

Compensar operador de información certifica que procesó el pago realizado por:

Señor(a): EDWIN ALEXANDER MORENO SEGURA
No. Identificación: CC80845172
Dirección: CARRERA 2 A 5 39 SOPO
Telefono: 8711727
Correo: edwin859@GMAIL.COM
Ciudad: SOPÓ
Número de Planilla: 8365784880

CITE EL NÚMERO DE PLANILLA PARA CUALQUIER CONSULTA DE PAGO

Nombre Aportante	EDWIN ALEXANDER MORENO SEGURA
Tipo y número de identificación	CC80845172
Número de planilla	8365784880
Fecha pago	2023-02-23
Número de autorización pago	1000000070
Banco	1001

Número de Empleados	1
Periodo de Cotización Salud	febrero de 2023
Periodo de Cotización Pensión	febrero de 2023
Número de Administradoras	2
Total Pagado	564300
Total Intereses de Mora	0

CÓDIGO ADMINISTRADORA	NOMBRE	TOTAL PAGADO	NÚMERO DE AFILIADOS
230301	Porvenir	316800	1
EPS008	Compensar EPS	247500	1

TIPO DOC.: CC
NO. DOCUMENTO: 80845172
APELLIDOS Y NOMBRES: EDWIN ALEXANDER MORENO SEGURA

Cód. EPS	Cód. AFP	IBC SALUD	IBC PENSIÓN	IBC RIESGOS	IBC CAJAS	COTIZACIÓN SALUD	VALOR UPC	COTIZACIÓN PENSIÓN	FONDO SOLIDARIDAD Y SUBSISTENCIA	COTIZACIÓN RIESGOS	APORTE CAJAS
EPS008	230301	1980000	1980000	0	0	247500	0	316800	0	0	0



Planilla por Administradora

COLMENA

DATOS GENERALES DEL APORTANTE																															
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF																							
NIT 89999468	2	MUNICIPIO DE SOPO	B - MENOS DE 200 COTIZANTES	PRINCIPAL	CARRETA 3 No. 2-45	SOPO-CUNDINAMARCA	5876644	No																							
DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION																															
Periodo	Clave	Planilla	Planilla	Planilla	Fecha	Pago	Pago	Valor																							
2023-02	1962744709	9448159742	Y		2023/03/15	2023/03/10	BANCOLOMBIA	0	\$1,801,400																						
LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES																															
EMPLEADO				NOVEDADES										SALARIO				ARL													
Tipo id	No id	Nombre	Tipo Cotizante	Subtipo Cotizante	Extra njerio	Temp . Ext.	ing	ret	tde	tae	tdp	tap	vsp	cor	vst	sln	ige	lma	vac	avp	vct	irl	vip	Valor	Integral	Dias	IBC	Tarifa	Clase Riesgo	Valor Cotizacion	
CC	1075872304	MAHECHA CHUNZA ERICK ARLEY	Independiente con contrato de prestación de servicios superior a 1 mes		No	No	R																		\$1,160,000	No	16	\$618,667	4.35%	4	\$27,000
CC	1075875844	MALDONADO LOZADA EDGAR MATEO	Independiente con contrato de prestación de servicios superior a 1 mes		No	No	X																		\$1,160,000	No	3	\$116,000	6.96%	5	\$8,100
CC	1075877629	MIRANDA FLOREZ LUISA FERNANDA	Independiente con contrato de prestación de servicios superior a 1 mes		No	No	R																		\$1,175,300	No	16	\$626,827	4.35%	4	\$27,300
CC	1022382173	MORANTES ROJAS RUDDY JOHANA	Independiente con contrato de prestación de servicios superior a 1 mes		No	No	R																		\$2,076,000	No	18	\$1,245,000	6.96%	5	\$86,700
CC	80845172	MORENO SEGURA EDWIN ALEXANDER	Independiente con contrato de prestación de servicios superior a 1 mes		No	No	R																		\$1,800,000	No	28	\$1,680,000	6.96%	5	\$117,000
CC	1075870480	MORENO VALBUENA LIZ JENNIFER	Independiente con contrato de prestación de servicios superior a 1 mes		No	No	R																		\$1,160,000	No	16	\$618,667	4.35%	4	\$27,000
CC	1078370548	MURCIA PAEZ YEIMY ANDREA	Independiente con contrato de prestación de servicios superior a 1 mes		No	No	R																		\$1,694,000	No	28	\$1,581,067	6.96%	5	\$110,100
CC	1075873801	PINEDA ALMANZA JHON JAIRO	Independiente con contrato de prestación de servicios superior a 1 mes		No	No	R																		\$1,386,000	No	16	\$739,200	4.35%	4	\$32,200
CC	1075872904	PRIETO ARIAS JUAN CAMILO	Independiente con contrato de prestación de servicios superior a 1 mes		No	No	R																		\$1,400,000	No	24	\$1,120,000	4.35%	4	\$48,800

			Autorizado por la Superintendencia Bancaria para operar el ramo de seguros de riesgos laborales.
I. TRÁMITE			
TIPO DE AFILIACIÓN	ARL ANTERIOR	FECHA DE DILIGENCIAMIENTO	Mediante resolución No. 2250 de octubre 14 de 1994
AFILIACION	ARL NO DEFINIDA	06/02/2023 12:04:13	

II. DATOS GENERALES DEL CONTRATANTE				
TIPO DE DOCUMENTO	No	RAZÓN SOCIAL O NOMBRE	DIRECCIÓN SEDE PRINCIPAL	NÚMERO DE CONTRATO CON LA ARL
NI	899999468	ALCALDIA MUNICIPAL DE SOPO	KR 3 NO 2 51	94227

III. INFORMACIÓN DEL CENTRO DE TRABAJO DONDE EJERCERÁ SUS FUNCIONES DEL TRABAJADOR INDEPENDIENTE			
CÓDIGO CENTRO DE TRABAJO	DESCRIPCIÓN ACTIVIDAD ECONÓMICA	CÓDIGO ACTIVIDAD ECONÓMICA	CLASE RIESGO
2	Preparación del terreno, incluye la preparación del terreno para posteriores actividades, explotación de minas y canteras, drenaje de terrenos de construcción y de tierras agrícolas o forestales.	5431202	5
DIRECCIÓN		MUNICIPIO	DEPARTAMENTO
KR 3 2 45		SOPO	Cundinamarca

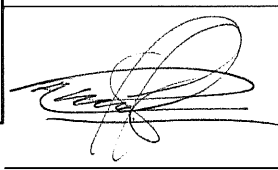
IV. DATOS DEL TRABAJADOR INDEPENDIENTE Y DE LA ACTIVIDAD A DESARROLLAR				
TIPO DE IDENTIDAD	NÚMERO	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	
CC	80845172	MORENO	SEGURA	
NOMBRE(S)		FECHA DE NACIMIENTO	DIRECCIÓN RESIDENCIA	
EDWIN ALEXANDER		26/9/1985	Calle 2 A 5 39	
CIUDAD DE RESIDENCIA	TELÉFONO RESIDENCIA	CELULAR	CORREO ELECTRÓNICO	SEXO
SOPO	0	3142008477	EDWIN859@GMAIL.COM	M
LOCALIDAD/COMUNA		ZONA		
		Urbana		
EPS	CÓDIGO	AFP	CÓDIGO	
Compensar E.P.S.	8	Porvenir	3	
FORMA DE PAGO DE LA COTIZACIÓN		FECHA INICIO COBERTURA	VALOR DEL CONTRATO	
Mes Anticipado		7/2/2023	19800000	
TIPO DE CONTRATO	FECHA INICIO DE CONTRATO	FECHA TERMINACIÓN CONTRATO	SUMINISTRA TRANSPORTE	
ADMINISTRATIVO	3/2/2023	2/6/2023	NO	
DEDUCCIONES	INGRESO MENSUAL	IBC		

El presente documento fue expedido desde el portal de Internet de **Colmena Seguros**, el día 06/02/2023 12:04:13. Las operaciones realizadas a través de la página de Internet de **Colmena Seguros**, se rigen por los términos y condiciones de uso de esta página, por las normas del Código de Comercio y por la ley 527 de 1999 y por lo tanto, tienen plena validez jurídica.

HORARIO EN QUE EJECUTARAN LAS ACTIVIDADES																								
Día	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24
Lunes							X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X						
Martes							X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X						
Miércoles							X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X						
Jueves							X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X						
Viernes							X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X						
Sábado							X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X						
Domingo							X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X						

DATOS DE AFILIACIÓN SIMULTANEA AL SGRP ARL POR DIFERENTES CONTRATANTES O EMPLEADORES				
NOMBRE DE LA ARL	CÓDIGO	NO IDENT CONTRATANTE O EMPLEADOR	NOMBRE CONTRATANTE O EMPLEADOR	TIPO DE CONTRATO
ARL NO DEFINIDA		0		
ARL NO DEFINIDA		0		
ARL NO DEFINIDA		0		
ARL NO DEFINIDA		0		
ARL NO DEFINIDA		0		
ARL NO DEFINIDA		0		
ARL NO DEFINIDA		0		

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

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