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 900298179	3	CONSTRUCIVILES MPSAS	B - MENOS DE 200 COTIZANTES	OFICINA PRINCIPAL	km 7 via cajica san roque T3 of213	CAJICA-CUNDINAMARCA	8661446	Si

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2023-04	2023-05	2137774974	9452284502	E	2023/05/18	2023/06/15	BANCO DAVIVIENDA	28	$1,825,000

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	Tarifa	Aporte	Días	IBC	Aporte	Exonerado SENA e ICBF	Total Aportes
SUCURSAL: OFICINA PRINCIPAL (4 Afiliados)																						$7,202,828	$1,152,500			$7,202,828	$288,200			$7,202,828	$288,200			$7,202,828		$37,800		$0	$0		$1,766,700
Centro de Trabajo: OFICINA (4 Afiliados)																						$7,202,828	$1,152,500			$7,202,828	$288,200			$7,202,828	$288,200			$7,202,828		$37,800		$0	$0		$1,766,700
Ciudad: CAJICA Depto: CUNDINAMARCA (4 Afiliados)																						$7,202,828	$1,152,500			$7,202,828	$288,200			$7,202,828	$288,200			$7,202,828		$37,800		$0	$0		$1,766,700
1	CC	1019160157	MARTINEZ MARLENE																		230301	30	$1,160,000	$185,600	EPS005	30	$1,160,000	$46,400	CCF22	30	$1,160,000	$46,400	14-11	30	$1,160,000	0.522%	$6,100	30	$0	$0	Si	$284,500
2	CC	63251759	PINTO ROSA																		230301	30	$3,000,000	$480,000	EPS005	30	$3,000,000	$120,000	CCF22	30	$3,000,000	$120,000	14-11	30	$3,000,000	0.522%	$15,700	30	$0	$0	Si	$735,700
3	PT	5870200	URDANETA SERGIO																		230301	30	$1,160,000	$185,600	EPS005	30	$1,160,000	$46,400	CCF22	30	$1,160,000	$46,400	14-11	30	$1,160,000	0.522%	$6,100	30	$0	$0	Si	$284,500
4	CC	1026587892	VASQUEZ LUIS																		25-14	30	$1,882,828	$301,300	EPS037	30	$1,882,828	$75,400	CCF22	30	$1,882,828	$75,400	14-11	30	$1,882,828	0.522%	$9,900	30	$0	$0	Si	$462,000
Total			**Afiliados(4)**																				$7,202,828	$1,152,500			$7,202,828	$288,200			$7,202,828	$288,200			$7,202,828		$37,800		$0	$0		$1,766,700

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
NIT 900298179	3	CONSTRUCIVILES MPSAS	B - MENOS DE 200 COTIZANTES	OFICINA PRINCIPAL	km 7 via cajica san roque T3 of213	CAJICA-CUNDINAMARCA	8661446	Si

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2023-04	2023-05	2137774974	9452284502	E	2023/05/18	2023/06/15	BANCO DAVIVIENDA	28	$1,825,000

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 2)				4	$1,152,500	$38,000	$0	$1,190,500
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	1	$301,300	$10,000	$0	$311,300
PORVENIR	230301	800,224,808	8	3	$851,200	$28,000	$0	$879,200
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				4	$37,800	$1,300	$0	$39,100
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	4	$37,800	$1,300	$0	$39,100
CCF (ADMINISTRADORAS: 1)				4	$288,200	$9,500	$0	$297,700
COLSUBSIDIO	CCF22	860,007,336	1	4	$288,200	$9,500	$0	$297,700
EPS (ADMINISTRADORAS: 2)				4	$288,200	$9,500	$0	$297,700
NUEVA E.P.S.	EPS037	900,156,264	2	1	$75,400	$2,500	$0	$77,900
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	3	$212,800	$7,000	$0	$219,800
TOTAL				4	$1,766,700	$58,300	$0	$1,825,000

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
NI	900028445-0	VENEGAS Y VENEGAS CONSTRUCCIONES CIVILES	cra 2b # 12-19 torre 3 - 301	8835311	johanna_cardozo1@hotmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	B – menos de 200 c		CUNDINAMARCA	LA CALERA		SI

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					13	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2023-05	2023-04	E	10/05/2023	67458661	$5.578.400	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD

Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS002	Salud Total EPS	800130907-4	186.400	0		0		0	0	0	0	186.400	3
EPS005	Sanitas EPS	800251440-6	248.500	0		0		0	0	0	0	248.500	4
EPS008	Compensar EPS	860066942-7	116.000	0		0		0	0	0	0	116.000	2
EPS010	EPS Sura	800088702-2	80.000	0		0		0	0	0	0	80.000	1
EPS017	Famisanar EPS	830003564-7	115.700	0		0		0	0	0	0	115.700	2
EPS037	Nueva EPS	900156264-2	46.400	0		0		0	0	0	0	46.400	1

TOTALES PENSIÓN

Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
230201	Proteccion (ING + Proteccion)	800229739-0	542.800	0	0	0	0	0	0		542.800	2
230301	Porvenir	800224808-8	1.276.800	0	0	0	0	0	0		1.276.800	5
231001	Colfondos	800227940-6	278.400	0	0	0	0	0	0		278.400	1
25-14	Colpensiones	900336004-7	834.000	0	0	0	0	0	0		834.000	4

TOTALES RIESGOS LABORALES

Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-11	ARL SURA	890903790-5	1.060.400				1.060.400	0	0	1.060.400			10.604	1.060.400	13

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF21	Cafam	860013570-3	793.000	0	0	793.000	13

PAGADA

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
NI	900028445-0	VENEGAS Y VENEGAS CONSTRUCCIONES CIVILES	cra 2b # 12-19 torre 3 - 301	8835311	johanna_cardozo1@hotmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	B – menos de 200 c		CUNDINAMARCA	LA CALERA		SI

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					13	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2023-05	2023-04	E	10/05/2023	67458661	$5.578.400	

TOTALES PARAFISCALES				
Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	0	0	0	0
ICBF				
0	0	0	0	0
ESAP				
MEN				

TOTALES POR SUBSISTEMA			
Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	6	793.000	793.000
Pensión	4	2.932.000	2.932.000
Riesgos Laborales	1	1.060.400	1.060.400
CCF	1	793.000	793.000
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	12	5.578.400	5.578.400

PAGADA

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
NI	900028445-0	VENEGAS Y VENEGAS CONSTRUCCIONES CIVILES		cra 2b # 12-19 torre 3 - 301	8835311	johanna_cardozo1@hotmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
ÚNICA	B – menos de 200 c			CUNDINAMARCA	LA CALERA	SI

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD
					EMPLEADOS: 13 / UPC: 0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR
2023-05	2023-04	E	10/05/2023	67458661	$5.578.400

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE									INFORMACIÓN NOVEDADES																		PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES				
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Colom. exterior	Exonerado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntario Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
1	CC	1071163252	CIFUENTES MARTINEZ MARTIN EDUARDO	1	0			S																	230201	1.392.000	222.800	0	0	0	0	EPS005	1.392.000	55.700	14-11	1.392.000	5	96.900	CCF21	1.392.000	55.700	0	0	0	0	0
2	CC	1071164751	BELTRAN REYES CARLOS ANDRES	1	0			S																	25-14	1.500.000	240.000	0	0	0	0	EPS017	1.500.000	60.000	14-11	1.500.000	5	104.400	CCF21	1.500.000	60.000	0	0	0	0	0
3	CC	1071169442	PEÑA CORREDOR ALVARO SMITH	1	0			S																	230201	2.000.000	320.000	0	0	0	0	EPS010	2.000.000	80.000	14-11	2.000.000	5	139.200	CCF21	2.000.000	80.000	0	0	0	0	0
4	CC	1071171498	NEIRA RIOS LAURA MARCELA	1	0			S																	25-14	1.392.000	222.800	0	0	0	0	EPS017	1.392.000	55.700	14-11	1.392.000	1	7.300	CCF21	1.392.000	55.700	0	0	0	0	0
5	CC	11231338	CRUZ TABIO JUAN RAMON	1	0			S																	231001	1.740.000	278.400	0	0	0	0	EPS008	1.740.000	69.600	14-11	1.740.000	5	121.200	CCF21	1.740.000	69.600	0	0	0	0	0
6	CC	11232983	VENEGAS AVELLANEDA JHON ALEXANDER	1	0			S																	230301	1.160.000	185.600	0	0	0	0	EPS005	1.160.000	46.400	14-11	1.160.000	5	80.800	CCF21	1.160.000	46.400	0	0	0	0	0
7	CC	1071169309	BECERRA AYALA JUAN FELIPE	1	0			S																	230301	2.500.000	400.000	0	0	0	0	EPS005	2.500.000	100.000	14-11	2.500.000	5	174.000	CCF21	2.500.000	100.000	0	0	0	0	0
8	CC	11251471	MEDINA MELO ERNESTO	1	5			S																		0	0	0	0	0	0	EPS002	1.500.000	60.000	14-11	1.500.000	5	104.400	CCF21	1.500.000	60.000	0	0	0	0	0
9	CC	18973114	POLO CARO EDGAR	1	0			S																	230301	2.000.000	320.000	0	0	0	0	EPS002	2.000.000	80.000	14-11	2.000.000	5	139.200	CCF21	2.000.000	80.000	0	0	0	0	0
10	CC	3068836	VENEGAS BARRERA JAVIER	1	0			S																	25-14	1.160.000	185.600	0	0	0	0	EPS002	1.160.000	46.400	14-11	1.160.000	1	6.100	CCF21	1.160.000	46.400	0	0	0	0	0
11	CC	1003579088	LOPEZ RAMIREZ ZULMA YINETH	1	0			S													X				230301	1.160.000	185.600	0	0	0	0	EPS005	1.160.000	46.400	14-11	1.160.000	1	0	CCF21	1.160.000	46.400	0	0	0	0	0
12	CC	1003578783	REYES GARZON NIKOL VANESSA	1	0			S																	230301	1.160.000	185.600	0	0	0	0	EPS008	1.160.000	46.400	14-11	1.160.000	1	6.100	CCF21	1.160.000	46.400	0	0	0	0	0
13	CC	80431014	GALVIZ CARRION LUIS ALBERTO	1	0			S																	25-14	1.160.000	185.600	0	0	0	0	EPS037	1.160.000	46.400	14-11	1.160.000	5	80.800	CCF21	1.160.000	46.400	0	0	0	0	0

PAGADA

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

POSITIVA
COMPAÑIA DE SEGUROS

CERTIFICADO DE AFILIACIÓN

POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A.

HACE CONSTAR QUE:

Verificada la base de datos de afiliación en el ramo de Riesgos Laborales de **POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A**, se identificó que **ROSMAN YESSID GARCIA GARCIA** con **CC** No. **1076621276**, registra afiliación en nuestra ARL, con la siguiente información:

Datos del Empleador	Datos de la Relación Laboral
Empleador: N 80501015 - MANUEL ANTONIO AMAYA MORA	**Fecha de última cobertura:** 07/05/2023 **Estado Afiliación:** ACTIVO **Tipo Vinculación:** TRABAJADOR DEPENDIENTE **Clase de Riesgo:** 5 **Cargo :** CONDUCTOR VOLQUETA **Fecha fin de Retiro:** SIN FECHA DE RETIRO

Para validar la información emitida en este certificado, visite nuestra página web y seleccione la opción 'VALIDAR CERTIFICADOS'. Ingrese el siguiente código (válido por un mes): 202301015137593.

Esta certificación se expide en la ciudad de Bogotá D.C. a los 6 días del mes de mayo de 2023.

Cordialmente

GERENCIA DE AFILIACIONES Y NOVEDADES
POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A.

Scanned by TapScanner

Protección

Fondo de Pensiones Obligatorias Protección

NIT 800.229.739

Hace constar que:

El(la) Señor(a) **GARCIA GARCIA ROSMAN YESSID** identificado(a) con **CC** número **1.076.621.276** se encuentra afiliado(a) en Pensiones Obligatorias a PROTECCIÓN, desde el día 06 de diciembre de 2007 y sus recursos se encuentran en el **FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PROTECCIÓN MAYOR RIESGO.**

Esta constancia se expide a petición del interesado(a) el día 06 de mayo de 2023.

Cordialmente,

Laura Patricia Merchan Metaute
Equipo Gestión de Operaciones.

***Importante:** Esta constancia solo hace referencia a los productos mencionados anteriormente.

*Si desea verificar la veracidad de esta información comuníquese con nosotros:
Línea de servicio Protección: Bogotá: **744 44 64** - Medellín y Cali **510 90 99**
Barranquilla: **319 79 99** - Cartagena: **642 49 99** - Nacional **01 8000 52 8000**
www.proteccion.com

202305061517

Scanned by TapScanner

Famisanar

NIT 830.003.564-7

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

9010015145

9010015145

No. de Radicación: 26147818

Fecha de Radicación: 08 05 2023

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

I. DATOS DEL TRAMITE

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

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

6. Apellidos y nombres			
GARCIA	GARCIA	ROSMAN	YESSID

7. Tipo de documento de identidad	8. Número del documento de identidad	9. Sexo	10. Fecha de nacimiento
CC	1076621276	Femenino Masculino X	31 12 1988

III. DATOS COMPLEMENTARIOS (Datos personales)

11. Etnia	12. Discapacidad	13. Puntaje SISBÉN	14. Grupo de población especial	15. Administradora de riesgos laborales - ARL	16. Administradora de pensiones
	Tipo: Condición:			INSTITUTO DE SEGUROS SOCIALES ISS	

17. Ingreso base de cotización - IBC	18. Residencia				
$1.160.000				Zona: Urbana Rural	
Código departamento	Código municipio	Dirección	Teléfono fijo	Teléfono celular	Correo electrónico

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

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

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

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

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

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

Datos complementarios

	29. Parentesco	30. Etnia
B1		
B2		
B3		
B4		
B5		

	31. Discapacidad: Tipo F	N	M	Condición T	P	32. Datos de residencia: Municipio / Distrito	Zona: Urbana	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		

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

35. Nombre o razón social	36. Tipo de documento de identificación	37. Número del documento de identificación	38. Tipo de aportante o pagador de pensiones (a registrar por la EPS)
AMAYA MORA MIGUEL ANTONIO	CC	80501015	

39. Ubicación				
VERADA CHICHE	3102650327		TABIO	CUNDINAMARCA
Dirección	Teléfono	Correo electrónico	Municipio / Distrito	Departamento

B. REPORTE DE NOVEDADES

40. Tipo de Novedad

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

VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

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

Tipo de documento de identidad	Número del documento de identidad	Sexo	Fecha de nacimiento	42. Fecha novedad
		Femenino Masculino	D D M M A A A A	06 05 2023

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

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

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

VIII. FIRMAS

54. El cotizante, cabeza de familia o pensionado	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 ☐ CE ☐ PA ☐ CD ☐ SC ☐ Cantidad ☐ Total ☐

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

X. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL

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

70. Datos del funcionario que realiza la validación

Primer Apellido | Segundo Apellido | Primer Nombre | Segundo Nombre

Scanned by TapScanner

POSITIVA
COMPAÑIA DE SEGUROS

CERTIFICADO DE AFILIACIÓN

POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A.

HACE CONSTAR QUE:

Verificada la base de datos de afiliación en el ramo de Riesgos Laborales de **POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A**, se identificó que **OLIER DE JESUS VASQUEZ GUERRA** con **CC** No. **1053770588**, registra afiliación en nuestra ARL, con la siguiente información:

Datos del Empleador	Datos de la Relación Laboral
Empleador: N 11232814 - JHON LEIBER PULIDO BARRERA	**Fecha de última cobertura:** 04/05/2023 **Estado Afiliación:** ACTIVO **Tipo Vinculación:** TRABAJADOR DEPENDIENTE **Clase de Riesgo:** 4 **Cargo :** CONDUCTOR VOLQUETA **Fecha fin de Retiro:** SIN FECHA DE RETIRO

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Para validar la información emitida en este certificado, visite nuestra página web y seleccione la opción 'VALIDAR CERTIFICADOS'. Ingrese el siguiente código (válido por un mes): 20230101552586.

Esta certificación se expide en la ciudad de Bogotá D.C. a los 3 días del mes de mayo de 2023.

Cordialmente

GERENCIA DE AFILIACIONES Y NOVEDADES
POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A.

MIS_4_1_3_FR15 v_06

Bogotá DC. 3 de Mayo de 2,023

CONSTANCIA 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 3/5/2023, 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 https://corporativo.compensar.com/subsidio/subsidio-monetario. 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 Identificación	CC 1053770588
Nombres y Apellidos	OLIER DE JESUS VASQUEZ GUERRA
Tipo y Número de Identificación del Empleador	NIT 11232814
Razón Social Empleador	JHON LEIBER PULIDO BARRERA
Código Sucursal	0
Código Centro de Costo	0
Fecha de Ingreso Empresa	3/5/2023
Fecha de Ingreso a Compensar	3/5/2023
Cargo	CONDUCTOR VOLQUETA
Horas Labor Mes	240
Sueldo básico	$ 1300000

Firma del Trabajador
Identificación

La presente constancia se expide con destino a JHON LEIBER PULIDO BARRERA, 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 en Bogotá: 601 3077001 o a la Línea nacional: 01 8000 96 7070

ISO 9001 icontec SC 5892-14
CERTIFIED IQNet MANAGEMENT SYSTEM

VIGILADO SuperSubsidio

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

Famisanar EPS
NIT 830.003.564-7

9010014484
9010014484

No. de Radicación: 26146730

Fecha de Radicación: 05 05 2023

I. DATOS DEL TRÁMITE

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

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

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

6. Apellidos y nombres: Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre
VASQUEZ	GUERRA	OLIER	DE JESUS

7. Tipo de documento de identidad	8. Número del documento de identidad	9. Sexo	10. Fecha de nacimiento
CC	1.053.770.588	Femenino [ ] Masculino [X]	D 6 D M 07 M A A 1986

III. DATOS COMPLEMENTARIOS (Datos personales)

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

17. Ingreso base de cotización - IBC	18. Residencia: Dirección	Teléfono fijo	Teléfono celular
$1.160.000			

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

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

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

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

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

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

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

Datos complementarios

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 del afiliado adicional (a registrar por la EPS)
B1											
B2											
B3											
B4											
B5											

Selección de la IPS Primaria

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

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

35. Nombre o razón social	36. Tipo de documento de identificación	37. Número del documento de identificación	38. Tipo de aportante o pagador de pensiones (a registrar por la EPS)
JHON PULIDO BARRERA	NT	11.232.814	

39. Ubicación				
VEREDA SAN JOSE	3212195463	Correo electrónico	LA CALERA Municipio / Distrito	CUNDINAMARCA Departamento

B. REPORTE DE NOVEDADES

40. Tipo de Novedad

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

VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

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

Tipo de documento de identidad	Número del documento de identidad	Sexo	Fecha de nacimiento	42. Fecha novedad
		Femenino [ ] Masculino [ ]	D D M M A A A A	D 03 D M 05 M A 2023

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

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

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

VIII. FIRMAS

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

IX. ANEXOS

56. Anexo copia del documento de identidad: [CN] [RC] [TI] [CC] [PA] [CE] [CD] [SC] 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. Copia del documento en que conste la pérdida de la patria potestad o el certificado de defunción de los padres o la declaración suscrita por el cotizante sobre la ausencia de los dos padres. [ ]
63. Copia de la autorización de traslado por parte de la Superintendencia Nacional de Salud. [ ]
64. Certificación de vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas. [ ]
65. Copia del acto administrativo o providencia de las autoridades competentes en la que conste la calidad de beneficiario o se ordene la afiliación de oficio. [ ]

X. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL

66. Identificación de la entidad Territorial: Código del municipio	Código del departamento	67. Datos del SISBÉN: Número de la 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 de identidad	Número del documento de identidad	OBSERVACIONES:
		CARGO: CONDUCTOR DE VOLQUETA
71. Firma del funcionario		

VIGILADO Supersalud

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

INTERNET

Cambio Empleo

COLFONDOS S.A. PENSIONES Y CESANTIAS

CERTIFICA QUE:

El(La) Señor(a) OLIER DE JESUS VASQUEZ GUERRA identificado(a) con C.C No. 1.053.770.588 se encuentra afiliado(a) al Fondo de Pensiones Obligatorias desde el día 03 de diciembre de 2008 y sus recursos están distribuidos como se detalla a continuación: El 100% en el FONDO MODERADO desde el día 30 de noviembre de 0002, y el 100% de sus aportes en el FONDO MAYOR RIESGO desde el día 05 de marzo de 2019 .

Se expide la presente certificación a solicitud del afiliado(a) el día 03 de mayo de 2023.

El presente certificado fue emitido como mensaje de datos y contiene una firma digital 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 748 4888, Barranquilla 386 9888, Bucaramanga 698 5888, Cali 489 9888, Cartagena 694 9888, Medellín 604 2888 y en el resto del país 01 800 05 10000.

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

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 901404704	1	VYGINGENIERIAYSUMINISTROSSAS	B - MENOS DE 200 COTIZANTES	VYGINGENIERIAYSUMINISTROSSAS	Av 2da 10-32	LA CALERA-CUNDINAMARCA	8756645	Si

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2023-04	2023-05	2048497638	9450279679	E	2023/05/03	2023/04/28	BANCO DAVIVIENDA	0	$3,390,300

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: VYGINGENIERIAYSUMINISTROSSAS (8 Afiliados)						$12,120,000	$1,939,200			$12,120,000	$484,800			$12,120,000	$484,800			$12,120,000	$481,500		$0	$0
Centro de Trabajo: RIESGO 01 (2 Afiliados)						$5,160,000	$825,600			$5,160,000	$206,400			$5,160,000	$206,400			$5,160,000	$27,000		$0	$0
Ciudad: LA CALERA Depto: CUNDINAMARCA (2 Afiliados)						$5,160,000	$825,600			$5,160,000	$206,400			$5,160,000	$206,400			$5,160,000	$27,000		$0	$0
1	CC	1003578880	PULIDO DEICY	230201	30	$1,160,000	$185,600	EPS017	30	$1,160,000	$46,400	CCF24	30	$1,160,000	$46,400	14-11	30	$1,160,000	$6,100	30	$0	$0
2	CC	11257307	VENEGAS OSCAR	231001	30	$4,000,000	$640,000	EPS005	30	$4,000,000	$160,000	CCF24	30	$4,000,000	$160,000	14-11	30	$4,000,000	$20,900	30	$0	$0
Centro de Trabajo: RIESGO 04 (1 Afiliados)						$1,160,000	$185,600			$1,160,000	$46,400			$1,160,000	$46,400			$1,160,000	$50,500		$0	$0
Ciudad: LA CALERA Depto: CUNDINAMARCA (1 Afiliados)						$1,160,000	$185,600			$1,160,000	$46,400			$1,160,000	$46,400			$1,160,000	$50,500		$0	$0
3	CC	1071163213	BORDA LUIS	25-14	30	$1,160,000	$185,600	EPS017	30	$1,160,000	$46,400	CCF24	30	$1,160,000	$46,400	14-11	30	$1,160,000	$50,500	30	$0	$0
Centro de Trabajo: RIESGO 05 (5 Afiliados)						$5,800,000	$928,000			$5,800,000	$232,000			$5,800,000	$232,000			$5,800,000	$404,000		$0	$0
Ciudad: LA CALERA Depto: CUNDINAMARCA (5 Afiliados)						$5,800,000	$928,000			$5,800,000	$232,000			$5,800,000	$232,000			$5,800,000	$404,000		$0	$0
4	CC	1071166859	BORDA JAIRO	230301	30	$1,160,000	$185,600	EPS017	30	$1,160,000	$46,400	CCF24	30	$1,160,000	$46,400	14-11	30	$1,160,000	$80,800	30	$0	$0
5	CC	1071165048	CORTES JHONATAN	230301	30	$1,160,000	$185,600	EPS008	30	$1,160,000	$46,400	CCF24	30	$1,160,000	$46,400	14-11	30	$1,160,000	$80,800	30	$0	$0
6	CC	82392383	GUIO EDGAR	231001	30	$1,160,000	$185,600	EPS017	30	$1,160,000	$46,400	CCF24	30	$1,160,000	$46,400	14-11	30	$1,160,000	$80,800	30	$0	$0
7	CC	80392503	RAIGOSO ROGELIO	230201	30	$1,160,000	$185,600	EPS008	30	$1,160,000	$46,400	CCF24	30	$1,160,000	$46,400	14-11	30	$1,160,000	$80,800	30	$0	$0
8	CC	79543654	SOLER LUIS	25-14	30	$1,160,000	$185,600	EPS008	30	$1,160,000	$46,400	CCF24	30	$1,160,000	$46,400	14-11	30	$1,160,000	$80,800	30	$0	$0
Total Afiliados(8)						$12,120,000	$1,939,200			$12,120,000	$484,800			$12,120,000	$484,800			$12,120,000	$481,500		$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 901404704	1	VYGINGENIERIAYSUMINISTROSSAS	B - MENOS DE 200 COTIZANTES	VYGINGENIERIAYSUMINISTROSSAS	Av 2da 10-32	LA CALERA-CUNDINAMARCA	8756645	Si

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2023-04	2023-05	2048497638	9450279679	E	2023/05/03	2023/04/28	BANCO DAVIVIENDA	0	$3,390,300

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 4)				8	$1,939,200	$0	$0	$1,939,200
COLFONDOS	231001	800,227,940	6	2	$825,600	$0	$0	$825,600
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	2	$371,200	$0	$0	$371,200
PORVENIR	230301	800,224,808	8	2	$371,200	$0	$0	$371,200
PROTECCION	230201	800,229,739	0	2	$371,200	$0	$0	$371,200
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				8	$481,500	$0	$0	$481,500
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	8	$481,500	$0	$0	$481,500
CCF (ADMINISTRADORAS: 1)				8	$484,800	$0	$0	$484,800
COMPENSAR	CCF24	860,066,942	7	8	$484,800	$0	$0	$484,800
EPS (ADMINISTRADORAS: 3)				8	$484,800	$0	$0	$484,800
COMPENSAR	EPS008	860,066,942	7	3	$139,200	$0	$0	$139,200
FAMISANAR	EPS017	830,003,564	7	4	$185,600	$0	$0	$185,600
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	1	$160,000	$0	$0	$160,000
TOTAL				**8**	**$3,390,300**	**$0**	**$0**	**$3,390,300**

PAGOSIMPLE | Informe Histórico Resumido

Fecha de Creación del Informe: viernes, 02 de junio de 2023 12:03:58 PM

Período del informe: 202304

Pagada 02/06/2023

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	JOSE ABELARDO GARCIA MARTINEZ		
Documento	CC80527553	**Dirección**	CR 6 #8 - 66
Tipo de Empresa		**Teléfono**	8262934
Tipo Persona		**Forma Presentación**	
Ciudad	FUNZA	**Departamento**	CUNDINAMARCA
Representante Legal		**Identificación**	

II. DETALLE DEL APORTANTE

Datos del Afiliado		Información del Pago				Novedades																Administradoras								IBC				Liquidación de Aportes								
Identificación del Cotizante	Apellidos y Nombres	Referencia pago (PIN) / Número planilla	Fecha de Pago	Período de Cot.	Período Serv.	ING	RET	RET P	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	COR	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	Días AFP	Días EPS	Días ARP	Días CCF	AFP	EPS	ARP	CCF	IBC Pensión	IBC Salud	IBC Riesgos	IBC Caja	Aporte Pensión	Aporte Salud	Aporte Riesgos	Aporte Caja	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte Ministerio	TOTAL
CC 80495742	GOMEZ AMORTEGUI MAURICIO	1055162519	02/06/2023	202304	202305																		30	30	30	30	25-14	EPS017	14-11	CCF22	$1.160.000	$1.160.000	$1.160.000	$1.160.000	$185.600	$46.400	$28.300	$46.400	$0	$0	$0	$0	$306.700

Líneas de Servicio FonoSIMPLE: Bogotá 601 4446634 - Cali: 602 5540577 - Medellín: 604 5146669 - Bucaramanga: 607 6438000 - Cartagena: 605 6945444 - Pereira: 606 3402582 - Barranquilla: 605 3618850 - Resto del País: 018000 971 971 - ¡Más que Fácil, SIMPLE!

¡El Poder de lo SIMPLE!

Antes de imprimir, asegúrese que sea realmente necesario. Proteger el medio ambiente está en nuestras manos.

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 900483640	0	JGA SAS	B - MENOS DE 200 COTIZANTES	COLSUBSIDIO	KR 10A 8B 19	MOSQUERA-CUNDINAMARCA	8295460	Si

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2023-04	2023-05	58165560	9450459589	E	2023/05/10	2023/05/12	BANCO DE OCCIDENTE	2	$1,440,700

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO			NOVEDADES																		PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS					PARAFISCALES				
No.	Identificación	Nombre	ing	ret	tde	tae	tdp	tap	vsp	cor	vst	sln	ige	lma	vac	avp	vct	irl	vip	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Tarifa	Aporte	Días	IBC	Aporte	Exonerado SENA e ICBF	Total Aportes
SUCURSAL: MOSQUERA (3 Afiliados)																						**$3,480,000**	**$556,800**			**$3,480,000**	**$139,200**			**$3,480,000**	**$139,200**			**$3,480,000**		**$242,400**		**$0**	**$0**		**$1,077,600**
Centro de Trabajo: MOSQUERA OBRA (3 Afiliados)																						**$3,480,000**	**$556,800**			**$3,480,000**	**$139,200**			**$3,480,000**	**$139,200**			**$3,480,000**		**$242,400**		**$0**	**$0**		**$1,077,600**
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (3 Afiliados)																						**$3,480,000**	**$556,800**			**$3,480,000**	**$139,200**			**$3,480,000**	**$139,200**			**$3,480,000**		**$242,400**		**$0**	**$0**		**$1,077,600**
1	CC	13958964	GALEANO JHON																	231001	30	$1,160,000	$185,600	EPS017	30	$1,160,000	$46,400	CCF22	30	$1,160,000	$46,400	14-23	30	$1,160,000	6.960%	$80,800	30	$0	$0	Si	$359,200
2	CC	1193514442	MORENO MAURICIO																	230301	30	$1,160,000	$185,600	EPS017	30	$1,160,000	$46,400	CCF22	30	$1,160,000	$46,400	14-23	30	$1,160,000	6.960%	$80,800	30	$0	$0	Si	$359,200
3	CC	1004506819	OSPINO JADER																	230301	30	$1,160,000	$185,600	EPS017	30	$1,160,000	$46,400	CCF22	30	$1,160,000	$46,400	14-23	30	$1,160,000	6.960%	$80,800	30	$0	$0	Si	$359,200

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	Tarifa	Aporte	Días	IBC	Aporte	Exonerado SENA e ICBF	Total Aportes
SUCURSAL: SANTANDER (1 Afiliados)																						**$1,160,000**	**$185,600**			**$1,160,000**	**$46,400**			**$1,160,000**	**$46,400**			**$1,160,000**		**$80,800**		**$0**	**$0**		**$359,200**
Centro de Trabajo: VELEZ SANTANDER (1 Afiliados)																						**$1,160,000**	**$185,600**			**$1,160,000**	**$46,400**			**$1,160,000**	**$46,400**			**$1,160,000**		**$80,800**		**$0**	**$0**		**$359,200**
Ciudad: VELEZ Depto: SANTANDER (1 Afiliados)																						**$1,160,000**	**$185,600**			**$1,160,000**	**$46,400**			**$1,160,000**	**$46,400**			**$1,160,000**		**$80,800**		**$0**	**$0**		**$359,200**
4	CC	13958537	GALEANO LEONARDO																	230301	30	$1,160,000	$185,600	EPS037	30	$1,160,000	$46,400	CCF40	30	$1,160,000	$46,400	14-23	30	$1,160,000	6.960%	$80,800	30	$0	$0	Si	$359,200
Total	**Afiliados(4)**																					$4,640,000	$742,400			$4,640,000	$185,600			$4,640,000	$185,600			$4,640,000		$323,200		$0	$0		$1,436,800

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 900483640	0	JGA SAS	B - MENOS DE 200 COTIZANTES	COLSUBSIDIO	KR 10A 8B 19	MOSQUERA-CUNDINAMARCA	8295460	Si

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2023-04	2023-05	58165560	9450459589	E	2023/05/10	2023/05/12	BANCO DE OCCIDENTE	2	$1,440,700

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 2)				4	$742,400	$1,900	$0	$744,300
COLFONDOS	231001	800,227,940	6	1	$185,600	$500	$0	$186,100
PORVENIR	230301	800,224,808	8	3	$556,800	$1,400	$0	$558,200
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				4	$323,200	$800	$0	$324,000
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	4	$323,200	$800	$0	$324,000
CCF (ADMINISTRADORAS: 2)				4	$185,600	$600	$0	$186,200
COLSUBSIDIO	CCF22	860,007,336	1	3	$139,200	$400	$0	$139,600
COMFENALCO SANTANDER	CCF40	890,201,578	7	1	$46,400	$200	$0	$46,600
EPS (ADMINISTRADORAS: 2)				4	$185,600	$600	$0	$186,200
FAMISANAR	EPS017	830,003,564	7	3	$139,200	$400	$0	$139,600
NUEVA E.P.S.	EPS037	900,156,264	2	1	$46,400	$200	$0	$46,600
TOTAL				**4**	**$1,436,800**	**$3,900**	**$0**	**$1,440,700**

PAGOSIMPLE | AUTOLIQUIDACION CONSOLIDADA

Fecha creación reporte: 2023-05-02, 02:46:13 PM **Tipo Planilla:** I: PLANILLA INDEPENDIENTES **Numéro Planilla:** 1044282017

Periodo Cotización: mayo 2023 **Periodo Servicio:** mayo 2023

PAGADO 24/04/2023

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	CRISTIAN CAMILO FORERO		
Documento	CC1076620654	**Dirección**	calle 4 620
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	**Teléfono**	3144725141
Tipo Persona	NATURAL	**Forma Presentación**	ÚNICO
Ciudad	BOGOTA D.C.	**Departamento**	BOGOTA D.C.
Representante Legal		**Identificación**	
Total Afiliados	1	**ARP**	PROTECCION

II. DETALLE DEL APORTANTE

Datos del Afiliado				Novedades																						Pensiones			Salud			Riesgos			Cajas			Parafiscales					Total
Identificación	Apellidos y Nombres	Tipo Cotizante	Subtipo Cotizante	ING	RET	RET P	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	COR	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	Días AFP	Días EPS	Días ARP	Días CCF	Administradora	IBC Pensión	Aporte Pensión	Administradora	IBC Salud	Aporte Salud	Tarifa	IBC Riesgos	Aporte Riesgos	Administradora	IBC Caja	Aporte Caja	Aporte SENA	Aporte ICBF	ESAP	Aporte Ministerio	Total
CC 1076620654	CRITIAN CAMILO FORERO	03	03																	0	30	30	30	0	23021 PROTECCION	$ 1.160.000	$ 185.600	(EPS002) SALUD TOTAL	$ 1.160.000	$ 145.000	6,96	$ 1.160.000	$ 80.750	(NIN-CC) NINGUNA CCF	$	$	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 411.350

III.TOTALES

IBC Pensión	IBC Salud	IBC Riesgos	IBC Cajas	Aportes Pensión	Aportes Salud	Aportes Riesgos	Aportes Cajas	Aportes Sena	Aportes ICBF	Aportes ESAP	Aportes Min Educación	(Incapacidades, Licencias, Saldos a Favor) EPS	Incapacidades ARP	SUBTOTAL SIN INTERESES DE MORA	TOTAL INTERESES DE MORA	TOTAL FINAL
$ 1.160.000	$ 1.160.000	$ 1.160.000	$ 0	$ 185.600	$ 145.000	$ 80.750	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 411.350	$ 0	$ 411.350

Líneas de Servicio FonoSIMPLE: Bogotá 4446634 - Cali: 554 0515 - Medellín: 514 66 69 - Bucaramanga: 643 80 00 - Cartagena: 694 54 44 - Pereira: 340 25 82 - Barranquilla: 361 88 50 - Resto del País: 018000 971 971 - ¡Más que Fácil, SIMPLE!

¡El Poder de lo SIMPLE!

Antes de imprimir, asegúrese que sea realmente necesario. Proteger el medio ambiente está en nuestras manos.