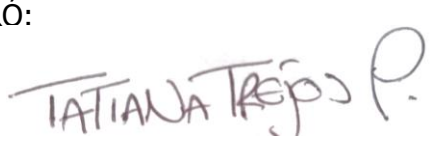
E. INFORME SST

"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. 8
CONTRATO No. CO1.PCCNTR.1577680
GRUPO 6
PERIODO DEL 01/04/2021 AL 30/04/2021

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

Versión: 00

ELABORÓ:	REVISO:
 Tatiana Trejos Prieto Profesional SST	 Arq. Andrés Eduardo Abril Director de Obra
Fecha: 04/05/2021	Fecha: 05/05/2021

CONTROL DE CAMBIOS AL DOCUMENTO

FECHA	CAMBIO REALIZADO
04/05/2021	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 Abril al 30 de Abril 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.
- Verificación y solicitud de compra de elementos de protección personal, elementos de protección, señalización y dotación.
- 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 glicerinado (gel 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 3	JAIRO ANDRES CAMARGO RIOS	81.753.029	17/11/2020	
4	GRU SAS	INGENIERA AMBIENTAL	YESENIA HERNANDEZ RAMIREZ	52.784.808	01/09/2020	
5	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
1	CARLOS ARTURO ROCHA	CONTRATISTA	CARLOS ARTURO ROCHA	80.277.987	31/08/2020	
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	BYRON YESID CHAPARRO CAICEDO	1.026.302.061	09/04/2021	
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	

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**
3	**0**	**DIVINO NIÑO JESUS UMED LTDA IPS**	**3**

0	**0**	**IPS PROTEGER**	**0**
TOTAL			**3**

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	7	10

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	**09/04/2021**	**3**	**Tatiana Trejos Prieto Profesional SST**

Capacitación protocolo de bioseguridad prevención Covid-19, Su nueva normativa cuidados y uso de elementos de bioseguridad.	**26/04/2021**	**8**	**Tatiana Trejos Prieto Profesional SST**
Capacitación sobre riesgos físicos, químicos y mecánicos y su uso de EPP.	**26/04/2021**	**8**	**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
2	VOLQUETA	SBF308	INTERNACIONAL	30-06-2020	29-06-2021	18-06-2020	18-06-2021

Anexo 6. Documentos de las volquetas.

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	(Número de accidentes de	Por cada cien (100) trabajadores que	Mensual

	ocurre un accidente de trabajo en el mes	trabajo que se presentaron en el mes / Número de trabajadores en el mes) * 100	laboraron en el mes, se presentaron X accidentes de trabajo	
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 población en un periodo de tiempo	(Número de casos nuevos y antiguos de enfermedad laboral en el periodo “Z” / Promedio de trabajadores en el periodo “Z”) * 100.000	Por cada 100.000 trabajadores existen X casos de enfermedad laboral en el periodo Z	Anual
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”) *	Por cada 100.000 trabajadores existen X casos nuevos de enfermedad laboral en el periodo Z	Anual

		100.000		
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



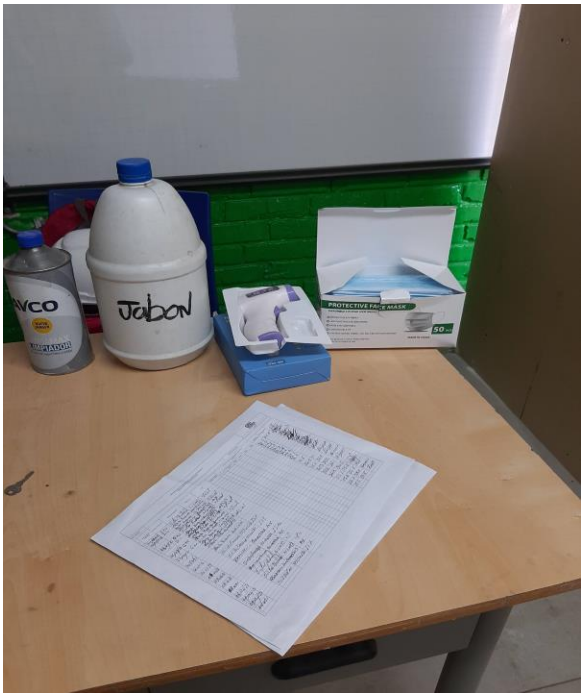






Se realizan capacitaciones a los trabajadores de obra.

IMPLEMENTACION DE PROTOCOLOS DE BIOSEGURIDAD





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

IMPLEMENTACION DE PROTOCOLOS DE BIOSEGURIDAD TOMA DE TEMPERATURA





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.

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.

ANEXO 1. AFILIACIONES Y PAGOS DE SEGURIDAD SOCIAL

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	79906875
Nombre:	JOSE ALFREDO CHAPARRO VENTURA
Fecha Ingreso:	06/04/2021
Salario básico:	908.526
Nit empresa en misión:	0
Código Sucursal:	1
Centro de trabajo:	1
Tasa:	6,960
Fecha hora transacción:	05/04/2021 03:39:58 p.m.

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

Salud Total EPS-S

No de Radicacion	Fecha de Radicación
4006468568	0|7|0|4|2|0|2|1

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

1.tipo de tramite
A. Afiliación ☐ B.Reporte de Novedades ☒

2.Tipo afiliacion
B. Colectiva ☐
A. Individual: -Cotizante Cabeza de familia ☒ -Beneficiario afiliado adicional ☐
B. Institucional ☐ B. De oficio ☐

3.Regimen
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 ☐

Codigo (a registrar por la EPS) 1

A. AFILIACIÓN

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

6.Apellidos y nombres			
CHAPARRO Primer apellido	VENTURA Segundo apellido	JOSE Primer nombre	ALFREDO Segundo nombre
7.Tipo documento de Identidad	**8.Número del documento de Identidad**	**9.Sexo**	**10.Fecha de nacimiento**
CC	79906875	Femenino ☐ Masculino ☒	1|3|0|4|1|9|7|5

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

Datos personales

11.Etnia	12.Discapacidad	13.Puntaje SISBEN	14.Grupo de poblacion especial
6	Tipo F N M Condicion T P		

15. Administradora de riesgos Laborales - ARL	16. Administradora de Pensiones	17. Ingreso base de cotizacion - IBC
RIESGOS PROFESIONALES COLMENA	PORVENIR FPC	908526

18.Residencia

CR 1 1C 30 **Dirección**	3178193 **Telefono fijo**	**Telefono celular**	ARAMINTA.ORTIZ2010@HOTMAIL.COM **Correo electronico**
BOGOTA **Municipio/Distrito**	**zona** Urbana ☒ Rural ☐	**Localidad / comuna**	BOGOTA **Departamento**

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NUCLEO FAMILIAR

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

19. Apellidos y nombres completos			
Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre
20. Tipo documento de identidad	**21. Número documento identidad**	**22. Sexo**	**23. Fecha de nacimiento**
		Femenino ☐ Masculino ☐	

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 documento de identidad	26. Número de identidad	27.Sexo		28.Fecha de nacimiento
			Femenino	Masculino	
B1					
B2					
B3					
B4					
B5					

Datos complementarios

	29.Parentesco	30. Etnia	31. Discapacidad				
			Tipo			Condición	
			F	N	M	T	P
B1							
B2							
B3							
B4							
B5							

32. Datos de residencia

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

Seleccion de la IPS Primaria

		34. Nombre de la Institución Prestadora de Salud - IPS	Codigo de la IPS(a registrar por la EPS)
C		VS OLAYA - UOD DENTOLASER OLAYA	VSOLAYA - DENTOOLAYA
B		-	-
B		-	-
B		-	-

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

35. Nombre o razón social	36. Tipo de identificación	37. Numero de docuemnto de Identificación	38. Tipo de aportante o pagador de pensiones(a registrar por la EPS)
CARLOS ARTURO ROCHA GARZON	CC	80277987	01

39.Ubicación

CL 76 A SUR 148 77 Dirección	7657567 Teleéfono	CARLOSROCHA.001@HOTMAIL.COM Correo electrónico	BOGOTA Municipio/distrito	BOGOTA Departamento

No de Radicacion
4006468568

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/o corrección datos complementarios
- ☐ **5.** Terminación de la inscripcion en la EPS.
  Código: ☐
- ☐ **6.** Reinscripción en la EPS
- ☐ **7.** Inclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales
- ☒ **9.** Inicio de relación laboral o adquisición de condiciones para cotizar
- ☐ **8.** Exclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales
- ☐ **10.** Terminación de la relacion laboral o perdida 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 tramite de protección al cesante
- ☐ **17.** Reporte de la calidad de pre-Pensionado
- ☐ **18.** Reporte de la calidad del pensionado

VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

41. Datos básicos de la identificación

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

Tipo documento de Identidad	Número documento de Identidad	Sexo	Fecha de nacimiento	42. Fecha
☐		Femenino ☐ Masculino ☐		0|6|0|4|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 Contributvo,Especial o de Excepción.
- **48.** ☐ Declaración de existencia de razones de fuerza mayor o caso fortuito que impiden la entrega de 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 Salud .
- **50.** ☒ Autorización para que la EPS solicite y obtenga datos y copia de la historia clinica 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 poir 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 Decr eto 1377 de 2013
- **53.** ☐ Autorización para que la EPS envie información al correo electronico o celular como mensaje de texto

VIII. FIRMAS

54. Cotizante o 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: 0
- **57.** ☐ Copia del dictamen de incapacidad permanente emitido por la autoridad competente.
- **58.** ☐ Copia registro civil de matrimonio, o de la escritura pública,acta de conciliación o sentencia judicial que declare la union marital.
- **59.** ☐ Copia de la escritura pública o sentencia judicial que declare el divorcio ,sentencia judicial para que declare la separación de cuerpos y escritura pública,acta de conciliación o sentencia judicial que declare la terminación de la union marital.
- **60.** ☐ Copia certificado de adopción o acta de entrega del menor
- **61.** ☐ Copia orden judicial o acto administrativo de custodia.
- **62.** ☐ Documento en que conste la perdida de la patria potestad, o el certificaco de defunción de los padres o la declaración suscrita por el cotizante sobre la ausencia de los 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 consiste 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 Código del municipio	Código del Departamento	67. Datos del SISBEN Número ficha	Puntaje	Nivel	68. Fecha de radicación	69. Fecha de validación
☐	☐	☐	☐	☐		

70. Datos funcionario que realiza la validación

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

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

Observaciones

Recuerde que la firma, al final del formulario, valida las declaraciones marcadas y/o diligenciadas en el capítulo VII Declaraciones y IX. Autorizaciones, asi como la veracidad de las demás información registrada.

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:

JOSE ALFREDO CHAPARRO VENTURA, identificado(a) con cédula de ciudadanía **79.906.875**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 7 de Abril 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.

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	79490331
Nombre:	LUIS ALFREDO PEREZ RODRIGUEZ
Fecha Ingreso:	08/04/2021
Salario básico:	908.526
Nit empresa en misión:	0
Código Sucursal:	1
Centro de trabajo:	1
Tasa:	6,960
Fecha hora transacción:	07/04/2021 06:06:33 p.m.

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

capitalsalud eps-s
Te entiende. Te atiende

FORMULARIO No.

Número de Radicación | Fecha de Radicación

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

1. Tipo de Trámite: A. Afiliación [X] B. Reporte de Novedad [ ]
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 [X] B. Subsidiado [ ]
4. Tipo de afiliado: A. Cotizante [X] B. Cabeza de Familia [ ] C. Beneficiario [ ]
5. Tipo de cotizante: A. Dependiente [X] B. Independiente [ ] C. Pensionado [ ]
Código (a registrar por la EPS) [ ]

A. AFILIACIÓN

II. Datos básicos de identificación (del cotizante o cabeza de familia)

6. Apellidos y nombres completos			
Primer apellido: Perez	Segundo apellido: Rodriguez	Primer nombre: Luis	Segundo nombre: Alfredo

7. Tipo documento de identidad	8. Número de documento de identidad	9. Sexo	10. Fecha de nacimiento
CC	79490331	Femenino [ ] Masculino [X]	20 12 1967

III. DATOS COMPLEMENTARIOS
Datos personales

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

15. Administradora de Riesgos Laborales - ARL	16. Administradora de Pensiones	17. Ingresos base de cotización - IBC
Axa Colpatria	Porvenir	$908.526

18. Residencia				
Dirección: Cra. 1 No. 1B - 58	Teléfono: 2443252	Teléfono celular: 315 387 160	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 completos			
Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

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

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

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

	25. Tipo de documento de identidad	26. Número de documento de identidad	27. Sexo Femenino	27. Sexo Masculino	28. Fecha de nacimiento
B1					
B2					
B3					
B4					
B5					

Datos complementarios

	29. Parentesco	30. Etnia	31. Discapacidad Tipo F	Tipo N	Tipo M	Condición T	Condición P
B1							
B2							
B3							
B4							
B5							

	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 a pensiones (a registrar por la EPS)
Carlos Arturo Rocha	CC	80277987	

39. Ubicación					
Dirección: Calle 76A # 14B-71	Teléfono: 3102959161	Correo electrónico: Carlosrocha1.001@hotmail.com	Municipio/Distrito: Bogotá	Departamento: Bogotá	

VIGILADO Supersalud

capitalsalud epss
Te entiende. Te atiende

FORMULARIO No.

B. REPORTE DE NOVEDADES

40. Tipo de Novedad
- [ ] 1. Modificación datos básicos de identificación.
- [ ] 2. Corrección de los datos básicos de identificación.
- [ ] 3. Actualización del documento de identidad.
- [ ] 4. Actualización y corrección 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 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 — [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
Perez	Rodriguez	Luis	Alfredo

Tipo de documento de identidad	Número de documento de identidad	Sexo	Fecha de nacimiento	42. Fecha
CC	7190331	Femenino [ ] Masculino [X]	2017/19/4	08/02/2021

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

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 el 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
Luis Alfredo Perez	

IX. ANEXOS

56. Copia documento de identidad:

	CN	RC	TI	CC	PA	CE	CD	SC	Total
Cantidad									

- [ ] 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		

70. Datos del funcionario que realiza la validación

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

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

Observaciones:

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.

VIGILADO Supersalud

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:

LUIS ALFREDO PEREZ RODRIGUEZ, identificado(a) con cédula de ciudadanía **79.490.331**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 7 de Abril del 2021.

Cordialmente,

Gerencia de Clientes

Tenga en cuenta:

Es fundamental que revise periódicamente su Historia Laboral, el capital ahorrado y las semanas que tiene registradas, si presenta inconsistencias, ingrese a www.porvenir.com.co *y actualice su Historia Laboral.*

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	1026302061
Nombre:	BYRON YESID CHAPARRO CAICEDO
Fecha Ingreso:	06/04/2021
Salario básico:	908.526
Nit empresa en misión:	0
Código Sucursal:	1
Centro de trabajo:	1
Tasa:	6,960
Fecha hora transacción:	05/04/2021 03:31:00 p.m.

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: 07 04 2021

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

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

6. Apellidos y nombres	Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre
	CHAPARRO	CAICEDO	BYRON	YESID

7. Tipo de documento de identidad: CC
8. Número de documento de identidad: 1026302061
9. Sexo: Femenino [ ] Masculino [✓]
10. Fecha de nacimiento: 17 06 1998

III. DATOS COMPLEMENTARIOS (Datos personales)

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

17. Ingreso base de cotización - IBC	18. Residencia	Teléfono fijo	
908526	CARRERA 1 No. 1C-02	3017806575	

Correo electrónico	Municipio / Distrito	Zona Urbana [✓] Rural [ ]	Localidad / Comuna	
byronyesidc@gmail.com	BOGOTA			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: 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	25. Tipo de documento de identidad	26. Número de documento de identidad	27. Sexo: 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)	Condición (T P)	32. Datos de residencia: Municipio / Distrito	Zona: Urbana	Rural	Departamento	Teléfono fijo y/o celular	33. Valor de la UPC 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)
Col. B		1191
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: CARLOS ARTURO ROCHA
36. Tipo de documento de identificación: CC
37. Número del documento de identificación: 80277987
38. Tipo de aportante o pagador pensiones (a registrar por la EPS)
39. Ubicación — Dirección | Teléfono | Correo electrónico | Municipio / Distrito: BOGOTA | Departamento: 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: Femenino [ ] Masculino [ ] | Fecha de nacimiento: D D M M A A A A | 42. Fecha: 06 04 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 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

x Yesid Chaparro — Firma del cotizante, cabeza de familia, beneficiario o afiliado adicional

Firma del empleador, representante legal, apoderado o persona autorizada (entidad colectiva, institucional o de Oficio)

56. Anexo copia del documento de identidad: CN [ ] Cant. [ ] RC [ ] Cant. [ ] TI [ ] Cant. [ ]
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. [ ]

X. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL

66. Identificación de la entidad Territorial: Código del municipio | Código del departamento
67. Datos del SISBÉN: Número de la ficha | Categoría
68. Fecha de radicación: D D M M A A A A
69. Fecha de validación: 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 de documento de identidad
71. Firma del funcionario

07 DE ABRIL 2021
COD 278 ADRIANA EMILSE ALBA CUELLAR
SUJETO A VERIFICACIÓN

OBSERVACIONES: MES DE APORTE MAYO 2021

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.

VIGILADO Supersalud
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): Jesid Chaparro

No. Identificación: 1026302061

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 constando que la huella plasmada en el presente documento pertenece al (la) señor(a) _____

Firma a Ruego: _____

Nombres y apellidos: _____

Identificación: _____

Edad: _____

Dirección de domicilio: _____

B

07 DE ABRIL 2021

COD 278 ADRIANA EMILSE ALBA CUELLAR

SUJETO A VERIFICACIÓN

Nombres y apellidos de quien no sabe firmar: _____

Identificación: _____

Huella

AUTORIZACIÓN TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES

Autorizo de manera voluntaria, explícita, 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): Jesid Chaparro

No. Identificación: 1026302061

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:

BYRON YESID CHAPARRO CAICEDO, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.026.302.061**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 8 de Abril del 2021.

Cordialmente,

Gerencia de Clientes

Tenga en cuenta:

En este momento de su vida, lo que más le conviene es estar en un fondo privado como Porvenir, ¿por que? porque está acumulando semanas, ahorrando dinero y obteniendo rendimiento.

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
2021-03	2021-03	971071531	9418600537	Y	2021/04/26	2021/04/28	BANCO DE BOGOTA	2	$2,270,200

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 (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
1	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
2	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
3	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 (2 Afiliados)																							$0	$0			$0	$0			$0	$0			$93,334	$6,600		$0	$0		$6,600
Centro de Trabajo: 6.96000 (2 Afiliados)																							$0	$0			$0	$0			$0	$0			$93,334	$6,600		$0	$0		$6,600
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (2 Afiliados)																							$0	$0			$0	$0			$0	$0			$93,334	$6,600		$0	$0		$6,600
4	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
5	CC	11347566	TRUJILLO JUAN		X																	0	$0	$0		0	$0	$0		0	$0	$0	14-25	1	$53,334	$3,800	0	$0	$0	No	$3,800

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 (14 Afiliados)																							$0	$0			$0	$0			$0	$0			$18,386,667	$1,280,000		$0	$0		$1,280,000
Centro de Trabajo: 6.96000 (14 Afiliados)																							$0	$0			$0	$0			$0	$0			$18,386,667	$1,280,000		$0	$0		$1,280,000
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (14 Afiliados)																							$0	$0			$0	$0			$0	$0			$18,386,667	$1,280,000		$0	$0		$1,280,000
6	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
7	CC	1012327199	CRUZ EDWIN																			0	$0	$0		0	$0	$0		0	$0	$0	14-25	30	$1,520,000	$105,800	0	$0	$0	No	$105,800
8	CC	52134451	CUBILLOS EVELYN		X																	0	$0	$0		0	$0	$0		0	$0	$0	14-25	13	$554,667	$38,700	0	$0	$0	No	$38,700
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																			0	$0	$0		0	$0	$0		0	$0	$0	14-25	30	$1,520,000	$105,800	0	$0	$0	No	$105,800
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																			0	$0	$0		0	$0	$0		0	$0	$0	14-25	30	$1,120,000	$78,000	0	$0	$0	No	$78,000
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	1010192614	SALAMANCA NESTOR		X																	0	$0	$0		0	$0	$0		0	$0	$0	14-25	3	$152,000	$10,600	0	$0	$0	No	$10,600
19	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

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

Planilla Resumen

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
20	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
21	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	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Dias	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
22	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	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Dias	IBC	Aporte	Exonerado SENA e ICBF	Total Aportes
SUCURSAL: ARMADA NACIONAL (2 Afiliados)																							$0	$0			$0	$0			$0	$0			$3,200,000	$222,800		$0	$0		$222,800
Centro de Trabajo: 005 (2 Afiliados)																							$0	$0			$0	$0			$0	$0			$3,200,000	$222,800		$0	$0		$222,800
Ciudad: CARTAGENA Depto: BOLIVAR (2 Afiliados)																							$0	$0			$0	$0			$0	$0			$3,200,000	$222,800		$0	$0		$222,800
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
24	CC	73182876	PALACIO ALEXANDER		X																	0	$0	$0		0	$0	$0		0	$0	$0	14-25	30	$1,600,000	$111,400	0	$0	$0	No	$111,400

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO				NOVEDADES																	PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES				
No.		Identificación	Nombre	ing	ret	tde	tae	tdp	tap	vsp	cor	vst	sln	ige	lma	vac	avp	vct	irl	vip	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Dias	IBC	Aporte	Exonerado SENA e ICBF	Total Aportes
SUCURSAL: CSJ- CALI (1 Afiliados)																							$0	$0			$0	$0			$0	$0			$1,400,000	$97,500		$0	$0		$97,500
Centro de Trabajo: 005 (1 Afiliados)																							$0	$0			$0	$0			$0	$0			$1,400,000	$97,500		$0	$0		$97,500
Ciudad: CALI Depto: VALLE (1 Afiliados)																							$0	$0			$0	$0			$0	$0			$1,400,000	$97,500		$0	$0		$97,500
25	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	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Dias	IBC	Aporte	Exonerado SENA e ICBF	Total Aportes
SUCURSAL: CENTRO COMERICAL CAPRI (1 Afiliados)																							$0	$0			$0	$0			$0	$0			$908,526	$63,300		$0	$0		$63,300
Centro de Trabajo: 005 (1 Afiliados)																							$0	$0			$0	$0			$0	$0			$908,526	$63,300		$0	$0		$63,300
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)																							$0	$0			$0	$0			$0	$0			$908,526	$63,300		$0	$0		$63,300
26	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
Total		**Afiliados(26)**																					$0	$0			$0	$0			$0	$0			$32,605,579	$2,270,200		$0	$0		$2,270,200

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
2021-03	2021-03	971071531	9418600537	Y	2021/04/26	2021/04/28	BANCO DE BOGOTA	2	$2,270,200

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				26	$2,270,200	$0	$0	$2,270,200
COLMENA	14-25	800,226,175	3	26	$2,270,200	$0	$0	$2,270,200
TOTAL				**26**	**$2,270,200**	**$0**	**$0**	**$2,270,200**

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
2021-03	2021-04	971068201	9418567954	E	2021/04/26	2021/04/28	BANCO DE BOGOTA	2	$15,149,900

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	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte	Exonerado SENA e ICBF	Total Aportes
SUCURSAL: ADMINISTRACION (8 Afiliados)																							$13,359,824	$2,137,700			$13,359,824	$534,600			$13,232,540	$529,500			$13,359,824	$599,600		$0	$0		$3,801,400
Centro de Trabajo: 0.52200 (3 Afiliados)																							$5,133,495	$821,400			$5,133,495	$205,400			$5,133,495	$205,400			$5,133,495	$26,900		$0	$0		$1,259,100
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (3 Afiliados)																							$5,133,495	$821,400			$5,133,495	$205,400			$5,133,495	$205,400			$5,133,495	$26,900		$0	$0		$1,259,100
1	CC	1015408199	GUERRERO ANDRES																		231001	30	$2,500,000	$400,000	EPS008	30	$2,500,000	$100,000	CCF24	30	$2,500,000	$100,000	14-25	30	$2,500,000	$13,100	30	$0	$0	Si	$613,100
2	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
3	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
4	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
5	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
6	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
7	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
8	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	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte	Exonerado SENA e ICBF	Total Aportes
SUCURSAL: CSJ- CUCUTA (2 Afiliados)																							$2,806,172	$449,000			$3,743,090	$149,800			$3,743,090	$149,800			$3,743,090	$260,700		$0	$0		$1,009,300
Centro de Trabajo: 6.96000 (2 Afiliados)																							$2,806,172	$449,000			$3,743,090	$149,800			$3,743,090	$149,800			$3,743,090	$260,700		$0	$0		$1,009,300
Ciudad: LOS PATIOS Depto: NORTE DE SANTANDER (2 Afiliados)																							$2,806,172	$449,000			$3,743,090	$149,800			$3,743,090	$149,800			$3,743,090	$260,700		$0	$0		$1,009,300
9	CC	13248231	CASTILLA JOSE									X										0	$0	$0	ESSC24	30	$936,918	$37,500	CCF37	30	$936,918	$37,500	14-25	30	$936,918	$65,300	30	$0	$0	Si	$140,300
10	CC	1075245257	MARROQUIN MAYRA									X									230201	30	$2,806,172	$449,000	EPS037	30	$2,806,172	$112,300	CCF37	30	$2,806,172	$112,300	14-25	30	$2,806,172	$195,400	30	$0	$0	Si	$869,000

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	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte	Exonerado SENA e ICBF	Total Aportes
SUCURSAL: BAHIA SOLANO- (2 Afiliados)																							$1,938,188	$310,200			$1,938,188	$77,600			$1,938,188	$77,600			$1,938,188	$135,000		$0	$0		$600,400
Centro de Trabajo: 6.96000 (2 Afiliados)																							$1,938,188	$310,200			$1,938,188	$77,600			$1,938,188	$77,600			$1,938,188	$135,000		$0	$0		$600,400
Ciudad: BAHIA SOLANO Depto: CHOCO (2 Afiliados)																							$1,938,188	$310,200			$1,938,188	$77,600			$1,938,188	$77,600			$1,938,188	$135,000		$0	$0		$600,400
11	CC	1050961032	GONZALEZ FERNANDO									X									230301	30	$969,094	$155,100	CCFC55	30	$969,094	$38,800	CCF29	30	$969,094	$38,800	14-25	30	$969,094	$67,500	30	$0	$0	Si	$300,200
12	CC	82384618	HURTADO ELIO									X									230301	30	$969,094	$155,100	CCFC20	30	$969,094	$38,800	CCF29	30	$969,094	$38,800	14-25	30	$969,094	$67,500	30	$0	$0	Si	$300,200

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 BALLEN GR.2 C.3 (8 Afiliados)																							$6,589,421	$1,054,800			$6,589,421	$264,100			$6,827,715	$273,400			$6,589,421	$446,500		$0	$0		$2,038,800

Planilla Resumen

Centro de Trabajo: 005 (8 Afiliados)																							$6,589,421	$1,054,800			$6,589,421	$264,100			$6,827,715	$273,400			$6,589,421	$446,500		$0	$0		$2,038,800
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (8 Afiliados)																							$6,589,421	$1,054,800			$6,589,421	$264,100			$6,827,715	$273,400			$6,589,421	$446,500		$0	$0		$2,038,800
13	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
14	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
15	CC	1012404237	CASTAÑO NESTOR																		230201	30	$908,526	$145,400	EPS017	30	$908,526	$36,400	CCF24	30	$908,526	$36,400	14-25	30	$908,526	$63,300	30	$0	$0	Si	$281,500
16	CC	1006528136	CRUZ ARNOLDO		X															X	230301	18	$556,200	$89,000	EPS017	18	$556,200	$22,300	CCF24	18	$736,450	$29,500	14-25	18	$556,200	$38,800	18	$0	$0	Si	$179,600
17	CC	80272400	FORERO CARLOS																		25-14	24	$726,821	$116,300	EPS017	24	$726,821	$29,100	CCF24	24	$726,821	$29,100	14-25	24	$726,821	$50,600	24	$0	$0	Si	$225,100
18	CC	80272400	FORERO CARLOS											X							25-14	3	$90,853	$14,600	EPS017	3	$90,853	$3,700	CCF24	0	$0	$0	14-25	3	$90,853	$0	0	$0	$0	Si	$18,300
19	CC	80272400	FORERO CARLOS																X		25-14	3	$90,853	$14,600	EPS017	3	$90,853	$3,700	CCF24	0	$0	$0	14-25	3	$90,853	$0	0	$0	$0	Si	$18,300
20	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
21	CC	80375788	MARTIN LUIS		X															X	230301	18	$545,116	$87,300	EPS002	18	$545,116	$21,900	CCF24	18	$784,866	$31,400	14-25	18	$545,116	$38,000	18	$0	$0	Si	$178,600
22	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	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Dias	IBC	Aporte	Exonerado SENA e ICBF	Total Aportes
SUCURSAL: JOSE TORRES GR1 C.2 (5 Afiliados)																							$4,579,579	$730,600			$4,579,579	$181,000			$4,579,579	$181,000			$4,579,579	$314,900		$0	$0		$1,407,500
Centro de Trabajo: 005 (5 Afiliados)																							$4,579,579	$730,600			$4,579,579	$181,000			$4,579,579	$181,000			$4,579,579	$314,900		$0	$0		$1,407,500
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (5 Afiliados)																							$4,579,579	$730,600			$4,579,579	$181,000			$4,579,579	$181,000			$4,579,579	$314,900		$0	$0		$1,407,500
23	CC	1022347313	MEDINA JHON																		230301	30	$908,526	$145,400	EPS008	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	1069402715	MOLINA OMAR																		230201	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
25	CC	1032419915	RUIZ LUIS																		230201	28	$847,958	$135,700	EPS037	28	$847,958	$34,000	CCF24	28	$847,958	$34,000	14-25	28	$847,958	$59,100	28	$0	$0	Si	$262,800
26	CC	1032419915	RUIZ LUIS										X								230201	2	$60,569	$7,300	EPS037	2	$60,569	$0	CCF24	2	$60,569	$0	14-25	2	$60,569	$0	2	$0	$0	Si	$7,300
27	CC	80810417	TORRES JOSE																		230201	30	$927,000	$148,400	EPS008	30	$927,000	$37,100	CCF24	30	$927,000	$37,100	14-25	30	$927,000	$64,600	30	$0	$0	Si	$287,200
28	CC	1023879405	TORRES LUIS																		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	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Dias	IBC	Aporte	Exonerado SENA e ICBF	Total Aportes
SUCURSAL: RODRIGO TRIANA GR.2 C.1 (5 Afiliados)																							$4,579,578	$730,600			$4,579,578	$181,000			$4,579,578	$181,000			$4,579,578	$314,800		$0	$0		$1,407,400
Centro de Trabajo: 005 (5 Afiliados)																							$4,579,578	$730,600			$4,579,578	$181,000			$4,579,578	$181,000			$4,579,578	$314,800		$0	$0		$1,407,400
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (5 Afiliados)																							$4,579,578	$730,600			$4,579,578	$181,000			$4,579,578	$181,000			$4,579,578	$314,800		$0	$0		$1,407,400
29	CC	79257631	CAMACHO LUIS																		25-14	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
30	CC	91134068	GONZALEZ NELSON																		25-14	28	$865,200	$138,500	EPS017	28	$865,200	$34,700	CCF24	28	$865,200	$34,700	14-25	28	$865,200	$60,300	28	$0	$0	Si	$268,200
31	CC	91134068	GONZALEZ NELSON										X								25-14	2	$61,800	$7,500	EPS017	2	$61,800	$0	CCF24	2	$61,800	$0	14-25	2	$61,800	$0	2	$0	$0	Si	$7,500
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	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Dias	IBC	Aporte	Exonerado SENA e ICBF	Total Aportes
SUCURSAL: DIOVIGILDO HERNANDEZ GR.2 C.2 (6 Afiliados)																							$4,488,726	$707,700			$4,488,726	$168,900			$4,707,025	$177,600			$4,488,726	$293,900		$0	$0		$1,348,100
Centro de Trabajo: 5 (6 Afiliados)																							$4,488,726	$707,700			$4,488,726	$168,900			$4,707,025	$177,600			$4,488,726	$293,900		$0	$0		$1,348,100
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (6 Afiliados)																							$4,488,726	$707,700			$4,488,726	$168,900			$4,707,025	$177,600			$4,488,726	$293,900		$0	$0		$1,348,100
35	CC	1033683927	FLOREZ EIVE		X															X	230301	3	$90,853	$14,600	EPS037	3	$90,853	$3,700	CCF24	3	$309,152	$12,400	14-25	3	$90,853	$6,400	3	$0	$0	Si	$37,100
36	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
37	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
38	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
39	CC	1013679095	MORENO JEFFERSON	X																	230201	15	$454,263	$72,700	EPS002	15	$454,263	$18,200	CCF24	15	$454,263	$18,200	14-25	15	$454,263	$31,700	15	$0	$0	Si	$140,800
40	CC	1013679095	MORENO JEFFERSON										X								230201	9	$272,558	$32,800	EPS002	9	$272,558	$0	CCF24	9	$272,558	$0	14-25	9	$272,558	$0	9	$0	$0	Si	$32,800
41	CC	1005205927	SANCHEZ MIGUEL																		230201	30	$908,526	$145,400	ESSC24	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				

aportes en línea

Planilla Resumen

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: LUIS ENRIQUE DELGADO GR.1 C.3 (5 Afiliados)																							$613,074	$98,200			$613,074	$24,800			$1,118,711	$45,000			$613,074	$43,100		$0	$0		$211,100
Centro de Trabajo: 005 (5 Afiliados)																							$613,074	$98,200			$613,074	$24,800			$1,118,711	$45,000			$613,074	$43,100		$0	$0		$211,100
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (5 Afiliados)																							$613,074	$98,200			$613,074	$24,800			$1,118,711	$45,000			$613,074	$43,100		$0	$0		$211,100
42	CC	1002604826	DELGADO JOSE		X															X	230201	4	$123,600	$19,800	EPS017	4	$123,600	$5,000	CCF24	4	$253,637	$10,200	14-25	4	$123,600	$8,700	4	$0	$0	Si	$43,700
43	CC	9385349	DELGADO LUIS		X															X	25-14	4	$123,600	$19,800	EPS002	4	$123,600	$5,000	CCF24	4	$298,700	$12,000	14-25	4	$123,600	$8,700	4	$0	$0	Si	$45,500
44	CC	1007333816	MEDINA YUER		X															X	230301	4	$123,600	$19,800	ESSC91	4	$123,600	$5,000	CCF24	4	$180,250	$7,300	14-25	4	$123,600	$8,700	4	$0	$0	Si	$40,800
45	CC	1073669210	VASQUEZ DIEGO		X															X	230201	4	$121,137	$19,400	EPS005	4	$121,137	$4,900	CCF24	4	$169,087	$6,800	14-25	4	$121,137	$8,500	4	$0	$0	Si	$39,600
46	CC	1000857934	VILLAMIL RONAL		X															X	230201	4	$121,137	$19,400	EPS017	4	$121,137	$4,900	CCF24	4	$217,037	$8,700	14-25	4	$121,137	$8,500	4	$0	$0	Si	$41,500

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: 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
47	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 (3 Afiliados)																						$3,196,250	$511,400			$3,196,250	$127,900			$3,738,177	$149,700			$3,196,250	$222,600		$0	$0		$1,011,600
Centro de Trabajo: 005 (3 Afiliados)																						$3,196,250	$511,400			$3,196,250	$127,900			$3,738,177	$149,700			$3,196,250	$222,600		$0	$0		$1,011,600
Ciudad: CARTAGENA Depto: BOLIVAR (3 Afiliados)																						$3,196,250	$511,400			$3,196,250	$127,900			$3,738,177	$149,700			$3,196,250	$222,600		$0	$0		$1,011,600
48	CC	1143355601	GONZALEZ MARYURIS		X							X								X	230301	1	$165,000	$26,400	EPS002	1	$165,000	$6,600	CCF09	1	$355,521	$14,300	14-25	1	$165,000	$11,500	1	$0	$0	Si	$58,800
49	CC	1047455246	PARADA JENNIFER		X							X								X	230301	30	$1,593,750	$255,000	ESSC07	30	$1,593,750	$63,800	CCF09	30	$1,945,156	$77,900	14-25	30	$1,593,750	$111,000	30	$0	$0	Si	$507,700
50	CC	1047423185	SALVADOR ANDREA									X									230301	30	$1,437,500	$230,000	EPS005	30	$1,437,500	$57,500	CCF09	30	$1,437,500	$57,500	14-25	30	$1,437,500	$100,100	30	$0	$0	Si	$445,100

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: 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
51	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)																						$4,579,578	$733,000			$4,579,578	$183,400			$4,579,578	$183,400			$4,579,578	$319,100		$0	$0		$1,418,900
Centro de Trabajo: 005 (5 Afiliados)																						$4,579,578	$733,000			$4,579,578	$183,400			$4,579,578	$183,400			$4,579,578	$319,100		$0	$0		$1,418,900
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (5 Afiliados)																						$4,579,578	$733,000			$4,579,578	$183,400			$4,579,578	$183,400			$4,579,578	$319,100		$0	$0		$1,418,900
52	CC	1033811729	BENITEZ LEIDER																		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
53	CC	1000031289	DIAZ GERMAN																		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
54	CC	18224103	FULA RAFAEL																		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
55	CC	13616567	PUENTES JUAN																		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
56	CC	1033800320	REAL JOHN																		230301	30	$908,526	$145,400	EPS037	30	$908,526	$36,400	CCF24	30	$908,526	$36,400	14-25	30	$908,526	$63,300	30	$0	$0	Si	$281,500
Total		**Afiliados(51)**																				$49,987,390	$7,984,400			$50,924,308	$2,023,400			$52,301,181	$2,078,300			$50,924,308	$3,063,800		$0	$0		$15,149,900

aportes en línea

Planilla Resumen

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
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
2021-03	2021-04	971068201	9418567954	E	2021/04/26	2021/04/28	BANCO DE BOGOTA	2	$15,149,900

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 4)				50	$7,984,400	$0	$0	$7,984,400
COLFONDOS	231001	800,227,940	6	4	$842,300	$0	$0	$842,300
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	6	$990,100	$0	$0	$990,100
PORVENIR	230301	800,224,808	8	24	$3,462,500	$0	$0	$3,462,500
PROTECCION	230201	800,229,739	0	16	$2,689,500	$0	$0	$2,689,500
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				51	$3,063,800	$0	$0	$3,063,800
COLMENA	14-25	800,226,175	3	51	$3,063,800	$0	$0	$3,063,800
CCF (ADMINISTRADORAS: 4)				51	$2,078,300	$0	$0	$2,078,300
COMFACHOCÓ	CCF29	891,600,091	8	2	$77,600	$0	$0	$77,600
COMFAMILIAR CARTAGENA	CCF09	890,480,110	1	3	$149,700	$0	$0	$149,700
COMFANORTE	CCF37	890,500,516	3	2	$149,800	$0	$0	$149,800
COMPENSAR	CCF24	860,066,942	7	44	$1,701,200	$0	$0	$1,701,200
EPS (ADMINISTRADORAS: 13)				51	$2,023,400	$0	$0	$2,023,400
CAJACOPI ATLANTICO	CCFC55	890,102,044	1	1	$38,800	$0	$0	$38,800
CAPITAL SALUD	EPSC34	900,298,372	9	1	$55,600	$0	$0	$55,600
COMFACHOCÓ	CCFC20	891,600,091	8	1	$38,800	$0	$0	$38,800
COMPENSAR	EPS008	860,066,942	7	6	$323,300	$0	$0	$323,300
CONVIDA	EPSC22	899,999,107	9	2	$106,700	$0	$0	$106,700
COOSALUD MOVILIDAD	ESSC24	900,226,715	3	2	$73,900	$0	$0	$73,900
EPS ECOOPSOS S.A.S	ESSC91	901,093,846	0	1	$5,000	$0	$0	$5,000
EPS SURA (ANTES SUSALUD)	EPS010	800,088,702	2	2	$73,500	$0	$0	$73,500
FAMISANAR	EPS017	830,003,564	7	10	$303,100	$0	$0	$303,100
MUTUAL SER	ESSC07	806,008,394	7	1	$63,800	$0	$0	$63,800
NUEVA E.P.S.	EPS037	900,156,264	2	5	$223,500	$0	$0	$223,500
SALUD TOTAL	EPS002	800,130,907	4	15	$537,800	$0	$0	$537,800
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	4	$179,600	$0	$0	$179,600
TOTAL				51	$15,149,900	$0	$0	$15,149,900

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
2021-03	2021-03	965906793	9418269743	I	2021/04/26	2021/04/23	BANCO CAJA SOCIAL	0	$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

2021/04/23 08:14 AM

aportes en línea

Planilla Resumen

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 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
2021-03	2021-04	9418946051	9418946051	E	2021/04/22	2021/04/23	BANCO BOGOTA	0	$2,807,000

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	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte	Exonerado SENA e ICBF	Total Aportes
SUCURSAL: SECRETARIA EDUCACION (11 Afiliados)																								$8,146,452	$1,303,900			$8,146,452	$326,400			$8,171,230	$327,400			$8,146,452	$567,800		$0	$0		$2,525,500
Centro de Trabajo: 6.96000 (11 Afiliados)																								$8,146,452	$1,303,900			$8,146,452	$326,400			$8,171,230	$327,400			$8,146,452	$567,800		$0	$0		$2,525,500
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (11 Afiliados)																								$8,146,452	$1,303,900			$8,146,452	$326,400			$8,171,230	$327,400			$8,146,452	$567,800		$0	$0		$2,525,500
1	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
2	CC	94443703	ISMARE BASCACIO	X																		230201	27	$817,674	$130,900	EPS044	27	$817,674	$32,800	CCF22	27	$817,674	$32,800	14-4	27	$817,674	$57,000	27	$0	$0	Si	$253,500
3	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
4	PE	913149716091999	MARQUINA YOENDIS																			230301	30	$908,526	$145,400	EPS005	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	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
6	CC	93448352	MENDOZA JOSE	X																		25-14	15	$454,263	$72,700	EPS008	15	$454,263	$18,200	CCF22	15	$454,263	$18,200	14-4	15	$454,263	$31,700	15	$0	$0	Si	$140,800
7	CC	11886306	MERCAZA EZEQUIEL	X	X															X		230301	5	$151,421	$24,300	EPS017	5	$151,421	$6,100	CCF22	5	$156,468	$6,300	14-4	5	$151,421	$10,600	5	$0	$0	Si	$47,300
8	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
9	CC	3121093	REDONDO VICTOR	X																		230301	26	$787,390	$126,000	EPS002	26	$787,390	$31,500	CCF22	26	$787,390	$31,500	14-4	26	$787,390	$54,900	26	$0	$0	Si	$243,900
10	PE	917829503011985	RONDON KLEIVER	X																		230301	26	$787,390	$126,000	EPS017	26	$787,390	$31,500	CCF22	26	$787,390	$31,500	14-4	26	$787,390	$54,900	26	$0	$0	Si	$243,900
11	CC	79471068	SANCHEZ RAFAEL		X															X		25-14	20	$605,684	$97,000	EPS017	20	$605,684	$24,300	CCF22	20	$656,138	$26,300	14-4	20	$605,684	$42,200	20	$0	$0	Si	$189,800

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	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
12	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(12)**																					$9,054,978	$1,449,300			$9,054,978	$362,800			$9,079,756	$363,800			$9,054,978	$631,100		$0	$0		$2,807,000

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
2021-03	2021-04	9418946051	9418946051	E	2021/04/22	2021/04/23	BANCO BOGOTA	0	$2,807,000

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 3)				12	$1,449,300	$0	$0	$1,449,300
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	4	$460,500	$0	$0	$460,500
PORVENIR	230301	800,224,808	8	7	$857,900	$0	$0	$857,900
PROTECCION	230201	800,229,739	0	1	$130,900	$0	$0	$130,900
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				12	$631,100	$0	$0	$631,100
COLPATRIA ARP	14-4	860,002,183	9	12	$631,100	$0	$0	$631,100
CCF (ADMINISTRADORAS: 1)				12	$363,800	$0	$0	$363,800
COLSUBSIDIO	CCF22	860,007,336	1	12	$363,800	$0	$0	$363,800
EPS (ADMINISTRADORAS: 7)				12	$362,800	$0	$0	$362,800
COMPENSAR	EPS008	860,066,942	7	2	$54,600	$0	$0	$54,600
EPS SURA (ANTES SUSALUD)	EPS010	800,088,702	2	1	$36,400	$0	$0	$36,400
FAMISANAR	EPS017	830,003,564	7	3	$61,900	$0	$0	$61,900
MEDIMAS EPS	EPS044	901,097,473	5	1	$32,800	$0	$0	$32,800
NUEVA E.P.S.	EPS037	900,156,264	2	1	$36,400	$0	$0	$36,400
SALUD TOTAL	EPS002	800,130,907	4	3	$104,300	$0	$0	$104,300
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	1	$36,400	$0	$0	$36,400
TOTAL				**12**	**$2,807,000**	**$0**	**$0**	**$2,807,000**

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 81753029		CAMARGO RIOS JAIRO ANDRES	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	Calle 70C # 17 C - 49 Sur	BOGOTA-BOGOTA D.E.	7909701	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2021-03	2021-03	980677323	9419603178	I	2021/04/12	2021/05/06	BANCOLOMBIA	24	$456,000

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO					PENSION		SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES		
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$1,600,000	$256,000			$1,600,000	$200,000			$0	$0			$0	$0		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$1,600,000	$256,000			$1,600,000	$200,000			$0	$0			$0	$0		$0	$0
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)					$1,600,000	$256,000			$1,600,000	$200,000			$0	$0			$0	$0		$0	$0
1	CC	81753029	CAMARGO JAIRO	25-14	30	$1,600,000	$256,000	EPS005	30	$1,600,000	$200,000		0	$0	$0		0	$0	$0	0	$0	$0
Total		**Afiliados(1)**				$1,600,000	$256,000			$1,600,000	$200,000			$0	$0			$0	$0		$0	$0

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 81753029		CAMARGO RIOS JAIRO ANDRES	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	Calle 70C # 17 C - 49 Sur	BOGOTA-BOGOTA D.E.	7909701	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2021-03	2021-03	980677323	9419603178	I	2021/04/12	2021/05/06	BANCOLOMBIA	24	$456,000

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$256,000	$0	$0	$256,000
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	1	$256,000	$0	$0	$256,000
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$200,000	$0	$0	$200,000
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	1	$200,000	$0	$0	$200,000
TOTAL				1	$456,000	$0	$0	$456,000