RECAUDO INTEGRADO DE SEGURIDAD SOCIAL Y PARAFISCALES

Planilla No. **99659344**

INFORMACION GENERAL DE LA PLANILLA:

Tipo Identific.	Número Identificación	Nombre o Razón Social	Sucursal/ Dependen	Salud	Pensiones, Riesgos, CCF, SENA, ICBF	Tipo Empresa	Clase	Código ARP	Nombre ARP	Tipo Planilla	Exento Parafisc.	Beneficia. Cajas
CC	1032380434	MORALES ROMERO CARLOS FELIPE		2021-10	2021-10			00	POSITIVA	I	SI	N/A

Dirección	Municipio	Cod	Departamento	Co	Teléfono	Fax	Correo Electrónico	Actividad Económica	total cotización	Total	Fecha Pago	No. Radicación
CALLE 28 13A 24	BOGOTA	00	C/MARCA	00	4648880		MORALESROMERO2@GMAIL.COM				2021-10-11	9586228951

DETALLE DE LOS APORTES:

Datos del Afiliado | Novedades | Días Cot. | Valor IBC | Liquidación de Aportes

Tipo Id.	Número Identif.	Apellidos y Nombres	AFP	EPS	ARL	Clase de Riesgo	Caja de Compensación	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VSTE	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	AFP	EPS	ARP	CCF	IBC Pensión	IBC Salud	IBC Riesgos	IBC Cajas	Aporte Pensión	Aporte Salud	Aporte Riesgos	Aporte Caja	Aporte SENA	Aporte ICBF	ESAP	INEDU	TOTAL
CC	1032380434	MORALESROMERO CARLOS FELIPE		COMPENSAR	POSITIVA	1																	0	30	30	0		908.526	908.526			113.600	63.200				0	0	176.800

TOTALES

IBC Pensión	IBC Salud	IBC Riesgos	IBC Cajas	APORTES PENSION	APORTES SALUD	APORTES RIESGOS	APORTES CAJAS	APORTES SENA	APORTES ICBF	APORTES ESAP	APORTES MIN EDUCACION	subtotal SIN intereses DE MORA
				0.00	**113.600.00**	**63.200.00**	**0.00**	**0.00**	**0.00**	**0.00**	**0.00**	**176.800**

PAGADO
FEDERACIÓN NACIONAL DE CAJAS DE COMPENSACIÓN FAMILIAR
FEDECAJAS

RECAUDO INTEGRADO DE SEGURIDAD SOCIAL Y PARAFISCALES

Planilla No. **96895428**

INFORMACION GENERAL DE LA PLANILLA:

Tipo Identific.	Número Identificación	Nombre o Razón Social	Sucursal/ Dependen	Salud	Pensiones, Riesgos CCF, SENA, ICBF	Tipo Empresa	Clase	Código ARP	Nombre ARP	Tipo Planilla	Exento Parafisc.	Beneficia. Cajas
CC	7385772	MARES MEJIA MILCIADES MANUEL		2021-10	2021-10			00	SURA	I	SI	N/A

Dirección	Municipio	Cod	Departamento	Co	Teléfono	Fax	Correo Electrónico	Actividad Económica	total cotización	Total	Fecha Pago	No. Radicación
CARRERA 57 94ª 24	BOGOTA	00	C/MARCA	00							2021-10-11	9069358210

DETALLE DE LOS APORTES:

Datos del Afiliado								Novedades																		Días Cot.	Valor IBC			Liquidación de Aportes									
Tipo Id.	Número Identif.	Apellidos y Nombres	AFP	EPS	ARL	Clase de Riesgo	Caja de Compensación	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VTE	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	AFP	EPS	ARP	CCF	IBC Pensión	IBC Salud	IBC Riesgos	IBC Cajas	Aporte Pensión	Aporte Salud	Aporte Riesgos	Aporte Caja	Aporte SENA	Aporte ICBF	ESAP	INEDU	TOTAL
CC	7385772	MARES MEJIA MILCIADES MANUEL		FAMISANAR	SURA	5																	0	30	30	0		908.526	908.526			113.600	63.200				0	0	176.800

TOTALES

IBC Pensión	IBC Salud	IBC Riesgos	IBC Cajas	APORTES PENSION	APORTES SALUD	APORTES RIESGOS	APORTES CAJAS	APORTES SENA	APORTES ICBF	APORTES ESAP	APORTES MIN EDUCACION	subtotal SIN intereses DE MORA
				0.00	**113.600.00**	**63.200.00**	**0.00**	**0.00**	**0.00**	**0.00**	**0.00**	**176.800**

PAGADO
FEDERACIÓN NACIONAL DE CAJAS DE COMPENSACIÓN FAMILIAR
FEDECAJAS

RECAUDO INTEGRADO DE SEGURIDAD SOCIAL Y PARAFISCALES

Planilla No. **86693210**

INFORMACION GENERAL DE LA PLANILLA:

Tipo Identific.	Número Identificación	Nombre o Razón Social	Sucursal/ Dependen	Salud	Pensiones, Riesgos CCF, SENA, ICBF	Tipo Empresa	Clase	Código ARP	Nombre ARP	Tipo Planilla	Exento Parafisc.	Beneficia. Cajas
CC	1003142516	MEJIA SANCHEZ ERASMO		2021-10	2021-10			00	SURA	I	SI	N/A

Dirección	Municipio	Cod	Departamento	Co	Teléfono	Fax	Correo Electrónico	Actividad Económica	total cotización	Total	Fecha Pago	No. Radicación
CARRERA 57 94ª 24	BOGOTA	00	C/MARCA	00							2021-10-11	102536800

DETALLE DE LOS APORTES:

Datos del Afiliado								Novedades																		Días Cot.	Valor IBC				Liquidación de Aportes								
Tipo Id.	Número Identif.	Apellidos y Nombres	AFP	EPS	ARL	Clase de Riesgo	Caja de Compensación	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VTE	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	AFP	EPS	ARP	CCF	IBC Pensión	IBC Salud	IBC Riesgos	IBC Cajas	Aporte Pensión	Aporte Salud	Aporte Riesgos	Aporte Caja	Aporte SENA	Aporte ICBF	ESAP	INEDU	TOTAL
CC	1003142516	MEJIA SANCHEZ ERASMO		SALUD TOTAL	SURA	5																	0	30	30	0		908.526	908.526			113.600	63.200				0	0	176.800

TOTALES

IBC Pensión	IBC Salud	IBC Riesgos	IBC Cajas	APORTES PENSION	APORTES SALUD	APORTES RIESGOS	APORTES CAJAS	APORTES SENA	APORTES ICBF	APORTES ESAP	APORTES MIN EDUCACION	subtotal SIN intereses DE MORA
				0.00	**113.600.00**	**63.200.00**	**0.00**	**0.00**	**0.00**	**0.00**	**0.00**	**176.800**

PAGADO
FEDERACIÓN NACIONAL DE CAJAS DE COMPENSACIÓN FAMILIAR
FEDECAJAS

RECAUDO INTEGRADO DE SEGURIDAD SOCIAL Y PARAFISCALES

Planilla No. **99658002**

INFORMACION GENERAL DE LA PLANILLA:

Tipo Identific.	Número Identificación	Nombre o Razón Social	Sucursal/ Dependen	Salud	Pensiones, Riesgos CCF, SENA, ICBF	Tipo Empresa	Clase	Código ARP	Nombre ARP	Tipo Planilla	Exento Parafisc.	Beneficia. Cajas
CC	79527230	PEREZ ARIZA ALEJANDRO		2021-10	2021-10			00	SURA	I	SI	N/A

Dirección	Municipio	Cod	Departamento	Co	Teléfono	Fax	Correo Electrónico	Actividad Económica	total cotización	Total	Fecha Pago	No. Radicación
CARRERA 57 94ª 24	BOGOTA	00	C/MARCA	00							2021-10-11	9586228847

DETALLE DE LOS APORTES:

Datos del Afiliado								Novedades																		Días Cot.	Valor IBC			Liquidación de Aportes									
Tipo Id.	Número Identif.	Apellidos y Nombres	AFP	EPS	ARL	Clase de Riesgo	Caja de Compensación	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VTE	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	AFP	EPS	ARP	CCF	IBC Pensión	IBC Salud	IBC Riesgos	IBC Cajas	Aporte Pensión	Aporte Salud	Aporte Riesgos	Aporte Caja	Aporte SENA	Aporte ICBF	ESAP	INEDU	TOTAL
CC	79527230	PEREZ ARIZA ALEJANDRO		FAMISANAR	SURA	5																	0	30	30	0		908.526	908.526			113.600	63.200				0	0	176.800

TOTALES

IBC Pensión	IBC Salud	IBC Riesgos	IBC Cajas	APORTES PENSION	APORTES SALUD	APORTES RIESGOS	APORTES CAJAS	APORTES SENA	APORTES ICBF	APORTES ESAP	APORTES MIN EDUCACION	subtotal SIN intereses DE MORA
				0.00	**113.600.00**	**63.200.00**	**0.00**	**0.00**	**0.00**	**0.00**	**0.00**	**176.800**

PAGADO
FEDERACIÓN NACIONAL DE CAJAS DE COMPENSACIÓN FAMILIAR
FEDECAJAS

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 900530947	8	CONELTEL SAS	B - MENOS DE 200 COTIZANTES	ALTO	calle 72 n 20 98	BOGOTA-BOGOTA D.E.	3006115	Si

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2021-08	2021-09	1128069899	9424549037	E	2021/09/10	2021/09/13	BANCO CAJA SOCIAL		$2,659,100

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	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte	Exonerado SENA e ICBF	Total Aportes
1	CC	79967567	BUENO DIAZ LUIS ARBEY																		25-14	30	$2,586,787	$413,900	EPS005	30	$2,586,787	$103,500	CCF21	30	$2,586,787	$103,500	14-23	30	$2,586,787	$180,100	30	$0	$0	Si	$801,000
2	CC	1032509275	CONTRERAS ANTOLINEZ RAMON JOSE																		230201	30	$908,526	$145,400	EPS016	30	$908,526	$36,400	CCF21	30	$908,526	$36,400	14-23	30	$908,526	$63,300	30	$0	$0	Si	$281,500
3	CC	80412512	MONTOYA OSPINA JAVIER HERNAN	X																	25-14	18	$545,116	$87,300	EPS010	18	$545,116	$21,900	CCF21	18	$545,116	$21,900	14-23	18	$545,116	$38,000	18	$0	$0	Si	$169,100
4	CC	1002501149	OCHOA FLOREZ LUIS ANTONIO																		230201	30	$908,526	$145,400	ESSC24	30	$908,526	$36,400	CCF21	30	$908,526	$36,400	14-23	30	$908,526	$63,300	30	$0	$0	Si	$281,500
5	CC	1003198568	OLIVERO GOMEZ ISMAEL YESID																		230301	30	$908,526	$145,400	EPS005	30	$908,526	$36,400	CCF21	30	$908,526	$36,400	14-23	30	$908,526	$63,300	30	$0	$0	Si	$281,500
6	CC	1104432879	OVIEDO COGOLLO YAN CARLOS																		230301	30	$908,526	$145,400	EPS017	30	$908,526	$36,400	CCF21	30	$908,526	$36,400	14-23	30	$908,526	$63,300	30	$0	$0	Si	$281,500
7	CC	1104404816	RODRIGUEZ DIAZ NASIR JAVIER																		230201	30	$908,526	$145,400	EPS010	30	$908,526	$36,400	CCF21	30	$908,526	$36,400	14-23	30	$908,526	$63,300	30	$0	$0	Si	$281,500
8	CC	79211810	YEPES ANTIVAR OSCAR ANDRES																		230301	30	$908,526	$145,400	EPS017	30	$908,526	$36,400	CCF21	30	$908,526	$36,400	14-23	30	$908,526	$63,300	30	$0	$0	Si	$281,500
Total	**Afiliados(8)**																						$8,583,059	$1,373,600			$8,583,059	$343,800			$8,583,059	$343,800			$8,583,059	$597,900		$0	$0		$2,659,100

aportes en línea

Planilla Resumen

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
NIT 900530947	8	CONELTEL SAS	B - MENOS DE 200 COTIZANTES	ALTO	calle 72 n 20 98	BOGOTA-BOGOTA D.E.	3006115	Si

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2021-08	2021-09	1128069899	9424549037	E	2021/09/10	2021/09/13	BANCO CAJA SOCIAL		$2,659,100

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 3)				8	$1,373,600	$0	$1,373,600
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	2	$501,200	$0	$501,200
PORVENIR	230301	800,224,808	8	3	$436,200	$0	$436,200
PROTECCION	230201	800,229,739	0	3	$436,200	$0	$436,200
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				8	$597,900	$0	$597,900
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	8	$597,900	$0	$597,900
CCF (ADMINISTRADORAS: 1)				8	$343,800	$0	$343,800
CAFAM	CCF21	860,013,570	3	8	$343,800	$0	$343,800
EPS (ADMINISTRADORAS: 5)				8	$343,800	$0	$343,800
COOMEVA	EPS016	805,000,427	1	1	$36,400	$0	$36,400
COOSALUD MOVILIDAD	ESSC24	900,226,715	3	1	$36,400	$0	$36,400
EPS SURA (ANTES SUSALUD)	EPS010	800,088,702	2	2	$58,300	$0	$58,300
FAMISANAR	EPS017	830,003,564	7	2	$72,800	$0	$72,800
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	2	$139,900	$0	$139,900
TOTAL				**8**	**$2,659,100**	**$0**	**$2,659,100**

COLFONDOS S.A. PENSIONES Y CESANTIAS

CERTIFICA QUE:

El(la) Señor(a) EDGAR ANTONIO AMEZQUITA VANEGAS identificado(a) con C.C No. 80.236.648, se encuentra afiliado(a) al Fondo Pensiones Obligatorias NIT 800.227.940-6.

Se expide la presente certificación a solicitud del afiliado(a) el día 11 de octubre del 2021.

El presente certificado es emitido como un archivo PDF y contiene una firma digitalizada válida para todos sus efectos de conformidad con lo dispuesto en la Ley 527 de 1999.

Cualquier inquietud adicional no dude en escribirnos a través de nuestro portal transaccional www.colfondos.com.co opción contáctanos, o comuníquese con nuestro Contact Center a través de las siguientes líneas Bogotá 7484888, Barranquilla 386 9888, Bucaramanga 698 5888, Cali 489 9888, Cartagena 694 9888, Medellín 604 2888 y en el resto del país 604 2888.

Carolina Galvis Castellanos
Directora de Cuentas y Recaudo
Colfondos S.A Pensiones y Cesantías

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

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 [X]
2. Tipo de Afiliación: A. Individual: • Cotizante o cabeza de Familia [X] • 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 [ ] B. Independiente [X] C. Pensionado [ ]
Código (a registrar por la EPS): 59

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

6. Apellidos y nombres: Arrezquita Vanegas Edgar Antonio
7. Tipo de documento de identidad: CC
8. Número de documento de identidad: 80236648
9. Sexo: Femenino [ ] Masculino [X]
10. Fecha de nacimiento: 09031978

III. DATOS COMPLEMENTARIOS (Datos personales)

11. Etnia
12. Discapacidad: Tipo / Condición
13. Puntaje SISBÉN
14. Grupo de población especial
15. Administradora de riesgos laborales - ARL: positiva
16. Administradora de pensiones: colfondos 3118700619
17. Ingreso base de cotización - IBC: 900526
18. Residencia: trv 22c bis este 11 asr 59 Bogotá Zona Urbana [X] Rural [ ] cundinamarca

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

19. Apellidos y nombres
20. Tipo de documento de identidad
21. Número de documento de identidad
22. Sexo: Femenino [ ] Masculino [ ]
23. Fecha de nacimiento

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

Selección de la IPS Primaria

34. Nombre de la Institución prestadora de servicios de salud - IPS	Código de la IPS (a registrar por la EPS)
Col	
B	
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: Edgar Arrezquita
36. Tipo de documento de identificación: CC
37. Número del documento de identificación: 80236648
38. Tipo de aportante o pagador pensiones (a registrar por la EPS)
39. Ubicación: trv 22 c bis este 11 asr 59 3118700619 Bogota Cundinamarca

B. REPORTE DE NOVEDADES

48. 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 [X]
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
Tipo de documento de identidad | Número de documento de identidad | Sexo: Femenino [ ] Masculino [ ] | Fecha de nacimiento | 42. Fecha: 11 10 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 información 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. [X]
51. Autorización para que la EPS reporte la información que se genere de la afiliación del aporte de novedades a la base de datos de afiliados vigente y a las entidades públicas que por sus funciones la requieran. [X]
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 [X]
53. Autorización para que la EPS envíe información al correo electrónico o al celular como mensajes de texto. [X]

VIII. FIRMAS

Edgar Arrezquita

IX. ANEXOS

56. Anexo copia del documento de identidad: CN Cant. [ ] RC Cant. [ ] TI Cant. [ ] CC Cant. [ ] PA Cant. [ ] CE Cant. [ ] CD Cant. [ ] SC Cant. [ ] Total [ ]
57. Copia del dictamen de invalidez 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 [illegible] [ ]

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 | Puntaje | Nivel
68. Fecha de radicación
69. Fecha de validación: 11 OCT 2021
70. Datos del funcionario que realiza la validación: Cód. 239 Helen Viviana Tovar R. SUJETO A VERIFICACIÓN
Tipo de documento de identidad | Número de documento de identidad
71. Firma del funcionario

OBSERVACIONES: Aporte noviembre Activo independiente Con Contrato

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

Escaneado con CamScanner

POSITIVA
COMPAÑIA DE SEGUROS
NIT 860.011.153-6
ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES
www.positiva.gov.co

FORMULARIO DE AFILIACIÓN DEL TRABAJADOR **INDEPENDIENTE** A LA ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES

SEÑOR CONTRATISTA
Recuerde que una vez cumplida la fecha de terminación de la afiliación, SI usted desea continuar con el cubrimiento ante nuestra ARL, lo invitamos a que ingrese al portal transaccional y registre la novedad respectiva.

20211011030080236648O1

I. DATOS GENERALES DEL TRABAJADOR INDEPENDIENTE

* TIPO DOC. (M D C T E P): C	PRIMER APELLIDO: AMEZQUITA
* No. DE DOCUMENTO: 80236648	SEGUNDO APELLIDO: VANEGAS
PRIMER NOMBRE: EDGAR	SEGUNDO NOMBRE: ANTONIO
* FECHA NACIMIENTO (AÑO/MES/DÍA): 1978 / 03 / 09	SEXO (M F): M
NACIONALIDAD: COLOMBIA	
EPS ACTUAL: COMPENSAR E.P.S.	AFP ACTUAL: COLFONDOS S.A. PENSIONES Y CES/
DIRECCIÓN RESIDENCIA: TV 22C BIS N 11A 59 SUR	
DEPARTAMENTO: BOGOTA D.C.	MUNICIPIO: BOGOTA D.C.
CELULAR O TELÉFONO FIJO: 3118700619	CORREO ELECTRÓNICO: EAMEZQUITAVANEGAS@GMAIL.COM

II. INFORMACIÓN DE LA AFILIACIÓN O DEL CONTRATO

TIPO: ADMINISTRATIVO ( ) COMERCIAL ( ) CIVIL (X)	PÚBLICO ( ) PRIVADO (X) SUMINISTRO DE TRANSPORTE SI ( ) NO (X)
* FECHA INICIO (AÑO/MES/DÍA): 2021 / 10 / 11	* FECHA DE TERMINACIÓN (AÑO/MES/DÍA): 2021 / 11 / 10 — No. DE MESES: 1
DÍAS Y HORARIO DE TRABAJO: LUNES (X) MARTES (X) MIERCOLES (X) JUEVES (X) VIERNES (X) SABADO (X) DOMINGO (X)	DE 06:00 AM (X) PM ( ) HASTA 06:00 AM ( ) PM (X)
VALOR TOTAL: $910000	VALOR MENSUAL: $910000 — * INGRESO BASE DE COTIZACIÓN: $908526
* ACTIVIDAD A EJECUTAR: CONSTRUCCION DE EDIFICACIONES PARA USO NO RESIDENC	CÓDIGO: 5452201
CARGO U OCUPACIÓN: OBREROS DE LA CONSTRUCCION DE EDIFICIOS	TAXISTA SI ( ) NO (X)
DIRECCIÓN: CL 57 13 48	
DEPARTAMENTO: BOGOTA D.C.	MUNICIPIO: BOGOTA D.C.

III. INFORMACION DEL CONTRATANTE, EMPRESA TRANSPORTADORA (Habilitada por el Ministerio de Transporte para taxistas) O CONTRATANTE PARA INDEPENDIENTE VOLUNTARIO.

* ENTIDAD CONTRATANTE No. DE DOCUMENTO: 80024821 — TIPO DOC. (M D C N T E P): N — DV	* NOMBRE O RAZÓN SOCIAL: EDVIN RODRIGUEZ
CÓDIGO ACTIVIDAD ECONÓMICA CENTRO DE TRABAJO: 1014001	La clasificación del riesgo se determinará con el mayor entre la clase de riesgo del centro de trabajo del contratante y el propio de la actividad ejecutada por el contratista. (Art. 11 Dec 723/13)
DIRECCIÓN PRINCIPAL: CL 57 13 48 OF 401	
DEPARTAMENTO: BOGOTA D.C.	MUNICIPIO: BOGOTA D.C.
TELÉFONO: 3004470236 — FAX:	CORREO ELECTRÓNICO: AFILIACIONESUNIALIADOS@GMAIL.CC
* DATOS QUIEN FIRMA CONTRATO No. DE DOCUMENTO: 80024821 — TIPO DOC. (M D C T E P): C	PRIMER APELLIDO: RODRIGUEZ
PRIMER NOMBRE: EDVIN	SEGUNDO APELLIDO: VANEGAS
	SEGUNDO NOMBRE: EDICSON

CON ESTE FORMULARIO SE PERFECCIONA LA AFILIACIÓN DELTRABAJADOR INDEPENDIENTE AL SISTEMA GENERAL DE RIESGOS LABORALES, EL CUAL SE RIGE EN TODOS SUS ASPECTOS POR LO DISPUESTO EN EL DECRETO LEY 1295 DE 1994, LEY 776 DE 2002, DECRETO 723 DE 2013, DECRETO 1563 DE 2016 Y DEMÁS NORMAS QUE MODIFIQUEN, ADICIONEN O SUSTITUYAN.

DECLARO QUE LOS DATOS REGISTRADOS EN ESTE FORMULARIO SON VERÍDICOS Y PUEDEN SER CONFIRMADOS POR LA ENTIDAD ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES

* EDGAR AMEZQUITA
FIRMA DEL TRABAJADOR INDEPENDIENTE

PARA USO EXCLUSIVO DE LA ARL

CÓDIGO ACTIVIDAD ECONÓMICA	CLASE DE RIESGO	TARIFA
5452201	5	6,96000

* LA FALSEDAD EN LOS CAMPOS MARCADOS CON (*) GENERAN NULIDAD DEL FORMULARIO Y POR ENDE EN LA AFILIACIÓN

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Autorizado por la Superintendencia Financiera para operar el ramo de seguros de Riesgos Laborales, mediante Resolución No. 3187 del 98 de Diciembre de 1995. Para todos los efectos de afiliación y cobertura del Sistema General de Riesgos Laborales.

AXA COLPATRIA

AXA COLPATRIA SEGUROS DE VIDA S.A.
ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES
Nit. 860.002.183 – 9

CERTIFICA

Que el afiliado relacionado a continuación se encuentra vinculado con nuestra compañía bajo la afiliación No. 169717 correspondiente a la empresa Grupo Gemlsa Sas.

Nombre	T. I	Número de Identificacion	Fecha de inicio cobertura	Clase de Riesgo	Tasa de Riesgo Centro de trabajo	Centro de trabajo
EDVIN EDICSON RODRIGUEZ VANEGAS	C.C.	80,024,821	10/07/2021		6.000	SUCURSAL 6.960

Cordialmente,

NANCY SEQUERA VERGARA
LIDER DE OPERACIONES NO MONETARIOS
AXA COLPATRIA SEGUROS DE VIDA S.A.

La presente se expide a través de la página de internet www.axacolpatria.co, el miércoles 06 de octubre de 2021 a las 09:50:47 a.m.

Cualquier información adicional que requieran sobre el particular, pueden solicitarla a través de nuestra línea nacional 018000-512620 ó en Bogotá 4235757.

Buzón de novedades

Número de novedad	Fecha del reporte de la novedad	Régimen actual	Tipo de afiliado	Fecha efectividad de la novedad
069CC8002482101102021202900003	2021-10-01	Contributivo	Cotizante	2021-11-01

Datos básicos del cotizante o cabeza de familia

Tipo de documento	Número de documento	Nombre completo	Fecha de nacimiento	Sexo
CC	80024821	Edvin Edicson Rodriguez Vanegas	1975-12-01	Hombre

Datos complementarios del cotizante o cabeza de familia

Departamento	Municipio	Localidad	Zona	Dirección	Etnia	Tipo de discapacidad	Condición de discapacidad	Grupo sanguíneo
Bogotá, D. C.	Bogotá, D.C.		Urbana	Calle 23 b #112-34	Ninguno	Ninguno	Ninguno	A Positivo (+)

Datos básicos de los beneficiarios - Ver detalle beneficiario 1 — Excluido

Tipo de documento	Número de documento	Nombre completo		Fecha de nacimiento	Sexo	Parentesco o tipo de afiliado	Grupo sanguíneo	Valor UPC
TI	1020000766	Luisa Maria Rodriguez Tangarife		2012-06-16	Mujer	Hijos menores de 25 años	A Positivo (+)	$ 0,00
Departamento	Municipio	Dirección	Localidad	Zona	Etnia	Tipo de discapacidad	Condición de discapacidad	Grupo sanguíneo
BOGOTÁ, D. C.	BOGOTÁ, D.C.	Calle 23 b #112-34		Urbana	Ninguno	Ninguno	Ninguno	A Positivo (+)

Datos del traslado — Fecha efectividad: 2021-11-01

EPS origen	IPS origen	EPS destino	IPS destino	Excepción al tiempo de permanencia para el traslado
MEDIMAS EPS SAS	CORVESALUD S.A.S	SALUD TOTAL ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD DEL RÉGIMEN CONTRIBUTIVO Y DEL RÉGIMEN SUBSIDIADO S.A.	VIRREY SOLIS IPS SA	Tener más del tiempo mínimo de permanencia

Aceptar **Volver**

El futuro es de todos Gobierno de Colombia

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:

EDVIN EDICSON RODRIGUEZ VANEGAS, identificado(a) con cédula de ciudadanía **80.024.821**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 6 de Octubre 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.

POSITIVA
COMPAÑIA DE SEGUROS

NIT 860.011.153-6
ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES
www.positiva.gov.co

FORMULARIO DE AFILIACIÓN DEL TRABAJADOR **INDEPENDIENTE** A LA ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES

SEÑOR CONTRATISTA
Recuerde que una vez cumplida la fecha de terminación de la afiliación, SI usted desea continuar con el cubrimiento ante nuestra ARL, lo invitamos a que ingrese al portal transaccional y registre la novedad respectiva.

20211011030079670722O1

I. DATOS GENERALES DEL TRABAJADOR INDEPENDIENTE

* TIPO DOC. (M D C T E P)	PRIMER APELLIDO: RODRIGUEZ
No. DE DOCUMENTO: 79670722	SEGUNDO APELLIDO: VANEGAS
PRIMER NOMBRE: PABLO	SEGUNDO NOMBRE: ANTONIO
* FECHA NACIMIENTO AÑO: 1973 MES: 12 DIA: 31	SEXO M F: M
NACIONALIDAD: COLOMBIA	
EPS ACTUAL: CAPITAL SALUD	AFP ACTUAL: PORVENIR
DIRECCIÓN RESIDENCIA: KR 25A 41 34 SUR	
DEPARTAMENTO: BOGOTA D.C.	MUNICIPIO: BOGOTA D.C.
CELULAR O TELÉFONO FIJO: 3112829725	CORREO ELECTRÓNICO: PABLOANTONIORODRIGUEZVANEGAS@GMAIL.COM

II. INFORMACIÓN DE LA AFILIACIÓN O DEL CONTRATO

TIPO: ADMINISTRATIVO ( ) COMERCIAL ( ) CIVIL (•) PÚBLICO ( ) PRIVADO (•) SUMINISTRO DE TRANSPORTE SI ( ) NO (•)

*FECHA INICIO AÑO: 2021 MES: 10 DIA: 11	* FECHA DE TERMINACIÓN AÑO: 2021 MES: 11 DIA: 10
DÍAS Y HORARIO DE TRABAJO: LUNES (•) MARTES (•) MIERCOLES (•) JUEVES (•) VIERNES (•) SABADO (•) DOMINGO (•)	No. DE MESES: 1
VALOR TOTAL: $910000	VALOR MENSUAL: $910000
DE: 06:00 AM (•) PM ( ) HASTA: 06:00 AM ( ) PM (•)	
* ACTIVIDAD A EJECUTAR: CONSTRUCCION DE EDIFICACIONES PARA USO NO RESIDENC	* INGRESO BASE DE COTIZACIÓN: $908526
CARGO U OCUPACIÓN: OBREROS DE LA CONSTRUCCION DE EDIFICIOS	CÓDIGO: 5452201
DIRECCIÓN: CL 57 13 48	TAXISTA SI ( ) NO (•)
DEPARTAMENTO: BOGOTA D.C.	MUNICIPIO: BOGOTA D.C.

III. INFORMACION DEL CONTRATANTE, EMPRESA TRANSPORTADORA (Habilitada por el Ministerio de Transporte para taxistas) O CONTRATANTE PARA INDEPENDIENTE VOLUNTARIO.

* ENTIDAD CONTRATANTE TIPO DOC. (M D C N T E P): C	* NOMBRE O RAZÓN SOCIAL: EDVIN RODRIGUEZ
No. DE DOCUMENTO: 80024821 DV:	
CÓDIGO ACTIVIDAD ECONÓMICA CENTRO DE TRABAJO: 1014001	La clasificación del riesgo se determinará con el mayor entre la clase de riesgo del centro de trabajo del contratante y el propio de la actividad ejecutada por el contratista. (Art. 11 Dec 723/13)
DIRECCIÓN PRINCIPAL: CL 57 13 48 OF 401	
DEPARTAMENTO: BOGOTA D.C.	MUNICIPIO: BOGOTA D.C.
TELÉFONO: 3004470236 FAX:	CORREO ELECTRÓNICO: AFILIACIONESUNIALIADOS@GMAIL.CC
* DATOS QUIEN FIRMA CONTRATO TIPO DOC. (M D C T E P): C	PRIMER APELLIDO: RODRIGUEZ
No. DE DOCUMENTO: 80024821	SEGUNDO APELLIDO: VANEGAS
PRIMER NOMBRE: EDVIN	SEGUNDO NOMBRE: EDICSON

CON ESTE FORMULARIO SE PERFECCIONA LA AFILIACIÓN DELTRABAJADOR INDEPENDIENTE AL SISTEMA GENERAL DE RIESGOS LABORALES, EL CUAL SE RIGE EN TODOS SUS ASPECTOS POR LO DISPUESTO EN EL DECRETO LEY 1295 DE 1994, LEY 776 DE 2002, DECRETO 723 DE 2013, DECRETO 1563 DE 2016 Y DEMÁS NORMAS QUE MODIFIQUEN.

DECLARO QUE LOS DATOS REGISTRADOS EN ESTE FORMULARIO SON VERÍDICOS Y PUEDEN SER CONFIRMADOS POR LA ENTIDAD ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES

* PABLO ANTONIO RODRIGUEZ
FIRMA DEL TRABAJADOR INDEPENDIENTE

PARA USO EXCLUSIVO DE LA ARL
CÓDIGO ACTIVIDAD ECONÓMICA: 5452201
CLASE DE RIESGO: 5
TARIFA: 6,96000

* LA FALSEDAD EN LOS CAMPOS MARCADOS CON (*) GENERAN NULIDAD DEL FORMULARIO Y POR ENDE EN LA AFILIACIÓN

Autorizado por la Superintendencia Financiera para operar el ramo de seguros de Riesgos Laborales, mediante Resolución No. 3167 del 28 de Diciembre de 1995. Para todos los efectos de afiliación y cobertura del Sistema General de Riesgos Laborales.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Rev. Noviembre/ 2019

10-56

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

capitalsalud
Te entiendo. Te atiendo

FORMULARIO No.

Número de Radicación | Fecha de Radicación

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

1. Tipo de Trámite: a. Afiliación ☐ b. Reporte de novedad ☒
2. Tipo de Afiliación: a. Cotizante ☒ b. Cabeza de Familia ☒ c. Beneficiario adicional ☐ d. Pensionado ☐ e. Independiente ☐
3. Régimen: Contributivo ☒
4. Tipo de afiliado: a. Cotizante ☒ b. Cabeza de Familia ☐ c. Beneficiario ☐
5. Tipo de Cotizante: a. Dependiente ☒ b. Independiente ☐ Pensionado ☐ Código

A. AFILIACIÓN

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

6. Apellidos y nombres completos: RODRIGUEZ | VANEGAS | PABLO | ANTONIO

7. Tipo documento de identidad: CC
8. Número de documento de identidad: 79670722
9. Sexo: Femenino ☐ Masculino ☒
10. Fecha de nacimiento: 31/12/1973

III. DATOS COMPLEMENTARIOS
Datos personales

11. Etnia
12. Discapacidad: Sí ☐ No ☐ Cuál
13. Puntaje SISBEN
14. Grupo de población especial

15. Administradora de Riesgos Laborales - ARL: POSITIVA
16. Administradora de Pensiones: PROTECCION
17. Ingreso base de cotización - IBC: 908526

18. Residencia: Dirección: TV 22 CRA 5 SUR 11A-54 SUR | Teléfono: 3112829725 | Correo electrónico: pabloantonio.rodriguez.vanegas@gmail.com
Departamento: BOGOTA | Municipio: Urbano ☒ Rural ☐ SAN CRISTOBAL | Localidad: BOGOTA

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: Femenino ☐ Masculino ☐
23. Fecha de nacimiento

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
01				
02				
03				
04				
05				

	25. Tipo de documento de identidad	26. Número de documento de identidad	27. Sexo: Femenino	Masculino	28. Fecha de nacimiento
01					
02					
03					
04					
05					

Datos complementarios

	29. Parentesco	30. Etnia	31. Discapacidad: Tipo	Sí	No	32. Ocupación
01						
02						
03						
04						
05						

	32. Datos de residencia: Dirección	Urbano	Rural	Departamento	Municipio / Localidad	33. Valor de la UPC del afiliado adicional
01						
02						
03						
04						
05						

Selección de la IPS primaria
34. Nombre de la Institución Prestadora de Servicios de Salud - IPS | Código de la IPS

C		
B		
S		
D		

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: PABLO ANTONIO RODRIGUEZ
36. Tipo de documento de identificación: CC
37. Número de documento de identificación: 79670722
38. Tipo de aportante | Régimen | Clase

39. Dirección: TV 22 CRA 5 SUR 11A-54 SUR | Teléfono: 3112829725 | Correo electrónico: pabloantonio.rodriguez.vanegas@gmail.com | Departamento: BOGOTA | Municipio: BOGOTA

capitalsalud
11 OCT 2021
RECIBIDO SIN ACEPCIÓ
PAU CONTRIBUTIVO CL

capitalsalud

Es entender. 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
- [x] 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
  - [ ] A. Régimen Contributivo
  - [ ] B. Régimen Subsidiado
- [ ] 14. Traslado
  - [ ] A. Mismo Régimen
  - [ ] B. Diferente Régimen
- [ ] 15. Reporte de fallecimiento
- [ ] 16. Reporte del traslado 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

1er Apellido	2do Apellido	1er Nombre	2do Nombre
RODRIGUEZ	VANEGAS	PABLO	ANTONIO

Tipo de documento de identidad	Número de documento de identidad	Sexo	Fecha de nacimiento	42. Fecha
CC	79670722	Femenino [ ] Masculino [x]	31 12 1973	11 10 2021

43. EPS anterior	44. Motivo de traslado Código	45. Caja de Compensación Familiar a la(s) que se encuentra afiliado

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

- [ ] 46. Declaración de dependencia económica de los beneficiarios y afiliados adicionales
- [ ] 47. Declaración de si no obligados a 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 beneficiario
- [ ] 49. Declaración de no intervención del cotizante, cabeza de familia, beneficiarios o afiliados adicionales en una afiliación 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 lo requieran
- [x] 52. Autorización para que la EPS maneje los datos personales del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales de acuerdo con lo previsto en la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013.
- [ ] 53. Autorización para que la EPS envíe información al correo electrónico o al celular como mensajes de texto

VIII. FIRMAS

54. El cotizante, cabeza de familia o beneficiario	55. El empleador, apoderado o entidad responsable de la afiliación colectiva, delegado(a) o de oficio
Pablo Antonio Rodriguez.	

IX. ANEXOS

- [ ] 56. Copia documento de identidad: CN [ ] RC [ ] TI [ ] CC [x] PA [ ] CE [ ] CD [ ] SC [ ]
  Cantidad [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] Total [ ]
- [ ] 57. Copia del dictamen de incapacidad permanente emitido por la autoridad competente
- [ ] 58. Copia del registro civil de matrimonio, o de la escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declara la unión marital
- [ ] 59. Copia de la escritura pública o sentencia judicial que decreta el divorcio, sentencia judicial que declara la separación de cuerpos y escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declara 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 marca de ganado o el certificado de defunción o la partida de defunción de los padres
- [ ] 63. Copia de la autorización de trabajo por parte de la Subintendencia 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	Nombres

Tipo 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

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:

PABLO ANTONIO RODRIGUEZ VANEGAS, identificado(a) con cédula de ciudadanía **79.670.722**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 11 de Octubre 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.*

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

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 X
2. Tipo de Afiliación: A. Individual: • Cotizante o cabeza de Familia X • 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; B. Independiente X; C. Pensionado
Código (a registrar por la EPS): 59

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

6. Apellidos y nombres: Mejia | Martinez | Sebastian
7. Tipo de documento de identidad: CC
8. Número de documento de identidad: 1023974468
9. Sexo: Femenino; Masculino X
10. Fecha de nacimiento: 26/01/1999

III. DATOS COMPLEMENTARIOS (Datos personales)

11. Etnia
12. Discapacidad: Tipo; Condición
13. Puntaje SISBÉN
14. Grupo de población especial
15. Administradora de riesgos laborales - ARL: Positiva
16. Administradora de pensiones: Porvenir 3017488703 Cundinamarca
17. Ingreso base de cotización - IBC: 908526
18. Residencia: Cra 8 este #30-30 Sur Bogotá; Zona: Urbana X; Rural

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
20. Tipo de documento de identidad
21. Número de documento de identidad
22. Sexo: Femenino; Masculino
23. Fecha de nacimiento

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

Selección de la IPS Primaria

	34. Nombre de la institución prestadora de servicios de salud - IPS	Código de la IPS (a registrar por la EPS)
Con		
B		
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: Sebastian Mejia
36. Tipo de documento de identificación: CC
37. Número del documento de identificación: 1023974468
38. Tipo de aportante o pagador pensiones (a registrar por la EPS)
39. Ubicación: Cra 8 este #30-30 sur 3017488703 Bogotacendinam

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 X
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
Tipo de documento de identidad | Número de documento de identidad | Sexo: Femenino; Masculino | Fecha de nacimiento
42. Fecha: 11/10/2021
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. X
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. X
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 X
53. Autorización para que la EPS envíe información al correo electrónico o al celular como mensajes de texto. X

VIII. FIRMAS

Sebastian Mejia

IX. ANEXOS

56. Anexo copia del documento de identidad: CN Cant. RC Cant. TI Cant. CC Cant. PA Cant. CE Cant. CD Cant. SC Cant. Total
57. Copia del dictamen de incapacidad permanente emitido por la autoridad competente.
58. Copia del registro civil de matrimonio, o de la Escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la unión marital.
59. Copia de la escritura pública o sentencia judicial que declaró 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 [illegible] la calidad de beneficiario o se ac[illegible]

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 | Puntaje | Nivel
68. Fecha de [illegible]
69. Fecha de validación: 11 OCT 2021
70. Datos del funcionario que realiza la validación
Tipo de documento de identidad | Número de documento de identidad
71. Firma del [illegible]
Cód. 239 Helen Viviana Tovar R.
SUJETO A VERIFICACIÓN

OBSERVACIONES: Aporte Noviembre Activo Independiente Contrato

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

Escaneado con CamScanner

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:

GUSTAVO ADOLFO LOPEZ TAUTIVA, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.023.974.446**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 11 de Octubre 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.

POSITIVA
COMPAÑIA DE SEGUROS
NIT 860.011.153-6
ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES
www.positiva.gov.co

FORMULARIO DE AFILIACIÓN DEL TRABAJADOR **INDEPENDIENTE** A LA ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES

SEÑOR CONTRATISTA
Recuerde que una vez cumplida la fecha de terminación de la afiliación, SI usted desea continuar con el cubrimiento ante nuestra ARL, lo invitamos a que ingrese al portal transaccional y registre la novedad respectiva.

20211011031023974468O1

I. DATOS GENERALES DEL TRABAJADOR INDEPENDIENTE

* TIPO DOC. (C) / No. DE DOCUMENTO: 1023974468	PRIMER APELLIDO: MEJIA
	SEGUNDO APELLIDO: MARTINEZ
PRIMER NOMBRE: SEBASTIAN	SEGUNDO NOMBRE:
* FECHA NACIMIENTO: AÑO 1999 MES 01 DIA 26 — SEXO: M	NACIONALIDAD: COLOMBIA
EPS ACTUAL: COMPENSAR E.P.S.	AFP ACTUAL: PORVENIR
DIRECCIÓN RESIDENCIA: KR 8 ESTE 30 30 SUR	
DEPARTAMENTO: BOGOTA D.C.	MUNICIPIO: BOGOTA D.C.
CELULAR O TELÉFONO FIJO: 3017488703	CORREO ELECTRÓNICO: MEJIAMARTINEZSEBASTIAN140@GMAIL.COM

II. INFORMACIÓN DE LA AFILIACIÓN O DEL CONTRATO

TIPO: ADMINISTRATIVO ( ) COMERCIAL ( ) CIVIL (•) — PÚBLICO ( ) PRIVADO (•) — SUMINISTRO DE TRANSPORTE SI ( ) NO (•)

* FECHA INICIO	AÑO 2021	MES 10	DIA 11	
* FECHA DE TERMINACIÓN	AÑO 2021	MES 11	DIA 10	No. DE MESES: 1

DÍAS Y HORARIO DE TRABAJO: LUNES (•) MARTES (•) MIERCOLES (•) JUEVES (•) VIERNES (•) SABADO (•) DOMINGO (•) — DE 06:00 AM (•) PM ( ) HASTA 06:00 AM ( ) PM (•)

VALOR TOTAL: $910000	VALOR MENSUAL: $910000	* INGRESO BASE DE COTIZACIÓN: $908526
* ACTIVIDAD A EJECUTAR: CONSTRUCCION DE EDIFICACIONES PARA USO NO RESIDENC	CÓDIGO: 5452201	
CARGO U OCUPACIÓN: OBREROS DE LA CONSTRUCCION DE EDIFICIOS	TAXISTA SI ( ) NO (•)	
DIRECCIÓN: CL 57 13 48 OF 401		
DEPARTAMENTO: BOGOTA D.C.	MUNICIPIO: BOGOTA D.C.	

III. INFORMACION DEL CONTRATANTE, EMPRESA TRANSPORTADORA (Habilitada por el Ministerio de Transporte para taxistas) O CONTRATANTE PARA INDEPENDIENTE VOLUNTARIO.

* ENTIDAD CONTRATANTE TIPO DOC. (N) DV / No. DE DOCUMENTO: 80024821	* NOMBRE O RAZÓN SOCIAL: EDVIN RODRIGUEZ
CÓDIGO ACTIVIDAD ECONÓMICA CENTRO DE TRABAJO: 1014001	La clasificación del riesgo se determinará con el mayor entre la clase de riesgo del centro de trabajo del contratante y el propio de la actividad ejecutada por el contratista. (Art. 11 Dec 723/13)
DIRECCIÓN PRINCIPAL: CL 57 13 48 OF 401	
DEPARTAMENTO: BOGOTA D.C.	MUNICIPIO: BOGOTA D.C.
TELÉFONO: 3004470236 — FAX:	CORREO ELECTRÓNICO: AFILIACIONESUNIALIADOS@GMAIL.CC
* DATOS QUIEN FIRMA CONTRATO TIPO DOC. (C) / No. DE DOCUMENTO: 80024821	PRIMER APELLIDO: RODRIGUEZ
	SEGUNDO APELLIDO: VANEGAS
PRIMER NOMBRE: EDVIN	SEGUNDO NOMBRE: EDICSON

CON ESTE FORMULARIO SE PERFECCIONA LA AFILIACIÓN DELTRABAJADOR INDEPENDIENTE AL SISTEMA GENERAL DE RIESGOS LABORALES, EL CUAL SE RIGE EN TODOS SUS ASPECTOS POR LO DISPUESTO EN EL DECRETO LEY 1295 DE 1994, LEY 776 DE 2002, DECRETO 723 DE 2013, DECRETO 1563 DE 2016 Y DEMÁS NORMAS QUE MODIFIQUEN. ADICIONEN O SUSTITUYAN.

DECLARO QUE LOS DATOS REGISTRADOS EN ESTE FORMULARIO SON VERÍDICOS Y PUEDEN SER CONFIRMADOS POR LA ENTIDAD ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES

* SEBASTIAN MEJIA
FIRMA DEL TRABAJADOR INDEPENDIENTE

PARA USO EXCLUSIVO DE LA ARL

CÓDIGO ACTIVIDAD ECONÓMICA	CLASE DE RIESGO	TARIFA
5452201	5	6,96000

* LA FALSEDAD EN LOS CAMPOS MARCADOS CON (*) GENERAN NULIDAD DEL FORMULARIO Y POR ENDE EN LA AFILIACIÓN

Autorizado por la Superintendencia Financiera para operar el ramo de seguros de Riesgos Laborales, mediante Resolución No. 3187 del 28 de Diciembre de 1995. Para todos los efectos de afiliación y cobertura del Sistema General de Riesgos Laborales.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Rev. Noviembre/ 2019

AXA COLPATRIA

INGRESO EMPLEADO

DATOS DE LA EMPRESA

Tipo de Identificación:	NIT
Número de documento:	900372215
Número Afiliación:	169716
Razón social:	GRUPO EMPRESARIAL PINZON MUNOZ

DATOS DEL EMPLEADO:

Tipo de documento:	CÉDULA
Número de Documento	1110518967
Nombre:	KAROL LISEETH BERNAL SANTOS
Fecha Ingreso:	11/10/2021
Salario básico:	2,500,000
Nit empresa en misión:	0
Código Sucursal:	SUCURSAL 1
Centro de trabajo:	CTRAB 005
Tasa:	6.960
Fecha hora transacción:	09/10/2021 08:14:49 a.m.

Bogotá DC. 12 de Octubre de 2,021

SOLICITUD DE AFILIACIÓN
CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR COMPENSAR
NIT 860066942

Señor usuario, reciba un cordial saludo de su Caja de Compensación Familiar Compensar. Informamos que el día 12/10/2021, se ha recibido una solicitud de afiliación, la cual estará sujeta a verificación.

Si el trabajador desea recibir cuota monetaria de subsidio debe consultar los requisitos en www.compensar.com/subsidio. De cumplir con las condiciones, es necesario realizar la solicitud adjuntando los documentos de soporte a través del portal corporativo www.compensar.com.

A continuación ofrecemos el detalle de la información suministrada del trabajador:

Tipo y Número de Identificacion	CC 1110518967
Nombres y Apellidos	KAROL LISSETH BERNAL SANTOS
Tipo y Número de Identificac ion del Empleador	NI 900372215
Razón Social Empleador	
Código Sucursal	0
Código Centro de Costo	0
Fecha de Ingreso Empresa	11/10/2021
Fecha de Ingreso a Compensar	12/10/2021
Cargo	RESIDENTE DE OBRA
Horas Labor Mes	240
Sueldo básico	$ 2500000

Firma del Trabajador
Identificación

La presente constancia se expide con destino a , este documento impreso debe reposar firmado en la hoja de vida del trabajador.

Para mayor información de nuestros servicios consulte nuestra página web www.compensar.com o contáctenos a nuestra central telefónica de atención al usuario 3 077001.

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

EPS Sanitas
Nuestro compromiso es contigo
NIT. 800.251 440-6

No. de Radicación	Fecha de Radicación
	D D M M A A A A

151282761

(Lea las instrucciones que se encuentran al respaldo antes de diligenciar este formulario)

I. DATOS DEL TRÁMITE

1. Tipo de Trámite	2. Tipo de Afiliación	3. Régimen
A. Afiliación X B. Reporte de Novedades	A. Individual · Cotizante o Cabeza de Familia X B. Colectiva D. De Oficio · Beneficiario o Afiliado adicional C. Institucional	A. Contributivo X B. Subsidiado

4. Tipo de Afiliado	5. Tipo de Cotizante	Código
A. Cotizante X B. Cabeza de Familia C. Beneficiario	A. Dependiente X B. Independiente C. Pensionado	(a registrar por la EPS)

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
Bernal	Santos	Karol	Lisseth

7. Tipo de documento de Identidad	8. Número del documento de Identidad	9. Sexo	10. Fecha de nacimiento
CN TI CE CD RC CC X PA SC	1110 518 967	Femenino Masculino	D D M M A A A A

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

Datos Personales

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

15. Administradora de Riesgos Laborales - ARL	16. Administradora de Pensiones	17. Ingreso base de cotización - IBC
colpatria		2'500.000

18. Residencia – Dirección	Teléfono Fijo
Cra 54D # 135-15 72 Apt 1102	

Teléfono Celular	Correo Electrónico
3046563696	Kawlber@hotmail.com

Municipio / Distrito	Zona	Localidad / Comuna	Departamento
Bta	Urbana X Rural		Cundinamarca

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR

Datos Básicos de Identificación del Cónyuge o compañero(a) permanente cotizante

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

20. Tipo de documento de identidad	21. Número del documento de Identidad	22. Sexo	23. Fecha de nacimiento
CN TI CE CD RC CC PA SC		Femenino Masculino	D D M M A A A A

Datos Básicos de Identificación de los beneficiarios y de los afiliados adicionales

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

Datos Complementarios

25. Tipo de documento de identidad	26. Número del documento de Identidad	27. Sexo	28. Fecha de nacimiento	29. Parentesco
B1		Femenino Masculino	D D M M A A A A	
B2		Femenino Masculino	D D M M A A A A	
B3		Femenino Masculino	D D M M A A A A	
B4		Femenino Masculino	D D M M A A A A	
B5		Femenino Masculino	D D M M A A A A	

	30. Etnia	31. Discapacidad Tipo	Condición	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)
B1		F N M	T P		Urbana Rural			
B2		F N M	T P		Urbana Rural			
B3		F N M	T P		Urbana Rural			
B4		F N M	T P		Urbana Rural			
B5		F N M	T P		Urbana Rural			

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		

-Original: EPS -1a Copia:EMPLEADOR- 2a Copia: AFILIADO-

cadena

Escaneado con CamScanner

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: Gcpm Sas

36. Tipo documento de Identificación: NIT X | TI | CE | CC | PA | CD

37. Número del documento de Identificación: 900 372 215

38. Tipo de aportante o pagador de Pensiones (a registrar por la EPS)

39. Ubicación
Dirección: C 11 12 A 11 68C-03

Teléfono Fijo:

Correo Electrónico:

Municipio / Distrito: Pt

Departamento: Cu

B. REPORTE DE NOVEDADES

40. Tipo de Novedad

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

VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

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

Tipo de documento de identidad: CN | TI | CE | CD | RC | CC | PA | SC

Número del documento de identidad

Sexo: Femenino | Masculino

Fecha de nacimiento: D D M M A A A A

42. Fecha: 19 10 2021

43. EPS anterior: Sanitas

44. Motivo de traslado
Código

45. Caja de compensación Familiar o pagador de pensiones

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

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

VIII. FIRMAS

54. El cotizante, cabeza de familia o beneficiario: Karl Bernal

55. El empleador, aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva, institución o de oficio: Diego Castelblanco

IX. ANEXOS

56. Anexo copia del documento de identidad: CN RC TI CC PA CE CD SC
Cantidad | TOTAL

- [ ] 57. Copia del dictamen de incapacidad permanente emitido por la autoridad competente.
- [ ] 58. Copia del registro civil de matrimonio, o de la Escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la unión marital.
- [ ] 59. Copia de la escritura pública o sentencia judicial que declare el divorcio, sentencia judicial que declare la separación de cuerpos y escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la terminación de la unión marital.
- [ ] 60. Copia del certificado de adopción o acta de entrega del menor.
- [ ] 61. Copia de la orden judicial o del acto administrativo de custodia.
- [ ] 62. 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
Código del Municipio | Código del Departamento

67. Datos del SISBEN
Número de ficha | Puntaje | Nivel

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 | Número de documento de identidad

71. Firma del Funcionario

E.P.S. Sanitas
RECIBIDO PARA VERIFICACIÓN POR LA EPS
12 OCT 2021
RECIBIDO POR:

Observaciones: 01 02

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.

Doc. identificación y nombre del Ejecutivo Comercial: Claudia Celeita 52 583 898

Sello de Radicación

Sticker procesamiento

Escaneado con CamScanner

AXA COLPATRIA

INGRESO EMPLEADO

DATOS DE LA EMPRESA

Tipo de Identificación:	NIT
Número de documento:	900372215
Número Afiliación:	169716
Razón social:	GRUPO EMPRESARIAL PINZON MUNOZ

DATOS DEL EMPLEADO:

Tipo de documento:	CÉDULA
Número de Documento	1022368459
Nombre:	SYLVIA MARIA CAMACHO CAMACHO
Fecha Ingreso:	11/10/2021
Salario básico:	1,800,000
Nit empresa en misión:	0
Código Sucursal:	SUCURSAL 1
Centro de trabajo:	CTRAB 005
Tasa:	6.960
Fecha hora transacción:	09/10/2021 08:09:23 a.m.

Bogotá DC. 12 de Octubre de 2,021

SOLICITUD DE AFILIACIÓN
CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR COMPENSAR
NIT 860066942

Señor usuario, reciba un cordial saludo de su Caja de Compensación Familiar Compensar. Informamos que el día 12/10/2021, se ha recibido una solicitud de afiliación, la cual estará sujeta a verificación.

Si el trabajador desea recibir cuota monetaria de subsidio debe consultar los requisitos en www.compensar.com/subsidio. De cumplir con las condiciones, es necesario realizar la solicitud adjuntando los documentos de soporte a través del portal corporativo www.compensar.com.

A continuación ofrecemos el detalle de la información suministrada del trabajador:

Tipo y Número de Identificacion	CC 1022368459
Nombres y Apellidos	SYLVIA MARIA CAMACHO CAMACHO
Tipo y Número de Identificac ion del Empleador	NI 900372215
Razón Social Empleador	
Código Sucursal	0
Código Centro de Costo	0
Fecha de Ingreso Empresa	11/10/2021
Fecha de Ingreso a Compensar	12/10/2021
Cargo	RESIDENTE SISO
Horas Labor Mes	240
Sueldo básico	$ 2000000

Firma del Trabajador
Identificación

La presente constancia se expide con destino a , este documento impreso debe reposar firmado en la hoja de vida del trabajador.

Para mayor información de nuestros servicios consulte nuestra página web www.compensar.com o contáctenos a nuestra central telefónica de atención al usuario 3 077001.

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

EPS Sanitas
Nuestro compromiso es contigo
NIT. 800.251.440-6

No. de Radicación	Fecha de Radicación
	D D M M A A A A

151282754

(Lea las instrucciones que se encuentran al respaldo antes de diligenciar este formulario)

I. DATOS DEL TRÁMITE

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

4. Tipo de Afiliado	5. Tipo de Cotizante	Código
A. Cotizante X B. Cabeza de Familia C. Beneficiario	A. Dependiente X B. Independiente C. Pensionado	(a registrar por la EPS)

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
Camacho	Camacho	Sylvia	

7. Tipo de documento de identidad	8. Número del documento de identidad	9. Sexo	10. Fecha de nacimiento
CN TI CE CD RC CC X PA SC	1022368459	Femenino Masculino	D D M M A A A A

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

Datos Personales

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

15. Administradora de Riesgos Laborales - ARL	16. Administradora de Pensiones	17. Ingreso base de cotización - IBC
Colpatria		1'800.000

18. Residencia Dirección	Teléfono Fijo
Tv 8 # 68B - 40	

Teléfono Celular	Correo Electrónico
3045883977	Sylvi2052@gmail.com

Municipio / Distrito	Zona	Localidad / Comuna	Departamento
Bogot	Urbana X Rural		C/mca

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR

Datos Básicos de Identificación del Cónyuge o compañero(a) permanente cotizante

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

20. Tipo de documento de identidad	21. Número del documento de identidad	22. Sexo	23. Fecha de nacimiento
CN TI CE CD RC CC PA SC		Femenino Masculino	D D M M A A A A

Datos Básicos de Identificación de los beneficiarios y de los afiliados adicionales

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

Datos Complementarios

25. Tipo de documento de Identidad	26. Número del documento de identidad	27. Sexo	28. Fecha de nacimiento	29. Parentesco
B1		Femenino Masculino	D D M M A A A A	
B2		Femenino Masculino	D D M M A A A A	
B3		Femenino Masculino	D D M M A A A A	
B4		Femenino Masculino	D D M M A A A A	
B5		Femenino Masculino	D D M M A A A A	

30. Etnia	31. Discapacidad Tipo	Condición	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)
B1	F N M	T P		Urbana Rural			
B2	F N M	T P		Urbana Rural			
B3	F N M	T P		Urbana Rural			
B4	F N M	T P		Urbana Rural			
B5	F N M	T P		Urbana Rural			

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	

-Original: EPS -1a Copia:EMPLEADOR- 2a Copia: AFILIADO-

cadena

Escaneado con CamScanner

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

35. Nombre o razón social	36. Tipo documento de Identificación	37. Número del documento de Identificación	38. Tipo de aportante o pagador de Pensiones (a registrar por la EPS)
Gepm Sas	NIT X TI CE CC PA CD	900 372 215	

39. Ubicación
Dirección: Cll 12A # 68C - 03 | Teléfono Fijo:
Correo Electrónico: | Municipio / Distrito: Dt | Departamento: Cun

B. REPORTE DE NOVEDADES

40. Tipo de Novedad

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

VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

41. Datos básicos de identificación

Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre

Tipo de documento de identidad	Número del documento de identidad	Sexo	Fecha de nacimiento	42. Fecha
CN TI CE CD RC CC PA SC		Femenino Masculino	D D M M A A A A	1 0 2021

43. EPS anterior	44. Motivo de traslado	45. Caja de compensación Familiar o pagador de pensiones
Sanitas	Código	

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

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

VIII. FIRMAS

54. El cotizante, cabeza de familia o beneficiario	55. El empleador, aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva, institución o de oficio
Saluia Camacho	Diego Castelblanco

IX. ANEXOS

56. Anexo copia del documento de identidad: Cantidad | CN RC TI CC PA CE CD SC | TOTAL

- [ ] 57. Copia del dictamen de incapacidad permanente emitido por la autoridad competente.
- [ ] 58. Copia del registro civil de matrimonio, o de la Escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la unión marital.
- [ ] 59. Copia de la escritura pública o sentencia judicial que declare el divorcio, sentencia judicial que declare la separación de cuerpos y escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la terminación de la unión marital.
- [ ] 60. Copia del certificado de adopción o acta de entrega del menor.
- [ ] 61. Copia de la orden judicial o del acto administrativo de custodia.
- [ ] 62. 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: Código del Municipio / Código del Departamento	67. Datos del SISBÉN: Número de ficha / Puntaje / Nivel	68. Fecha de Radicación	69. Fecha de Validación
		D D M M A A A A	D D M M A A A A

70. Datos del funcionario que realiza la validación

Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre

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

Observaciones: 01 CE

E.P.S. Sanitas
RECIBIDO PARA VERIFICACIÓN POR LA EPS
12 OCT 2021
RECIBIDO POR:
Sticker procesamiento

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.

Doc. identificación y nombre del Ejecutivo Comercial	Sello de Radicación
Claudia Calcita 52 583 898	

Escaneado con CamScanner

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
NIT 900372215	7	GRUPO EMPRESARIAL PINZON MUÑOZ SAS SIGLA GEPM SAS	B - MENOS DE 200 COTIZANTES	AUTOLIQUIDACION	CALLE 12A 68C 03	BOGOTA-BOGOTA D.E.	7430070	Si

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2021-09	2021-10	1156230832	9425568648	E	2021/10/06	2021/10/06	BANCO DE BOGOTA	0	$13,644,400

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO				PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES		
No.	Identificación		Nombres	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte
Sucursal: AUTOLIQUIDACION (26 Afiliados)						$46,918,545	$7,633,800			$50,807,313	$2,018,000			$52,741,234	$2,095,300			$50,807,313	$1,897,300		$0	$0
Centro de Trabajo: TARIFA 4 (3 Afiliados)						$5,561,052	$927,600			$5,561,052	$222,700			$5,477,526	$219,200			$5,561,052	$228,900		$0	$0
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (3 Afiliados)						$5,561,052	$927,600			$5,561,052	$222,700			$5,477,526	$219,200			$5,561,052	$228,900		$0	$0
1	CC	80452013	PEÑALOZA DAGOBERTO	230201	20	$605,684	$97,000	EPS008	20	$605,684	$24,300	CCF24	20	$550,000	$22,000	14-4	20	$605,684	$26,400	20	$0	$0
2	CC	80452013	PEÑALOZA DAGOBERTO	230201	10	$302,842	$48,500	EPS008	10	$302,842	$12,200	CCF24	10	$275,000	$11,000	14-4	10	$302,842	$0	10	$0	$0
3	CC	19367698	PINZON JORGE	231001	30	$3,744,000	$636,700	EPS010	30	$3,744,000	$149,800	CCF24	30	$3,744,000	$149,800	14-4	30	$3,744,000	$162,900	30	$0	$0
4	CC	28821590	VANEGAS LILIANA	230301	30	$908,526	$145,400	EPS008	30	$908,526	$36,400	CCF24	30	$908,526	$36,400	14-4	30	$908,526	$39,600	30	$0	$0
Centro de Trabajo: TARIFA 5 (11 Afiliados)						$22,707,335	$3,633,500			$22,707,335	$893,500			$24,773,445	$976,200			$22,707,335	$1,554,900		$0	$0
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (11 Afiliados)						$22,707,335	$3,633,500			$22,707,335	$893,500			$24,773,445	$976,200			$22,707,335	$1,554,900		$0	$0
5	CC	1022341813	AREVALO DIANA	231001	30	$2,500,000	$400,000	EPS008	30	$2,500,000	$100,000	CCF24	30	$2,500,000	$100,000	14-4	30	$2,500,000	$174,000	30	$0	$0
6	CC	1024559170	BAQUERO DAVID	230301	30	$1,950,000	$312,000	EPS017	30	$1,950,000	$78,000	CCF24	30	$1,950,000	$78,000	14-4	30	$1,950,000	$135,800	30	$0	$0
7	CC	1022368459	CAMACHO SYLVIA	25-14	1	$66,667	$10,700	EPS005	1	$66,667	$2,700	CCF24	1	$775,000	$31,000	14-4	1	$66,667	$4,700	1	$0	$0
8	CC	80416418	MOLINA JAIME	25-14	3	$260,000	$41,600	EPS002	3	$260,000	$10,400	CCF24	3	$1,617,777	$64,800	14-4	3	$260,000	$18,100	3	$0	$0
9	CC	52482966	MONROY LIDIA	230201	30	$2,800,000	$448,000	EPS008	30	$2,800,000	$112,000	CCF24	30	$2,800,000	$112,000	14-4	30	$2,800,000	$194,900	30	$0	$0
10	CC	1012325219	OSPINA JOHN	230301	30	$2,150,000	$344,000	EPS010	30	$2,150,000	$86,000	CCF24	30	$2,150,000	$86,000	14-4	30	$2,150,000	$149,700	30	$0	$0
11	CC	1024559135	PARAMO CARLOS	230301	28	$2,016,667	$322,700	EPS008	28	$2,016,667	$80,700	CCF24	28	$2,016,667	$80,700	14-4	28	$2,016,667	$140,400	28	$0	$0
12	CC	1024559135	PARAMO CARLOS	230301	2	$160,667	$25,800	EPS008	2	$160,667	$0	CCF24	2	$160,667	$0	14-4	2	$160,667	$0	2	$0	$0
13	CC	79826162	PARAMO CARLOS	230301	28	$3,110,667	$497,800	EPS002	28	$3,110,667	$124,500	CCF24	28	$3,110,667	$124,500	14-4	28	$3,110,667	$216,600	28	$0	$0
14	CC	79826162	PARAMO CARLOS	230301	2	$212,667	$34,100	EPS002	2	$212,667	$0	CCF24	2	$212,667	$0	14-4	2	$212,667	$0	2	$0	$0
15	CC	1073516376	PARRA ERIKA	230301	30	$2,800,000	$448,000	EPS008	30	$2,800,000	$112,000	CCF24	30	$2,800,000	$112,000	14-4	30	$2,800,000	$194,900	30	$0	$0
16	CC	1018425111	PINZON LUIS	230301	30	$1,560,000	$249,600	EPS005	30	$1,560,000	$62,400	CCF24	30	$1,560,000	$62,400	14-4	30	$1,560,000	$108,600	30	$0	$0
17	CC	79062338	PINZON NELSON	230201	30	$3,120,000	$499,200	EPS005	30	$3,120,000	$124,800	CCF24	30	$3,120,000	$124,800	14-4	30	$3,120,000	$217,200	30	$0	$0
Centro de Trabajo: TARIFA I (12 Afiliados)						$18,650,158	$3,072,700			$22,538,926	$901,800			$22,490,263	$899,900			$22,538,926	$113,500		$0	$0
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (12 Afiliados)						$18,650,158	$3,072,700			$22,538,926	$901,800			$22,490,263	$899,900			$22,538,926	$113,500		$0	$0
18	CC	1031168161	BARRETO HEIDY	230301	30	$1,250,000	$200,000	EPS008	30	$1,250,000	$50,000	CCF24	30	$1,250,000	$50,000	14-4	30	$1,250,000	$6,600	30	$0	$0
19	CC	1015412835	CAMPIÑO MARIA	230301	30	$4,080,000	$693,600	EPS005	30	$4,080,000	$163,200	CCF24	30	$4,080,000	$163,200	14-4	30	$4,080,000	$21,300	30	$0	$0
20	CC	1104698403	DELGADO MIGUEL	231001	30	$1,100,000	$176,000	EPS041	30	$1,100,000	$44,000	CCF24	30	$1,100,000	$44,000	14-4	30	$1,100,000	$5,800	30	$0	$0
21	CC	1031143712	GARCIA NORMA	230301	30	$1,200,000	$192,000	EPS005	30	$1,200,000	$48,000	CCF24	30	$1,200,000	$48,000	14-4	30	$1,200,000	$6,300	30	$0	$0
22	CC	79386579	LOZANO HERNAN	25-14	30	$908,526	$145,400	EPS010	30	$908,526	$36,400	CCF24	30	$318,000	$12,800	14-4	30	$908,526	$0	30	$0	$0
23	CC	52239247	MANCIPE YAJAIRA	230301	30	$1,000,532	$160,100	EPS002	30	$1,000,532	$40,100	CCF24	30	$1,000,532	$40,100	14-4	30	$1,000,532	$5,300	30	$0	$0
24	CC	1030668345	MARIN YURY	230301	30	$1,620,000	$259,200	EPS037	30	$1,620,000	$64,800	CCF24	30	$1,620,000	$64,800	14-4	30	$1,620,000	$8,500	30	$0	$0
25	CC	1033778253	MARTINEZ YAZLEIDY	230301	30	$1,000,000	$160,000	EPS002	30	$1,000,000	$40,000	CCF24	30	$1,000,000	$40,000	14-4	30	$1,000,000	$5,300	30	$0	$0
26	CC	11333836	MEDINA CARLOS		0	$0	$0	EPS001	30	$3,888,768	$155,600	CCF24	30	$3,888,768	$155,600	14-4	30	$3,888,768	$20,300	30	$0	$0
27	CC	16115074	OSORIO DEIVID	230301	30	$4,773,600	$811,600	EPS008	30	$4,773,600	$191,000	CCF24	30	$4,773,600	$191,000	14-4	30	$4,773,600	$25,000	30	$0	$0
28	CC	1031646631	PERDOMO CESIA	230301	30	$960,000	$153,600	EPS002	30	$960,000	$38,400	CCF24	30	$960,000	$38,400	14-4	30	$960,000	$5,100	30	$0	$0
29	CC	1030603814	SANABRIA STEPHANIA	230301	15	$757,500	$121,200	EPS002	15	$757,500	$30,300	CCF24	15	$1,299,363	$52,000	14-4	15	$757,500	$4,000	15	$0	$0
Total			**Afiliados(26)**			$46,918,545	$7,633,800			$50,807,313	$2,018,000			$52,741,234	$2,095,300			$50,807,313	$1,897,300		$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
NIT 900372215	7	GRUPO EMPRESARIAL PINZON MUÑOZ SAS SIGLA GEPM SAS	B - MENOS DE 200 COTIZANTES	AUTOLIQUIDACION	CALLE 12A 68C 03	BOGOTA-BOGOTA D.E.	7430070	Si

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2021-09	2021-10	1156230832	9425568048	E	2021/10/06	2021/10/06	BANCO DE BOGOTA	0	$13,644,400

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 4)				25	$7,633,800	$0	$0	$7,633,800
COLFONDOS	231001	800,227,940	6	3	$1,212,700	$0	$0	$1,212,700
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	3	$197,700	$0	$0	$197,700
PORVENIR	230301	800,224,808	8	16	$5,130,700	$0	$0	$5,130,700
PROTECCION	230201	800,229,739	0	3	$1,092,700	$0	$0	$1,092,700
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				26	$1,897,300	$0	$0	$1,897,300
COLPATRIA ARP	14-4	860,002,183	9	26	$1,897,300	$0	$0	$1,897,300
CCF (ADMINISTRADORAS: 1)				26	$2,095,300	$0	$0	$2,095,300
COMPENSAR	CCF24	860,066,942	7	26	$2,095,300	$0	$0	$2,095,300
EPS (ADMINISTRADORAS: 8)				26	$2,018,000	$0	$0	$2,018,000
ALIANSALUD EPS (ANTES COLMEDICA)	EPS001	830,113,831	0	1	$155,600	$0	$0	$155,600
COMPENSAR	EPS008	860,066,942	7	8	$718,600	$0	$0	$718,600
EPS SURA (ANTES SUSALUD)	EPS010	800,088,702	2	3	$272,200	$0	$0	$272,200
FAMISANAR	EPS017	830,003,564	7	1	$78,000	$0	$0	$78,000
NUEVA E.P.S.	EPS037	900,156,264	2	1	$64,800	$0	$0	$64,800
NUEVA EPS MOVILIDAD	EPS041	900,156,264	2	1	$44,000	$0	$0	$44,000
SALUD TOTAL	EPS002	800,130,907	4	6	$283,700	$0	$0	$283,700
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	5	$401,100	$0	$0	$401,100
TOTAL				**26**	**$13,644,400**	**$0**	**$0**	**$13,644,400**