186323.											
3	18.05.21	Anibal Mosquera	95098042											
4	18.05.21	Saul montero	19186323											
5	18.05.21	Diego Rativa	1049620924											
6	19.05.21	Jorge Gonzalez	1741049											
7	19.05.21	Luis Perez	79449331											
8	19.05.21	Jose chaparro	79906875.											
9	24.05.21	Saul montero	19186323											
10	24.05.21	Diego Rativa	1049620924											
11	25.05.21	Jorge Gonzalez	1741049											
12	25.05.21	Saul Montero	19186323											
13	25.05.21	Luis Perez	79449331											
14	26.05.21	Saul Montero	19186323											
15	26.05.21	Jorge Gonzalez	1741049											
16	27.05.21	Luis Perez	79449331											
17	27.05.21	Jose chaparro	79906875											
18	28.05.21	Jorge Gonzalez	1741049											
19	29.05.21	Saul montero	19186323											
20	31.05.21	Anibal mosquera	95098042											

SI ALGUN TRABAJADOR MANIFIESTA TENER SÍNTOMAS RELACIONADOS EN ESTA ENCUESTA, SE DEBE AISLAR PREVENTIVAMENTE EN SU CASA, CUMPLIENDO LAS MEDIDAS DE BIOSEGURIDAD (USO DE TAPABOCAS, LAVADO DE MANOS, DISTANCIAMIEENTO FISICO DE 2 METROS), YA QUE ES POSIBLE QUE TENGA COVID-19.

EL TRABAJADOR SE DEBE COMUNICAR INMEDIATAMENTE A SU EPS Y NO ACUDIR AL SITIO DE TRABAJO, HASTA HABER TENIDO ATENCIÓN MÉDICA.
DEBE REPORTAR INMEDIATAMENTE LOS SINTOMAS Y LAS NOVEDADES DE SU ESTADO DE SALUD AL JEFE INMEDIATO Y/O RESIDENTE SST