Planilla Resumen

DATOS GENERALES DEL APORTANTE								
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
NIT 87029896	5	HERMES NARVAEZ DAZA	B - MENOS DE 200 COTIZANTES	MUTIS	CLL 10N 10-73	POPAYAN-CAUCA	8356765	Si

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2023-03	2023-04	2047006136	9450020428	E	2023/04/26	2023/04/27	BANCOLOMBIA	1	$6,930,000

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	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Dias	IBC	Aporte	Exonerado SENA e ICBF	Total Aportes
1	CC	1063806772	ANDREY DANIEL BURBANO SARRIA																		230301	30	$1,160,000	$185,600	EPS005	30	$1,160,000	$46,400	CCF14	30	$1,160,000	$46,400	14-23	30	$1,160,000	$80,800	30	$0	$0	Si	$359,200
2	CC	1058974579	ANGULO DORADO OLMAN																		230301	30	$1,160,000	$185,600	EPS005	30	$1,160,000	$46,400	CCF14	30	$1,160,000	$46,400	14-23	30	$1,160,000	$80,800	30	$0	$0	Si	$359,200
3	CC	1004251619	ASTUDILLO ASTAIZA LUIS FELIPE																		230301	30	$1,160,000	$185,600	ESSC62	30	$1,160,000	$46,400	CCF14	30	$1,160,000	$46,400	14-23	30	$1,160,000	$80,800	30	$0	$0	Si	$359,200
4	CC	1002876134	CALAMBAS VASQUEZ EDINSON DUVAN																		230201	30	$1,160,000	$185,600	ESSC62	30	$1,160,000	$46,400	CCF14	30	$1,160,000	$46,400	14-23	30	$1,160,000	$80,800	30	$0	$0	Si	$359,200
5	CC	1061704034	CAMACHO LULIGO JHON JAIRO																		230201	30	$1,160,000	$185,600	EPS037	30	$1,160,000	$46,400	CCF14	30	$1,160,000	$46,400	14-23	30	$1,160,000	$80,800	30	$0	$0	Si	$359,200
6	CC	1063814695	CRUZ JIMENEZ YOBANY ANDRES																		230301	30	$1,160,000	$185,600	EPS037	30	$1,160,000	$46,400	CCF14	30	$1,160,000	$46,400	14-23	30	$1,160,000	$80,800	30	$0	$0	Si	$359,200
7	CC	76335874	DIAZ JESUS ANTONIO																		230301	30	$1,160,000	$185,600	ESSC62	30	$1,160,000	$46,400	CCF14	30	$1,160,000	$46,400	14-23	30	$1,160,000	$80,800	30	$0	$0	Si	$359,200
8	CC	1143848751	ERAZO RIVERA FREINER RAUL																		230301	30	$1,160,000	$185,600	ESSC62	30	$1,160,000	$46,400	CCF14	30	$1,160,000	$46,400	14-23	30	$1,160,000	$80,800	30	$0	$0	Si	$359,200
9	CC	16985803	ESPAÑA VILLA WILMER		X																230301	2	$77,334	$12,400	EPS018	2	$77,334	$3,100	CCF14	2	$77,334	$3,100	14-23	2	$77,334	$5,400	2	$0	$0	Si	$24,000
10	CC	1061802297	GOMEZ GALLEGO BRAHIAM ESTIVEN		X																230301	2	$77,334	$12,400	EPS037	2	$77,334	$3,100	CCF14	2	$77,334	$3,100	14-23	2	$77,334	$5,400	2	$0	$0	Si	$24,000
11	CC	1061739592	GONZALEZ MANQUILLO DEIVIS STEVENS																		230301	30	$1,160,000	$185,600	EPS005	30	$1,160,000	$46,400	CCF14	30	$1,160,000	$46,400	14-23	30	$1,160,000	$80,800	30	$0	$0	Si	$359,200
12	CC	4614746	LULIGO VICTORIA JOSE OMAR																		230301	30	$1,160,000	$185,600	ESSC62	30	$1,160,000	$46,400	CCF14	30	$1,160,000	$46,400	14-23	30	$1,160,000	$80,800	30	$0	$0	Si	$359,200
13	CC	93204011	MONTERO LEAL JAIME																		230301	30	$1,160,000	$185,600	EPS037	30	$1,160,000	$46,400	CCF14	30	$1,160,000	$46,400	14-23	30	$1,160,000	$80,800	30	$0	$0	Si	$359,200
14	CC	10316858	MUÑOZ GALINDEZ FABIO ARBEY																		230301	30	$1,160,000	$185,600	ESSC62	30	$1,160,000	$46,400	CCF14	30	$1,160,000	$46,400	14-23	30	$1,160,000	$80,800	30	$0	$0	Si	$359,200
15	CC	15815841	MUTIS BASTIDAS JOSE LUIS																		230301	30	$1,160,000	$185,600	EPS005	30	$1,160,000	$46,400	CCF14	30	$1,160,000	$46,400	14-23	30	$1,160,000	$80,800	30	$0	$0	Si	$359,200
16	CC	1061688240	PALECHOR MONTES JESUS EFREN																		230301	30	$1,160,000	$185,600	ESSC62	30	$1,160,000	$46,400	CCF14	30	$1,160,000	$46,400	14-23	30	$1,160,000	$80,800	30	$0	$0	Si	$359,200
17	CC	1061748282	PALECHOR MONTES OSCAR DANIEL																		230301	30	$1,160,000	$185,600	EPS037	30	$1,160,000	$46,400	CCF14	30	$1,160,000	$46,400	14-23	30	$1,160,000	$80,800	30	$0	$0	Si	$359,200
18	CC	1063811996	PATIÑO MIRANDA MAURICIO EDUARDO		X																230301	2	$77,334	$12,400	EPSIC3	2	$77,334	$3,100	CCF14	2	$77,334	$3,100	14-23	2	$77,334	$5,400	2	$0	$0	Si	$24,000
19	CC	76343134	PERAFAN RAMIREZ EIDER RUBEN																		230301	30	$1,160,000	$185,600	ESSC62	30	$1,160,000	$46,400	CCF14	30	$1,160,000	$46,400	14-23	30	$1,160,000	$80,800	30	$0	$0	Si	$359,200
20	CC	1114879936	SAMUDIO ORTEGA YONATAN																		230301	30	$1,160,000	$185,600	EPS037	30	$1,160,000	$46,400	CCF14	30	$1,160,000	$46,400	14-23	30	$1,160,000	$80,800	30	$0	$0	Si	$359,200
21	CC	76029400	TRUJILLO SALAZAR YEMERSON																		230301	30	$1,160,000	$185,600	ESSC62	30	$1,160,000	$46,400	CCF14	30	$1,160,000	$46,400	14-23	30	$1,160,000	$80,800	30	$0	$0	Si	$359,200
22	CC	76290392	VASQUEZ GOLONDRINO LIBER FERNANDO		X																230301	2	$77,334	$12,400	EPS037	2	$77,334	$3,100	CCF14	2	$77,334	$3,100	14-23	2	$77,334	$5,400	2	$0	$0	Si	$24,000
23	CC	1061780606	YACUMAL CANTERO CARLOS MARINO																		230301	30	$1,160,000	$185,600	EPS037	30	$1,160,000	$46,400	CCF14	30	$1,160,000	$46,400	14-23	30	$1,160,000	$80,800	30	$0	$0	Si	$359,200
Total	**Afiliados(23)**																					$22,349,336	$3,576,000			$22,349,336	$894,000			$22,349,336	$894,000			$22,349,336	$1,556,800		$0	$0		$6,920,800

pensión salud ccf riesgos

Planilla Resumen

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
NIT 87029896	5	HERMES NARVAEZ DAZA	B - MENOS DE 200 COTIZANTES	MUTIS	CLL 10N 10-73	POPAYAN-CAUCA	8356765	Si

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2023-03	2023-04	2047006136	9450020428	E	2023/04/26	2023/04/27	BANCOLOMBIA	1	$6,930,000

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 2)				23	$3,576,000	$4,500	$0	$3,580,500
PORVENIR	230301	800,224,808	8	21	$3,204,800	$4,000	$0	$3,208,800
PROTECCION	230201	800,229,739	0	2	$371,200	$500	$0	$371,700
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				23	$1,556,800	$2,000	$0	$1,558,800
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	23	$1,556,800	$2,000	$0	$1,558,800
CCF (ADMINISTRADORAS: 1)				23	$894,000	$1,200	$0	$895,200
COMFACAUCA	CCF14	891,500,182	0	23	$894,000	$1,200	$0	$895,200
EPS (ADMINISTRADORAS: 5)				23	$894,000	$1,500	$0	$895,500
A.I.C.	EPSIC3	817,001,773	3	1	$3,100	$100	$0	$3,200
ASMET SALUD EPS SAS	ESSC62	900,935,126	7	9	$417,600	$600	$0	$418,200
NUEVA E.P.S.	EPS037	900,156,264	2	8	$284,600	$400	$0	$285,000
S.O.S. SERVICIO OCCIDENTAL DE SALUD S.A.	EPS018	805,001,157	2	1	$3,100	$100	$0	$3,200
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	4	$185,600	$300	$0	$185,900
TOTAL				**23**	**$6,920,800**	**$9,200**	**$0**	**$6,930,000**

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 901246498	9	SILOGISTICA SAS	B - MENOS DE 200 COTIZANTES	PRINCIPAL	LT 3 H PAR INDUSTRIAL	POPAYAN-CAUCA	8249797	Si

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2023-03	2023-04	2035606646	9449828897	E	2023/04/26	2023/04/20	BANCO DAVIVIENDA	0	$12,551,600

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO				PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES			
No.	Identificación		Nombres	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte
Sucursal: PRINCIPAL (23 Afiliados)						$44,051,499	$7,048,600			$45,211,499	$1,907,400			$42,442,831	$1,697,900			$45,211,499	$1,897,700		$0	$0
Centro de Trabajo: RIESGO 4 (23 Afiliados)						$44,051,499	$7,048,600			$45,211,499	$1,907,400			$42,442,831	$1,697,900			$45,211,499	$1,897,700		$0	$0
Ciudad: POPAYAN Depto: CAUCA (23 Afiliados)						$44,051,499	$7,048,600			$45,211,499	$1,907,400			$42,442,831	$1,697,900			$45,211,499	$1,897,700		$0	$0
1	CC	1002967800	BUITRON YONATAN		0	$0	$0	EPS005	30	$1,160,000	$145,000		0	$0	$0	14-23	30	$1,160,000	$50,500	0	$0	$0
2	CC	25290608	CALAMBAS XIMENA	230301	30	$1,160,000	$185,600	EPS005	30	$1,160,000	$46,400	CCF14	30	$1,160,000	$46,400	14-23	30	$1,160,000	$50,500	30	$0	$0
3	CC	98389480	CHAMORRO EDGAR	25-14	30	$2,050,000	$328,000	EPS005	30	$2,050,000	$82,000	CCF14	30	$2,050,000	$82,000	14-23	30	$2,050,000	$89,200	30	$0	$0
4	CC	13014925	CHAMORRO LUIS	230201	30	$1,900,000	$304,000	EPS018	30	$1,900,000	$76,000	CCF14	30	$1,900,000	$76,000	14-23	30	$1,900,000	$82,700	30	$0	$0
5	CC	36996901	CHAMORRO MARLENI	25-14	30	$2,300,000	$368,000	EPS018	30	$2,300,000	$92,000	CCF14	30	$2,300,000	$92,000	14-23	30	$2,300,000	$100,100	30	$0	$0
6	CC	1061785597	CHAMORRO NAZLY	230301	27	$1,350,000	$216,000	EPS005	27	$1,350,000	$54,000	CCF14	27	$1,350,000	$54,000	14-23	27	$1,350,000	$58,800	27	$0	$0
7	CC	1061785597	CHAMORRO NAZLY	230301	3	$150,000	$24,000	EPS005	3	$150,000	$6,000	CCF14	0	$0	$0	14-23	3	$150,000	$0	0	$0	$0
8	CC	1060988493	CORDOBA CRISTIAN	230301	30	$2,753,334	$440,600	EPS037	30	$2,753,334	$110,200	CCF14	30	$2,753,334	$110,200	14-23	30	$2,753,334	$119,800	30	$0	$0
9	CC	76330345	CUELLAR JONATAN	230301	24	$1,987,334	$318,000	EPS005	24	$1,987,334	$79,500	CCF14	24	$1,987,334	$79,500	14-23	24	$1,987,334	$86,500	24	$0	$0
10	CC	76330345	CUELLAR JONATAN	230301	1	$46,667	$7,500	EPS005	1	$46,667	$1,900	CCF14	0	$0	$0	14-23	1	$46,667	$0	0	$0	$0
11	CC	76330345	CUELLAR JONATAN	230301	5	$233,334	$37,400	EPS005	5	$233,334	$9,400	CCF14	0	$0	$0	14-23	5	$233,334	$0	0	$0	$0
12	CC	1061768486	HOYOS FABIAN	230301	30	$2,345,000	$375,200	EPS005	30	$2,345,000	$93,800	CCF14	30	$2,345,000	$93,800	14-23	30	$2,345,000	$102,100	30	$0	$0
13	CC	76357533	JARAMILLO MARCO	230201	30	$2,390,000	$382,400	EPS018	30	$2,390,000	$95,600	CCF14	30	$2,390,000	$95,600	14-23	30	$2,390,000	$104,000	30	$0	$0
14	CC	10304643	LOPEZ MARIÑO	230301	30	$2,210,000	$353,600	EPS005	30	$2,210,000	$88,400	CCF14	30	$2,210,000	$88,400	14-23	30	$2,210,000	$96,200	30	$0	$0
15	CC	1080900857	LOPEZ YEIBAN	25-14	9	$420,000	$67,200	ESSC18	9	$420,000	$16,800	CCF14	9	$420,000	$16,800	14-23	9	$420,000	$18,300	9	$0	$0
16	CC	1089486293	MELO DERLY	230301	30	$2,100,000	$336,000	ESSC62	30	$2,100,000	$84,000	CCF14	30	$2,100,000	$84,000	14-23	30	$2,100,000	$91,400	30	$0	$0
17	CC	76328034	OROZCO MARIO	25-14	30	$2,034,834	$325,600	EPS005	30	$2,034,834	$81,400	CCF14	30	$2,034,834	$81,400	14-23	30	$2,034,834	$88,600	30	$0	$0
18	CC	1060874616	PEREA MAURICIO	230301	30	$1,725,995	$276,200	ESSC62	30	$1,725,995	$69,100	CCF14	30	$1,725,995	$69,100	14-23	30	$1,725,995	$75,100	30	$0	$0
19	CC	80361657	PEREZ LUIS	25-14	11	$990,000	$158,400	EPS005	11	$990,000	$39,600	CCF14	11	$990,000	$39,600	14-23	11	$990,000	$43,100	11	$0	$0
20	CC	80361657	PEREZ LUIS	25-14	19	$1,140,000	$182,400	EPS005	19	$1,140,000	$45,600	CCF14	0	$0	$0	14-23	19	$1,140,000	$0	0	$0	$0
21	CC	1061686602	QUINTERO YIMY	231001	29	$1,121,334	$179,500	ESSC18	29	$1,121,334	$44,900	CCF14	29	$1,121,334	$44,900	14-23	29	$1,121,334	$48,800	29	$0	$0
22	CC	1061686602	QUINTERO YIMY	231001	1	$38,667	$6,200	ESSC18	1	$38,667	$1,600	CCF14	0	$0	$0	14-23	1	$38,667	$0	0	$0	$0
23	PE	963060823011974	RONDON YUBAYDE	230301	30	$1,500,000	$240,000	EPS005	30	$1,500,000	$60,000	CCF14	30	$1,500,000	$60,000	14-23	30	$1,500,000	$65,300	30	$0	$0
24	CC	1061686489	SANDOVAL ASTRID	230301	30	$2,300,000	$368,000	EPS005	30	$2,300,000	$92,000	CCF14	30	$2,300,000	$92,000	14-23	30	$2,300,000	$100,100	30	$0	$0
25	CC	16844150	TIQUE MAURICIO	230301	30	$2,565,000	$410,400	EPS012	30	$2,565,000	$102,600	CCF14	30	$2,565,000	$102,600	14-23	30	$2,565,000	$111,600	30	$0	$0
26	CC	34327930	TROCHEZ LUISA	230301	30	$1,200,000	$192,000	EPS037	30	$1,200,000	$48,000	CCF14	30	$1,200,000	$48,000	14-23	30	$1,200,000	$52,200	30	$0	$0
27	CC	79960280	VASQUEZ JHORDAN	25-14	30	$2,040,000	$326,400	EPS005	30	$2,040,000	$81,600	CCF14	30	$2,040,000	$81,600	14-23	30	$2,040,000	$88,800	30	$0	$0
28	CC	34326443	VASQUEZ YURI	230301	30	$4,000,000	$640,000	EPS005	30	$4,000,000	$160,000	CCF14	30	$4,000,000	$160,000	14-23	30	$4,000,000	$174,000	30	$0	$0
Total			**Afiliados(23)**			$44,051,499	$7,048,600			$45,211,499	$1,907,400			$42,442,831	$1,697,900			$45,211,499	$1,897,700		$0	$0

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 901246498	9	SILOGISTICA SAS	B - MENOS DE 200 COTIZANTES	PRINCIPAL	LT 3 H PAR INDUSTRIAL	POPAYAN-CAUCA	8249797	Si

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2023-03	2023-04	2035606646	9449828897	E	2023/04/26	2023/04/20	BANCO DAVIVIENDA	0	$12,551,600

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 4)				22	$7,048,600	$0	$0	$7,048,600
COLFONDOS	231001	800,227,940	6	1	$185,700	$0	$0	$185,700
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	6	$1,756,000	$0	$0	$1,756,000
PORVENIR	230301	800,224,808	8	13	$4,420,500	$0	$0	$4,420,500
PROTECCION	230201	800,229,739	0	2	$686,400	$0	$0	$686,400
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				23	$1,897,700	$0	$0	$1,897,700
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	23	$1,897,700	$0	$0	$1,897,700
CCF (ADMINISTRADORAS: 1)				22	$1,697,900	$0	$0	$1,697,900
COMFACAUCA	CCF14	891,500,182	0	22	$1,697,900	$0	$0	$1,697,900
EPS (ADMINISTRADORAS: 6)				23	$1,907,400	$0	$0	$1,907,400
ASMET SALUD EPS SAS	ESSC62	900,935,126	7	2	$153,100	$0	$0	$153,100
COMFENALCO VALLE	EPS012	890,303,093	5	1	$102,600	$0	$0	$102,600
EMSSANAR	ESSC18	901,021,565	8	2	$63,300	$0	$0	$63,300
NUEVA E.P.S.	EPS037	900,156,264	2	2	$158,200	$0	$0	$158,200
S.O.S. SERVICIO OCCIDENTAL DE SALUD S.A.	EPS018	805,001,157	2	3	$263,600	$0	$0	$263,600
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	13	$1,166,600	$0	$0	$1,166,600
TOTAL				**23**	**$12,551,600**	**$0**	**$0**	**$12,551,600**

SuAporte | AUTOLIQUIDACION CONSOLIDADA

Fecha creación reporte: 2023-04-24, 12:35:03 PM **Tipo Planilla:** E: PLANILLA EMPLEADOS EMPRESAS. **Numéro Planilla:** 62875841

Periodo Cotización: marzo de 2023 **Periodo Servicio:** abril de 2023

PAGADO 24/04/2023

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	PMCON INGENIERIA SAS		
Documento	NI900827163	**Dirección**	Calle 10 # 15 41 Of. 201
Tipo de Empresa	EMPLEADOR	**Teléfono**	3108131687
Tipo Persona	JURÍDICA	**Forma Presentación**	ÚNICO
Ciudad	SOCORRO	**Departamento**	SANTANDER
Representante Legal	CRUZ AYALA EDGAR	**Identificación**	CC 91201643
Total Afiliados	32	**ARP**	SEGUROS DE VIDA COLPATRIA S.A.

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 1002791590	LEIDER YOVANI MOSQUERA NARVAEZ	01	00																	0	30	30	30	30	(230301) PORVENIR	$ 1.160.000	$ 185.600	(ESSC62) ASMET SALUD	$ 1.160.000	$ 46.400	6,960	$ 1.160.000	$ 80.800	(CCF14) COMFACAUCA	$ 1.160.000	$ 46.400	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 359.200
CC 1002821468	MICHAEL STEVEN LLANTEN PIEDRAHITA	01	00																	0	30	30	30	30	(230301) PORVENIR	$ 1.160.000	$ 185.600	(EPS008) COMPENSAR EPS	$ 1.160.000	$ 46.400	6,960	$ 1.160.000	$ 80.800	(CCF14) COMFACAUCA	$ 1.160.000	$ 46.400	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 359.200
CC 1002877050	BRAYAN LEANDRO MUÑOZ BOLAÑOS	01	00																	0	30	30	30	30	(230301) PORVENIR	$ 1.160.000	$ 185.600	(ESSC62) ASMET SALUD	$ 1.160.000	$ 46.400	6,960	$ 1.160.000	$ 80.800	(CCF14) COMFACAUCA	$ 1.160.000	$ 46.400	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 359.200
CC 1002877420	LEIDER DANIEL MAZABUEL HURTADO	01	00	X																0	18	18	18	18	(230301) PORVENIR	$ 696.000	$ 111.400	(EPSIC3) ASOCIACION INDIGENA DEL CAUDAA.I.C	$ 696.000	$ 27.900	6,960	$ 696.000	$ 48.500	(CCF14) COMFACAUCA	$ 696.000	$ 27.900	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 215.700
CC 1002972527	JEISSON DANIEL ARIZABALETA CORDOBA	01	00																	0	30	30	30	30	(230301) PORVENIR	$ 1.160.000	$ 185.600	(ESSC18) EMSSANAR EPS	$ 1.160.000	$ 46.400	6,960	$ 1.160.000	$ 80.800	(CCF14) COMFACAUCA	$ 1.160.000	$ 46.400	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 359.200
CC 1003164085	JAMES OLID PALECHOR	01	00																	0	30	30	30	30	(230301) PORVENIR	$ 1.160.000	$ 185.600	(EPS018) S.O.S EPS	$ 1.160.000	$ 46.400	6,960	$ 1.160.000	$ 80.800	(CCF14) COMFACAUCA	$ 1.160.000	$ 46.400	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 359.200
CC 1007178392	ARNULFO MUELAS USA	01	00																	0	30	30	30	30	(230301) PORVENIR	$ 1.200.000	$ 192.000	(EPSIC3) ASOCIACION INDIGENA DEL CAUDAA.I.C	$ 1.200.000	$ 48.000	6,960	$ 1.200.000	$ 83.600	(CCF14) COMFACAUCA	$ 1.200.000	$ 48.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 371.600
CC 1007279300	INGRITH TATIANA PORRAS LINERO	01	00		X															0	9	9	9	9	(230301) PORVENIR	$ 390.000	$ 62.400	(EPS002) SALUD TOTAL EPS	$ 390.000	$ 15.600	6,960	$ 390.000	$ 27.200	(CCF14) COMFACAUCA	$ 390.000	$ 15.600	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 120.800
CC 1016017400	YULDER ESNEIDER CASTELLANOS	01	00																	0	30	30	30	30	(230301) PORVENIR	$ 1.200.000	$ 192.000	(EPS037) NUEVA EPS	$ 1.200.000	$ 48.000	6,960	$ 1.200.000	$ 83.600	(CCF14) COMFACAUCA	$ 1.200.000	$ 48.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 371.600
CC 10291471	FABIO NELSON BONILLA VIDAL	01	00																	0	30	30	30	30	(230301) PORVENIR	$ 1.160.000	$ 185.600	(EPS037) NUEVA EPS	$ 1.160.000	$ 46.400	6,960	$ 1.160.000	$ 80.800	(CCF14) COMFACAUCA	$ 1.160.000	$ 46.400	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 359.200
CC 10317306	LUIS FERNANDO DIAZ QUINONES	01	00																	0	30	30	30	30	(230301) PORVENIR	$ 1.160.000	$ 185.600	(ESSC62) ASMET SALUD	$ 1.160.000	$ 46.400	6,960	$ 1.160.000	$ 80.800	(CCF14) COMFACAUCA	$ 1.160.000	$ 46.400	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 359.200
CC 10510176	MARTIN MAJIN JIMENEZ	01	00		X															0	2	2	2	2	(230201) PROTECCION	$ 77.334	$ 12.400	(EPSIC3) ASOCIACION INDIGENA DEL CAUDAA.I.C	$ 77.334	$ 3.100	6,960	$ 77.334	$ 5.400	(CCF14) COMFACAUCA	$ 77.334	$ 3.100	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 24.000
CC 1058963420	ANDERSON ANDREY MACIAS DIAZ	01	00																	0	30	30	30	30	(230301) PORVENIR	$ 1.160.000	$ 185.600	(ESSC62) ASMET SALUD	$ 1.160.000	$ 46.400	6,960	$ 1.160.000	$ 80.800	(CCF14) COMFACAUCA	$ 1.160.000	$ 46.400	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 359.200
CC 1060236770	DANIEL EDUARDO YEPEZ PIZO	01	00																	0	30	30	30	30	(230301) PORVENIR	$ 1.160.000	$ 185.600	(ESSC62) ASMET SALUD	$ 1.160.000	$ 46.400	6,960	$ 1.160.000	$ 80.800	(CCF14) COMFACAUCA	$ 1.160.000	$ 46.400	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 359.200
CC 1060239189	CHRISTIAN EDIMER MUÑOZ BOLAÑOS	01	00																	0	30	30	30	30	(230301) PORVENIR	$ 1.160.000	$ 185.600	(ESSC62) ASMET SALUD	$ 1.160.000	$ 46.400	6,960	$ 1.160.000	$ 80.800	(CCF14) COMFACAUCA	$ 1.160.000	$ 46.400	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 359.200
CC 1061719755	JAVIER DAVID CABEZAS PEÑA	01	00		X															0	30	30	30	30	(230301) PORVENIR	$ 1.160.000	$ 185.600	(EPS018) S.O.S EPS	$ 1.160.000	$ 46.400	6,960	$ 1.160.000	$ 80.800	(CCF14) COMFACAUCA	$ 1.160.000	$ 46.400	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 359.200
CC 1061721027	HEIMAN ARVEY MULCUE QUILCUE	01	00																	0	30	30	30	30	(230301) PORVENIR	$ 1.300.000	$ 208.000	(EPSIC3) ASOCIACION INDIGENA DEL CAUDAA.I.C	$ 1.300.000	$ 52.000	6,960	$ 1.300.000	$ 90.500	(CCF14) COMFACAUCA	$ 1.300.000	$ 52.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 402.500
CC 1061744746	EMBER JAVID SIMALES BONILLA	01	00																	0	30	30	30	30	(230301) PORVENIR	$ 1.160.000	$ 185.600	(EPS037) NUEVA EPS	$ 1.160.000	$ 46.400	6,960	$ 1.160.000	$ 80.800	(CCF14) COMFACAUCA	$ 1.160.000	$ 46.400	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 359.200
CC 1061778736	JHON ALEX CASTILLO MOSQUERA	01	00	X																0	24	24	24	24	(230301) PORVENIR	$ 928.000	$ 148.500	(ESSC18) EMSSANAR EPS	$ 928.000	$ 37.200	6,960	$ 928.000	$ 64.600	(CCF14) COMFACAUCA	$ 928.000	$ 37.200	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 287.500

ARUS, Línea Expertos en PILA: Barranquilla: 385 24 44 - Bogotá: 485 4485 - Bucaramanga: 697 87 27 - Cali: 485 9444 - Cartagena: 693 77 27 - Pereira: 340 13 27 - Manizales: 892 80 27 - Medellín: 604 2727 - Desde otras ciudades: 018000 51 99 77. Línea Ética: 018000 517806.

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

Pagado: 24/04/2023 **Empresa NI900827163 PMCON INGENIERIA SAS** **Planilla Nro: 62875841** **Periodo Cotización: marzo de 2023** **Periodo Servicio: abril de 2023**

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 1081395069	JESUS ANTONIO QUILINDO SEMANATE	01	00	X																0	25	25	25	25	(230301) PORVENIR	$ 1.000.000	$ 160.000	(EPS037) NUEVA EPS	$ 1.000.000	$ 40.000	6,960	$ 1.000.000	$ 69.600	(CCF14) COMFACAUCA	$ 1.000.000	$ 40.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 309.600
CC 1098102507	EDGAR EVARISTO QUIROZ LOZANO	01	00																	0	30	30	30	30	(230201) PROTECCION	$ 1.160.000	$ 185.600	(EPS008) COMPENSAR EPS	$ 1.160.000	$ 46.400	6,960	$ 1.160.000	$ 80.800	(CCF14) COMFACAUCA	$ 1.160.000	$ 46.400	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 359.200
CC 1104125787	ENDER CARREÑO BARRIOS	01	00																	0	30	30	30	30	(230301) PORVENIR	$ 1.200.000	$ 192.000	(EPS041) NUEVA EPS S.A. MOVILIDAD	$ 1.200.000	$ 48.000	6,960	$ 1.200.000	$ 83.600	(CCF14) COMFACAUCA	$ 1.200.000	$ 48.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 371.600
CC 13567952	OSCAR FAJARDO BELEÑO	01	00																	0	30	30	30	30	(230301) PORVENIR	$ 1.200.000	$ 192.000	(EPS005) EPS SANITAS	$ 1.200.000	$ 48.000	6,960	$ 1.200.000	$ 83.600	(CCF14) COMFACAUCA	$ 1.200.000	$ 48.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 371.600
CC 34319572	CAROLINA BURBANO MOLANO	01	00	X																0	17	17	17	17	(230301) PORVENIR	$ 850.000	$ 136.000	(EPS037) NUEVA EPS	$ 850.000	$ 34.000	6,960	$ 850.000	$ 59.200	(CCF14) COMFACAUCA	$ 850.000	$ 34.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 263.200
CC 76290652	JOSE LUIS CAMACHO LULIGO	01	00																	0	30	30	30	30	(230301) PORVENIR	$ 1.160.000	$ 185.600	(ESSC62) ASMET SALUD	$ 1.160.000	$ 46.400	6,960	$ 1.160.000	$ 80.800	(CCF14) COMFACAUCA	$ 1.160.000	$ 46.400	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 359.200
CC 76314631	ARY ALFONSO CUELLAR LASSO	01	00		X															0	13	13	13	13	(230301) PORVENIR	$ 502.667	$ 80.500	(EPS005) EPS SANITAS	$ 502.667	$ 20.200	6,960	$ 502.667	$ 35.000	(CCF14) COMFACAUCA	$ 502.667	$ 20.200	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 155.900
CC 76324573	OMAR BOLAÑOS GAVIRIA	01	00																	0	30	30	30	30	(230301) PORVENIR	$ 1.160.000	$ 185.600	(EPSIC3) ASOCIACION INDIGENA DEL CAUDAA.I.C	$ 1.160.000	$ 46.400	6,960	$ 1.160.000	$ 80.800	(CCF14) COMFACAUCA	$ 1.160.000	$ 46.400	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 359.200
CC 76331727	VICTOR QUINAYAS RUIZ	01	00																	0	30	30	30	30	(230301) PORVENIR	$ 1.160.000	$ 185.600	(ESSC62) ASMET SALUD	$ 1.160.000	$ 46.400	6,960	$ 1.160.000	$ 80.800	(CCF14) COMFACAUCA	$ 1.160.000	$ 46.400	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 359.200
CC 83044630	JOSE INER IBARRA ZAPATA	01	00	X																0	25	25	25	25	(230301) PORVENIR	$ 1.083.334	$ 173.400	(ESSC62) ASMET SALUD	$ 1.083.334	$ 43.400	6,960	$ 1.083.334	$ 75.500	(CCF14) COMFACAUCA	$ 1.083.334	$ 43.400	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 335.700
CC 91201643	EDGAR CRUZ AYALA	01	01																	0	0	30	30	30	(NIN-AF) NINGUNA AFP	$ 0	$ 0	(EPS017) FAMISANAR EPS	$ 2.000.000	$ 80.000	2,436	$ 2.000.000	$ 48.800	(CCF40) COMFENALCO SANTANDER	$ 2.000.000	$ 80.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 208.800
CC 91452220	JOSE ERNESTO PIMIENTO MUÑOZ	01	00																	0	30	30	30	30	(230301) PORVENIR	$ 2.000.000	$ 320.000	(EPS037) NUEVA EPS	$ 2.000.000	$ 80.000	6,960	$ 2.000.000	$ 139.200	(CCF40) COMFENALCO SANTANDER	$ 2.000.000	$ 80.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 619.200
CC 91454674	LUIS FRANCISCO AYALA	01	00																	0	30	30	30	30	(230301) PORVENIR	$ 1.200.000	$ 192.000	(EPS037) NUEVA EPS	$ 1.200.000	$ 48.000	6,960	$ 1.200.000	$ 83.600	(CCF14) COMFACAUCA	$ 1.200.000	$ 48.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 371.600

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
$ 33.387.335	$ 35.387.335	$ 35.387.335	$ 35.387.335	$ 5.342.200	$ 1.415.800	$ 2.374.300	$ 1.415.800	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 10.548.100	$ 78.700	$ 10.626.800

ARUS, Línea Expertos en PILA: Barranquilla: 385 24 44 - Bogotá: 485 4485 - Bucaramanga: 697 87 27 - Cali: 485 9444 - Cartagena: 693 77 27 - Pereira: 340 13 27 - Manizales: 892 80 27 - Medellín: 604 2727 - Desde otras ciudades: 018000 51 99 77. Línea Ética: 018000 517806.

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

206

Planilla Resumen

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 76320019		MELLIZO GOMEZ EFREN ALVEIRO	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	TRANSVERSAL 3 10 05 JAMANGA	POPAYAN-CAUCA	5555555	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2023-03	2023-03	1995055045	9448463599	I	2023/04/10	2023/03/29	NEQUI	0	$381,100

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	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Dias	IBC	Aporte	Exonerado SENA e ICBF	Total Aportes
1	CC	76320019	MELLIZO EFREN																		25-14	30	$1,160,000	$185,600	ESSC62	30	$1,160,000	$145,000		0	$0	$0	14-23	30	$1,160,000	$50,500	0	$0	$0	No	$381,100
Total	**Afiliados(1)**																						$1,160,000	$185,600			$1,160,000	$145,000			$0	$0			$1,160,000	$50,500		$0	$0		$381,100

Planilla Resumen

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 76320019		MELLIZO GOMEZ EFREN ALVEIRO	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	TRANSVERSAL 3 10 05 JAMANGA	POPAYAN-CAUCA	5555555	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2023-03	2023-03	1995055045	9448463599	I	2023/04/10	2023/03/29	NEQUI	0	$381,100

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$185,600	$0	$0	$185,600
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	1	$185,600	$0	$0	$185,600
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$50,500	$0	$0	$50,500
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	$50,500	$0	$0	$50,500
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$145,000	$0	$0	$145,000
ASMET SALUD EPS SAS	ESSC62	900,935,126	7	1	$145,000	$0	$0	$145,000
TOTAL				**1**	**$381,100**	**$0**	**$0**	**$381,100**

Planilla Resumen

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
NIT 901605742	2	TRANSPESADOS DE COLOMBIA SAS	A - 200 O MAS COTIZANTES	ARMENIA	CARRERA 17 # 11-58	LETICIA-AMAZONAS	7359061	Si

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2023-03	2023-04	2007623549	9449303876	E	2023/04/13	2023/04/04	BANCOLOMBIA	0	$574,800

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO				NOVEDADES																PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS					PARAFISCALES				
No.	Identificación		Nombre	ing	ret	tde	tae	tdp	tap	vsp	cor	vst	sln	ige	lma	vac	avp	vct	irl	vip	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Tarifa	Aporte	Dias	IBC	Aporte	Exonerado SENA e ICBF	Total Aportes
SUCURSAL: ARMENIA (3 Afiliados)																						$2,358,667	$377,400			$2,358,667	$94,400			$3,000	$300			$2,358,667		$102,700		$0	$0		$574,800
Centro de Trabajo: CENTRO TRABAJO 0 (3 Afiliados)																						$2,358,667	$377,400			$2,358,667	$94,400			$3,000	$300			$2,358,667		$102,700		$0	$0		$574,800
Ciudad: ARAUCA Depto: ARAUCA (3 Afiliados)																						$2,358,667	$377,400			$2,358,667	$94,400			$3,000	$300			$2,358,667		$102,700		$0	$0		$574,800
1	CC	10500032	VACA RUBEN		X																230201	1	$38,667	$6,200	EPS037	1	$38,667	$1,600	CCF67	1	$1,000	$100	14-23	1	$38,667	4.350%	$1,700	1	$0	$0	Si	$9,600
2	CC	1061701499	VASQUEZ JESUS																		230201	30	$1,160,000	$185,600	EPSIC3	30	$1,160,000	$46,400	CCF67	30	$1,000	$100	14-23	30	$1,160,000	4.350%	$50,500	30	$0	$0	Si	$282,600
3	CC	10540545	VELARDE HENRY																		230201	30	$1,160,000	$185,600	ESSC18	30	$1,160,000	$46,400	CCF67	30	$1,000	$100	14-23	30	$1,160,000	4.350%	$50,500	30	$0	$0	Si	$282,600
Total			**Afiliados(3)**																				$2,358,667	$377,400			$2,358,667	$94,400			$3,000	$300			$2,358,667		$102,700		$0	$0		$574,800

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
NIT 901605742	2	TRANSPESADOS DE COLOMBIA SAS	A - 200 O MAS COTIZANTES	ARMENIA	CARRERA 17 # 11-58	LETICIA-AMAZONAS	7359061	Si

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2023-03	2023-04	2007623549	9449303876	E	2023/04/13	2023/04/04	BANCOLOMBIA	0	$574,800

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				3	$377,400	$0	$0	$377,400
PROTECCION	230201	800,229,739	0	3	$377,400	$0	$0	$377,400
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				3	$102,700	$0	$0	$102,700
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	3	$102,700	$0	$0	$102,700
CCF (ADMINISTRADORAS: 1)				3	$300	$0	$0	$300
COMFIAR	CCF67	800,219,488	4	3	$300	$0	$0	$300
EPS (ADMINISTRADORAS: 3)				3	$94,400	$0	$0	$94,400
A.I.C.	EPSIC3	817,001,773	3	1	$46,400	$0	$0	$46,400
EMSSANAR	ESSC18	901,021,565	8	1	$46,400	$0	$0	$46,400
NUEVA E.P.S.	EPS037	900,156,264	2	1	$1,600	$0	$0	$1,600
TOTAL				**3**	**$574,800**	**$0**	**$0**	**$574,800**

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 901525363	0	MOVILIDAD Y LOGISTICA INTELIGENTE SAS	B - MENOS DE 200 COTIZANTES	PRINCIPAL	CL 24 NORTE 6 N 16	POPAYAN-CAUCA	3046264249	Si

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2023-03	2023-04	2059825193	9448838090	E	2023/04/18	2023/05/03	BANCO DAVIVIENDA	15	$290,000

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO				PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES			
No.	Identificación		Nombres	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte
1	CC	1061706662	MESTIZO NOE	230301	30	$1,160,000	$185,600	EPS037	30	$1,160,000	$46,400	CCF14	30	$1,160,000	$46,400	14-23	30	$1,160,000	$6,100	30	$0	$0
Total	**Afiliados(1)**					**$1,160,000**	**$185,600**			**$1,160,000**	**$46,400**			**$1,160,000**	**$46,400**			**$1,160,000**	**$6,100**		**$0**	**$0**

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$185,600	$3,500	$0	$189,100
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	$185,600	$3,500	$0	$189,100
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$6,100	$200	$0	$6,300
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	$6,100	$200	$0	$6,300
CCF (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$46,400	$900	$0	$47,300
COMFACAUCA	CCF14	891,500,182	0	1	$46,400	$900	$0	$47,300
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$46,400	$900	$0	$47,300
NUEVA E.P.S.	EPS037	900,156,264	2	1	$46,400	$900	$0	$47,300
TOTAL				**1**	**$284,500**	**$5,500**	**$0**	**$290,000**

Comprobante Liquidación

Datos Generales Del Aportante

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Correo Electrónico	Ciudad-Departamento	Celular
CC 76325233		YIMMI MAURICIO LOPEZ MACA	B - MENOS DE 200 COTIZANTES	Principal	FABIOTRIVE@HOTMAIL.COM	POPAYAN-CAUCA	3173742219

Clave: 9449189366

Pague hasta	Dias de Mora	Valor Mora	Total a Pagar
2023/04/11	0	$0	$2,141,100
2023/04/12	0	$0	$2,141,100
2023/04/13	1	$3,200	$2,144,300
2023/04/14	2	$5,800	$2,146,900
2023/04/17	5	$13,700	$2,154,800
2023/04/18	6	$16,300	$2,157,400
2023/04/19	7	$19,200	$2,160,300
2023/04/20	8	$21,700	$2,162,800
2023/04/21	9	$24,200	$2,165,300
2023/04/24	12	$32,200	$2,173,300

Periodo Pensión: 2023-03 **Periodo Salud: 2023-04**

Riesgo	Administradoras	Afiliados	Total a Pagar
AFP	2	7	$1,119,800
COLPENSIONES		1	$185,600
PORVENIR		6	$934,200
ARL	1	7	$304,700
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS		7	$304,700
CCF	1	7	$280,000
COMFACAUCA		7	$280,000
EPS	3	7	$378,600
EMSSANAR		1	$1,600
S.O.S. SERVICIO OCCIDENTAL DE SALUD S.A.		1	$46,400
SANITAS		5	$330,600
ICBF	1	1	$34,800
INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR		1	$34,800
SENA	1	1	$23,200
SENA		1	$23,200
SUBTOTAL			$2,141,100
COMISION OPERADOR			$0
IVA			$0
TOTAL			$2,141,100

Canales de Pago

BANCARIOS	NO BANCARIOS
Banco AV Villas, Banco de Occidente, Banco de Bogotá	[redacted], Efecty, Baloto, Gana

Cajas registradoras de los almacenes
Monto máximo por transacción $9.999.999

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 76325233		YIMMI MAURICIO LOPEZ MACA	B - MENOS DE 200 COTIZANTES	Principal	CL 16 1E 27	POPAYAN-CAUCA	8211111	Si

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2023-03	2023-04		9449189366	E	2023/04/12			0	

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO				NOVEDADES																	PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS					PARAFISCALES				
No.	Identificación		Nombre	ing	ret	tde	tae	tdp	tap	vsp	cor	vst	sln	ige	lma	vac	avp	vct	irl	vip	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Tarifa	Aporte	Dias	IBC	Aporte	Exonerado SENA e ICBF	Total Aportes
SUCURSAL: Principal (7 Afiliados)																							**$6,998,667**	**$1,119,800**			**$6,998,667**	**$378,600**			**$6,998,667**	**$280,000**			**$6,998,667**		**$304,700**		**$1,160,000**	**$58,000**		**$2,141,100**
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (7 Afiliados)																							**$6,998,667**	**$1,119,800**			**$6,998,667**	**$378,600**			**$6,998,667**	**$280,000**			**$6,998,667**		**$304,700**		**$1,160,000**	**$58,000**		**$2,141,100**
Ciudad: POPAYAN Depto: CAUCA (7 Afiliados)																							**$6,998,667**	**$1,119,800**			**$6,998,667**	**$378,600**			**$6,998,667**	**$280,000**			**$6,998,667**		**$304,700**		**$1,160,000**	**$58,000**		**$2,141,100**
1	CC	1061817300	LOPEZ SEBASTIAN																		230301	30	$1,160,000	$185,600	EPS005	30	$1,160,000	$145,000	CCF14	30	$1,160,000	$46,400	14-23	30	$1,160,000	4.350%	$50,500	30	$1,160,000	$58,000	No	$485,500
2	CC	1061760148	MACA JONATHAN	X																	230301	1	$38,667	$6,200	ESSC18	1	$38,667	$1,600	CCF14	1	$38,667	$1,600	14-23	1	$38,667	4.350%	$1,700	1	$0	$0	Si	$11,100
3	CC	4613021	MACA NORALDO	X																	230301	30	$1,160,000	$185,600	EPS018	30	$1,160,000	$46,400	CCF14	30	$1,160,000	$46,400	14-23	30	$1,160,000	4.350%	$50,500	30	$0	$0	Si	$328,900
4	CC	1061720095	MACA VICTOR																		230301	30	$1,160,000	$185,600	EPS005	30	$1,160,000	$46,400	CCF14	30	$1,160,000	$46,400	14-23	30	$1,160,000	4.350%	$50,500	30	$0	$0	Si	$328,900
5	CC	1061752471	ORTEGA DIDIER																		230301	30	$1,160,000	$185,600	EPS005	30	$1,160,000	$46,400	CCF14	30	$1,160,000	$46,400	14-23	30	$1,160,000	4.350%	$50,500	30	$0	$0	Si	$328,900
6	CC	10536540	SOLIS VICTOR	X																	25-14	30	$1,160,000	$185,600	EPS005	30	$1,160,000	$46,400	CCF14	30	$1,160,000	$46,400	14-23	30	$1,160,000	4.350%	$50,500	30	$0	$0	Si	$328,900
7	CC	6429988	VALENZUELA MARCO																		230301	30	$1,160,000	$185,600	EPS005	30	$1,160,000	$46,400	CCF14	30	$1,160,000	$46,400	14-23	30	$1,160,000	4.350%	$50,500	30	$0	$0	Si	$328,900
Total			**Afiliados(7)**																				$6,998,667	$1,119,800			$6,998,667	$378,600			$6,998,667	$280,000			$6,998,667		$304,700		$1,160,000	$58,000		$2,141,100

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 76325233		YIMMI MAURICIO LOPEZ MACA	B - MENOS DE 200 COTIZANTES	Principal	CL 16 1E 27	POPAYAN-CAUCA	8211111	Si

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2023-03	2023-04		9449189366	E	2023/04/12			0	

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 2)				7	$1,119,800	$0	$0	$1,119,800
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	1	$185,600	$0	$0	$185,600
PORVENIR	230301	800,224,808	8	6	$934,200	$0	$0	$934,200
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				7	$304,700	$0	$0	$304,700
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	7	$304,700	$0	$0	$304,700
CCF (ADMINISTRADORAS: 1)				7	$280,000	$0	$0	$280,000
COMFACAUCA	CCF14	891,500,182	0	7	$280,000	$0	$0	$280,000
EPS (ADMINISTRADORAS: 3)				7	$378,600	$0	$0	$378,600
EMSSANAR	ESSC18	901,021,565	8	1	$1,600	$0	$0	$1,600
S.O.S. SERVICIO OCCIDENTAL DE SALUD S.A.	EPS018	805,001,157	2	1	$46,400	$0	$0	$46,400
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	5	$330,600	$0	$0	$330,600
ICBF (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$34,800	$0	$0	$34,800
INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR	PAICBF	899,999,239	2	1	$34,800	$0	$0	$34,800
SENA (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$23,200	$0	$0	$23,200
SENA	PASENA	899,999,034	1	1	$23,200	$0	$0	$23,200
TOTAL				**7**	**$2,141,100**	**$0**	**$0**	**$2,141,100**



Planilla Resumen

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
NIT 901096894	8	AGV INGENIERIA Y ESTRUCTURAS SAS	B - MENOS DE 200 COTIZANTES	PORTOBELLO	CARRERA 8 17 N 15 OF 603	POPAYAN-CAUCA	3242773260	Si

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2023-03	2023-04	2007709606	9449268600	E	2023/04/26	2023/04/04	BANCOLOMBIA	0	$8,838,700

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	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Dias	IBC	Aporte	Exonerado SENA e ICBF	Total Aportes
1	CC	1060987703	ANACONA ANACONA JHON JAIRO																		230201	30	$1,410,000	$225,600	EPS005	30	$1,410,000	$56,400	CCF14	30	$1,410,000	$56,400	14-23	30	$1,410,000	$98,200	30	$0	$0	Si	$436,600
2	CC	10510125	ANACONA CAMPO RAMIRO																		230201	30	$1,160,000	$185,600	EPS037	30	$1,160,000	$46,400	CCF14	30	$1,160,000	$46,400	14-23	30	$1,160,000	$80,800	30	$0	$0	Si	$359,200
3	CC	1061769793	ANAYA ILES YON FERNANDO																		230301	30	$1,160,000	$185,600	EPS018	30	$1,160,000	$46,400	CCF14	30	$1,160,000	$46,400	14-23	30	$1,160,000	$80,800	30	$0	$0	Si	$359,200
4	CC	1061793513	ASTAIZA SANTIAGO YESID FABIAN		X																230301	5	$193,334	$31,000	EPSIC3	5	$193,334	$7,800	CCF14	5	$193,334	$7,800	14-23	5	$193,334	$13,500	5	$0	$0	Si	$60,100
5	CC	76336185	BENAVIDES OLIVER																		231001	30	$1,160,000	$185,600	EPS005	30	$1,160,000	$46,400	CCF14	30	$1,160,000	$46,400	14-23	30	$1,160,000	$80,800	30	$0	$0	Si	$359,200
6	CC	1061734853	BOLAÑOS ULCUE MILLER HERNAN																		230301	29	$1,121,334	$179,500	EPS037	29	$1,121,334	$44,900	CCF14	29	$1,121,334	$44,900	14-23	29	$1,121,334	$78,100	29	$0	$0	Si	$347,400
7	CC	1061734853	BOLAÑOS ULCUE MILLER HERNAN											X							230301	1	$38,667	$6,200	EPS037	1	$38,667	$1,600	CCF14	0	$0	$0	14-23	1	$38,667	$0	0	$0	$0	Si	$7,800
8	CC	10549674	BUITRON MENDOZA JOSE DEMETRIO																		25-14	25	$966,667	$154,700	EPS005	25	$966,667	$38,700	CCF14	25	$966,667	$38,700	14-23	25	$966,667	$67,300	25	$0	$0	Si	$299,400
9	CC	10549674	BUITRON MENDOZA JOSE DEMETRIO																X		25-14	5	$193,334	$31,000	EPS005	5	$193,334	$7,800	CCF14	0	$0	$0	14-23	5	$193,334	$0	0	$0	$0	Si	$38,800
10	CC	1061706214	CERON ARIAS JORGE IVAN		X																231001	5	$197,500	$31,600	EPS005	5	$197,500	$7,900	CCF14	5	$197,500	$7,900	14-23	5	$197,500	$13,800	5	$0	$0	Si	$61,200
11	CC	4698988	CHILITO ANACONA BOLIVAR																		230301	30	$1,160,000	$185,600	EPSIC3	30	$1,160,000	$46,400	CCF14	30	$1,160,000	$46,400	14-23	30	$1,160,000	$80,800	30	$0	$0	Si	$359,200
12	CC	83239091	CHILITO MORENO JAIME																		231001	30	$1,160,000	$185,600	EPS005	30	$1,160,000	$46,400	CCF14	30	$1,160,000	$46,400	14-23	30	$1,160,000	$80,800	30	$0	$0	Si	$359,200
13	CC	1061772806	CHITO UNI ALEXANDER																X		230301	24	$928,000	$148,500	EPS018	24	$928,000	$37,200	CCF14	0	$0	$0	14-23	24	$928,000	$0	0	$0	$0	Si	$185,700
14	CC	1061772806	CHITO UNI ALEXANDER										X								230301	6	$232,000	$27,900	EPS018	6	$232,000	$0	CCF14	6	$232,000	$0	14-23	6	$232,000	$0	6	$0	$0	Si	$27,900
15	CC	1061821726	CUCUÑAME CAMPO NAREEN FABIAN		X																230301	30	$1,160,000	$185,600	EPS037	30	$1,160,000	$46,400	CCF14	30	$1,160,000	$46,400	14-23	30	$1,160,000	$80,800	30	$0	$0	Si	$359,200
16	CC	87470704	DIAZ DIAZ BENIGNO																		230301	25	$966,667	$154,700	EPSIC3	25	$966,667	$38,700	CCF14	25	$966,667	$38,700	14-23	25	$966,667	$67,300	25	$0	$0	Si	$299,400
17	CC	87470704	DIAZ DIAZ BENIGNO																X		230301	5	$193,334	$31,000	EPSIC3	5	$193,334	$7,800	CCF14	0	$0	$0	14-23	5	$193,334	$0	0	$0	$0	Si	$38,800
18	CC	1061689198	FLOR ATOY JOSELITO		X																231001	30	$1,160,000	$185,600	EPS005	30	$1,160,000	$46,400	CCF14	30	$1,160,000	$46,400	14-23	30	$1,160,000	$80,800	30	$0	$0	Si	$359,200
19	CC	1061795477	HOYOS ZAMBRANO MAYER ANDRES																		230301	30	$1,160,000	$185,600	ESSC18	30	$1,160,000	$46,400	CCF14	30	$1,160,000	$46,400	14-23	30	$1,160,000	$80,800	30	$0	$0	Si	$359,200
20	CC	14620791	IJAJI TIMANA ALEXANDER		X																230301	26	$1,005,334	$160,900	ESSC18	26	$1,005,334	$40,300	CCF14	26	$1,005,334	$40,300	14-23	26	$1,005,334	$70,000	26	$0	$0	Si	$311,500
21	CC	1107040617	IJAJI TIMANA FRANKY WUILLAM																		230301	30	$1,160,000	$185,600	ESSC18	30	$1,160,000	$46,400	CCF14	30	$1,160,000	$46,400	14-23	30	$1,160,000	$80,800	30	$0	$0	Si	$359,200
22	CC	76335628	IMBACHI TIMANA FREDY ARMANDO		X																230301	30	$1,160,000	$185,600	EPSIC3	30	$1,160,000	$46,400	CCF14	30	$1,160,000	$46,400	14-23	30	$1,160,000	$80,800	30	$0	$0	Si	$359,200
23	CC	4698914	JIMENEZ CHICANGANA EDGAR ANTONIO																		231001	30	$1,160,000	$185,600	EPSIC3	30	$1,160,000	$46,400	CCF14	30	$1,160,000	$46,400	14-23	30	$1,160,000	$80,800	30	$0	$0	Si	$359,200
24	CC	12753090	JOJOA DELGADO JORGE ARMANDO																		230301	30	$1,160,000	$185,600	ESSC18	30	$1,160,000	$46,400	CCF14	30	$116,000	$4,700	14-23	30	$1,160,000	$80,800	30	$0	$0	Si	$317,500
25	CC	1002968752	LAME CHANTRE KEVIN JULIAN		X																230301	3	$116,000	$18,600	ESSC62	3	$116,000	$4,700	CCF14	3	$116,000	$4,700	14-23	3	$116,000	$8,100	3	$0	$0	Si	$36,100
26	CC	25288074	MELENGE AGREDO SANDRA LORENA	X	X																230301	29	$1,121,334	$179,500	ESSC62	29	$1,121,334	$44,900	CCF14	29	$1,121,334	$44,900	14-23	29	$1,121,334	$78,100	29	$0	$0	Si	$347,400
27	CC	1060986102	MUÑOZ JIMENEZ CARLOS																		230301	30	$1,160,000	$185,600	EPS005	30	$1,160,000	$46,400	CCF14	30	$1,160,000	$46,400	14-23	30	$1,160,000	$80,800	30	$0	$0	Si	$359,200
28	CC	76316921	MUÑOZ RUANO HUGO EXCI																		230301	30	$1,160,000	$185,600	ESSC62	30	$1,160,000	$46,400	CCF14	30	$1,160,000	$46,400	14-23	30	$1,160,000	$80,800	30	$0	$0	Si	$359,200
29	CC	4622308	MUÑOZ WSBALDO	X	X																231001	10	$386,667	$61,900	EPS018	10	$386,667	$15,500	CCF14	10	$386,667	$15,500	14-23	10	$386,667	$27,000	10	$0	$0	Si	$119,900
30	CC	1114452129	RIVERA GONZALEZ JHON GERARDO		X																230301	30	$1,160,000	$185,600	ESSC18	30	$1,160,000	$46,400	CCF14	30	$1,160,000	$46,400	14-23	30	$1,160,000	$80,800	30	$0	$0	Si	$359,200

Planilla Resumen

31	CC	87104736	RODRIGUEZ CEBALLOS JOSE LUIS																		25-14	30	$1,160,000	$185,600	EPS005	30	$1,160,000	$46,400	CCF14	30	$1,160,000	$46,400	14-23	30	$1,160,000	$80,800	30	$0	$0	Si	$359,200
32	CC	1002970959	SANDOVAL BURBANO JUAN PABLO		X																230301	2	$77,334	$12,400	EPS005	2	$77,334	$3,100	CCF14	2	$77,334	$3,100	14-23	2	$77,334	$5,400	2	$0	$0	Si	$24,000
33	CC	76325736	SANDOVAL CAPOTE VLADIMIR		X																230301	11	$425,334	$68,100	ESSC18	11	$425,334	$17,100	CCF14	11	$425,334	$17,100	14-23	11	$425,334	$29,700	11	$0	$0	Si	$132,000
34	CC	76296314	TROCHEZ CARLOS																		230301	30	$1,160,000	$185,600	EPS005	30	$1,160,000	$46,400	CCF14	30	$1,160,000	$46,400	14-23	30	$1,160,000	$80,800	30	$0	$0	Si	$359,200
Total	**Afiliados(30)**																						$29,292,840	$4,678,300			$29,292,840	$1,163,200			$26,895,505	$1,067,100			$29,292,840	$1,930,100		$0	$0		$8,838,700

PLANILLA PAGADA

Planilla Resumen

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
NIT 901096894	8	AGV INGENIERIA Y ESTRUCTURAS SAS	B - MENOS DE 200 COTIZANTES	PORTOBELLO	CARRERA 8 17 N 15 OF 603	POPAYAN-CAUCA	3242773260	Si

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2023-03	2023-04	2007709606	9449268600	E	2023/04/26	2023/04/04	BANCOLOMBIA	0	$8,838,700

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 4)				30	$4,678,300	$0	$0	$4,678,300
COLFONDOS	231001	800,227,940	6	6	$835,900	$0	$0	$835,900
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	2	$371,300	$0	$0	$371,300
PORVENIR	230301	800,224,808	8	20	$3,059,900	$0	$0	$3,059,900
PROTECCION	230201	800,229,739	0	2	$411,200	$0	$0	$411,200
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				30	$1,930,100	$0	$0	$1,930,100
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	30	$1,930,100	$0	$0	$1,930,100
CCF (ADMINISTRADORAS: 1)				30	$1,067,100	$0	$0	$1,067,100
COMFACAUCA	CCF14	891,500,182	0	30	$1,067,100	$0	$0	$1,067,100
EPS (ADMINISTRADORAS: 6)				30	$1,163,200	$0	$0	$1,163,200
A.I.C.	EPSIC3	817,001,773	3	5	$193,500	$0	$0	$193,500
ASMET SALUD EPS SAS	ESSC62	900,935,126	7	3	$96,000	$0	$0	$96,000
EMSSANAR	ESSC18	901,021,565	8	6	$243,000	$0	$0	$243,000
NUEVA E.P.S.	EPS037	900,156,264	2	3	$139,300	$0	$0	$139,300
S.O.S. SERVICIO OCCIDENTAL DE SALUD S.A.	EPS018	805,001,157	2	3	$99,100	$0	$0	$99,100
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	10	$392,300	$0	$0	$392,300
TOTAL				**30**	**$8,838,700**	**$0**	**$0**	**$8,838,700**

COMPROBANTE DE RADICACIÓN DE LA AFILIACIÓN DEL DIA 19/04/2023

DATOS DE LA EMPRESA

Tipo documento:	NI	**Número de documento:**	901096894	**Cédula Usuario:**	CC 1061764613
Nombre:	AGV INGENIERIA Y ESTRUCTURAS SAS				
Dirección:	KR 8 17NORTE 15 OF 603				
Departamento:	CAUCA		**Municipio:**	POPAYAN	
Correo electrónico:	contabilidad@agvingenieria.com.co				
Teléfono:	3107009919		**Tarifa:**	6.960	
Actividad Económica:	5411101 CONSTRUCCION DE EDIFICIOS RESIDENCIALES, INCLUYE LA CONSTRUCCION DE TODO TIPO DE EDIFICIOS RESIDENCIALES, CASAS Y EDIFICIOS, MONTAJE DE CUBIERTAS METALICAS, PUERTAS, VENTANAS, CONSTRUCCIONES PREFABRICADAS, REFORMA O RENOVACION DE ESTRUCTURAS RESIDENCIALES EXISTENTES				

DATOS DEL USUARIO QUE REALIZA LA RADICACIÓN

Cédula Usuario	Nombres y Apellidos del Usuario
CC 1061764613	YISSEL NATALIA AGREDO VELASCO

DATOS AFILIADOS RADICADOS

	Radicado	Cobertura	Documento	Nombre Trabajador	Riesgo	Tarifa	Tipo
1	183	20/04/2023	CC 34340691	MEZA LOPEZ CARMEN	5	6.96000	**Dependiente**

OBSERVACIONES

Si tiene alguna duda con respecto a la tarifa o actividad económica de sus afiliados por favor diríjase a la oficina de POSITIVA más cercana o comuníquese con nuestra línea gratuita de atención a nivel nacional 01-8000-111-170 y en Bogotá al 3307000.

Cordial saludo,

Gerencia de Afiliaciones y Novedades
Positiva Compañía de Seguros S.A.

5D81A628C2FCF24E75001293CA982D41 Certificado impreso el día 4/19/2023 3:08:35 PM por el portal de empresas Edesk


POSITIVA
EN CASO DE ACCIDENTE DE TRABAJO
Diríjase a la Institución Prestadora de Salud (IPS) asignada en la línea Positiva 01 8000 111 170, en Bogotá (601) 330 7000.
www.positiva.gov.co
LA ASEGURADORA DE TODOS LOS COLOMBIANOS
POSITIVA
CARMEN ELISA
MEZA LOPEZ
34340691
AGV INGENIERIA Y ESTRUCTURAS SAS
901096894

Bogota 22.04.2023

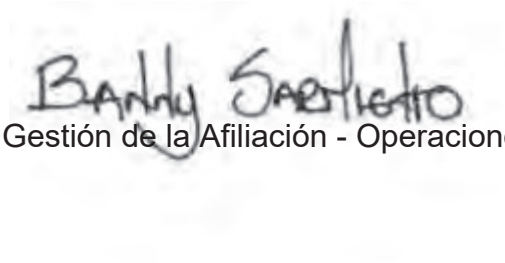
Señores,
INGENIES INGENIERIA Y ESTRUCTURAS SAS - NI 901096894
Ciudad

Asunto : CERTIFICADO DE RADICACION

Respetados Señores :

Por medio del presente nos permitimos CERTIFICAR el recibido de 1 usuarios enviados para tramite de novedad web radicadas el 2023-04-22 con numero de radicado3703123 :

Cordialmente,



Gestión de la Afiliación - Operaciones - EPS Sanitas

NUMERO DE RADICADO : 3703123

Popayán, 21 de abril del 2023

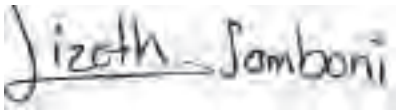
Señores
E.P.S SANITAS
Popayán

Referencia: Solicitud Radiación Novedades Masivas

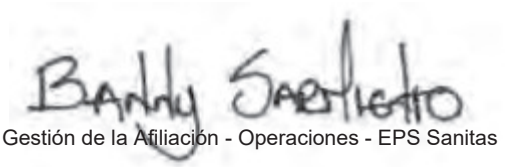
Se solicita registrar la novedad de ingreso de los siguientes trabajadores a nombre de INGENIES INGENIERIA Y ESTRUCTURAS SAS con Nit. 901.096.894.

CEDULA	NOMBRES	SALARIO	AFP	FECHA INGRESO	CARGO	DIRECCION	TELEFONO	CORREO
34340691	CARMEN ELISA MEZA LOPEZ	$ 1.160.000	COLPENSIONES	20 DE ABRIL 2023	INSPECTOR SST	CARRERA 20 # 63N-55 EL UVO	3146830831	seguridadsocial@agvingenieria.com.co

Cordalmente.



LIZETH DAYANNE SAMBONI PEREZ
C.C 1.061.795.557
Aux Administrativa INGENIES SAS
Afiliaciones



Gestión de la Afiliación - Operaciones - EPS Sanitas

LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES

CERTIFICA QUE

Verificada la base de datos de afiliados, el/la señor/a **CARMEN ELISA MEZA LOPEZ** identificado/a con documento de identidad **Cédula de Ciudadanía** número **34340691,** se encuentra afiliado/a desde **24/09/2009** al Régimen de Prima Media con Prestación Definida (RPM) administrado por la Administradora Colombiana de Pensiones **COLPENSIONES**.

La presente certificación se expide en Bogotá, el día 20 de abril de 2023.



Rosa Mercedes Nino Amaya
Dirección de Afiliaciones

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

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Notificación de radicado de Afiliación, Sujeto a verificación

Num. Afiliación 202613

Radicado 359900

Estado de afiliación Afiliado

Nombre del Trabajador CARMEN ELISA MEZA LOPEZ

Identificación 34340691

Fecha de Preafiliación 2023-04-20

Fecha de Generación 2023-04-24

BENEFICIARIOS RELACIONADOS

IDENT.	NOMBRE	PARENTESCO	EDAD
4628267	JHON JAMER DORADO ORTIZ	CONYUGE	41
1059236290	VALENTINA DORADO MEZA	HIJO	17
1061780912	JUAN DIEGO DORADO MEZA	HIJO	9

NO TIENE BENEFICIARIOS RELACIONADOS A ESTA AFILIACION

(###)= Afiliación Antigua sin radicado asignado

Imprimir

COMPROBANTE DE RADICACIÓN DE LA AFILIACIÓN DEL DIA 25/04/2023

DATOS DE LA EMPRESA

Tipo documento:	NI	**Número de documento:**	901096894	**Cédula Usuario:**	CC 1061764613
Nombre:	AGV INGENIERIA Y ESTRUCTURAS SAS				
Dirección:	PQ INDUSTRIAL MZ C LT 1				
Departamento:	CAUCA		**Municipio:**	POPAYAN	
Correo electrónico:	contabilidad@agvingenieria.com.co				
Teléfono:	3107009919		**Tarifa:**	6.960	
Actividad Económica:	5411101 CONSTRUCCION DE EDIFICIOS RESIDENCIALES, INCLUYE LA CONSTRUCCION DE TODO TIPO DE EDIFICIOS RESIDENCIALES, CASAS Y EDIFICIOS, MONTAJE DE CUBIERTAS METALICAS, PUERTAS, VENTANAS, CONSTRUCCIONES PREFABRICADAS, REFORMA O RENOVACION DE ESTRUCTURAS RESIDENCIALES EXISTENTES				

DATOS DEL USUARIO QUE REALIZA LA RADICACIÓN

Cédula Usuario	Nombres y Apellidos del Usuario
CC 1061764613	YISSEL NATALIA AGREDO VELASCO

DATOS AFILIADOS RADICADOS

	Radicado	Cobertura	Documento	Nombre Trabajador	Riesgo	Tarifa	Tipo
1	186	26/04/2023	CC 1143981781	MANQUILLO MOMPOTES CRISTIAN	5	6.96000	**Dependiente**

OBSERVACIONES

Si tiene alguna duda con respecto a la tarifa o actividad económica de sus afiliados por favor diríjase a la oficina de POSITIVA más cercana o comuníquese con nuestra línea gratuita de atención a nivel nacional 01-8000-111-170 y en Bogotá al 3307000.

Cordial saludo,

Gerencia de Afiliaciones y Novedades
Positiva Compañía de Seguros S.A.

347109BB0D83B55704122EC4D8DDE9D1 Certificado impreso el día 4/25/2023 5:17:26 PM por el portal de empresas Edesk


POSITIVA
EN CASO DE ACCIDENTE DE TRABAJO
Diríjase a la Institución Prestadora de Salud (IPS) asignada en la línea Positiva 01 8000 111 170, en Bogotá (601) 330 7000.
www.positiva.gov.co
LA ASEGURADORA DE TODOS LOS COLOMBIANOS
POSITIVA
CRISTIAN ARLEY
MANQUILLO MOMPOTES
1143981781
AGV INGENIERIA Y ESTRUCTURAS SAS
901096894

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

Esta afiliación se encuentra radicada en el sistema de información de ASOCIACIÓN INDÍGENA DEL CAUCA
Formulario No. 10177913355418
Fecha de radicación 28/04/2021

ÉPICO

I. DATOS TRÁMITE

Tipo de Trámite	Tipo de afiliación	Régimen
A.Afiliación [ ] B.Reporte de Novedades [X]	A. Individual: Cotizante o Cabeza de familia [X] / Beneficiario o afiliado adicional [ ]; B.Colectiva [ ] C. Institucional [ ] D.De oficio [ ]	A.Contributivo [X] / B.Subsidiado [ ]

Tipo de afiliado	Tipo de Cotizante	Código
A.Cotizante [X] B.Cabeza de familia [ ] C.Beneficiario [ ]	A.Dependiente [X] B.Independiente [ ] C.Pensionado [ ]	Registrar por la EPS [ ]

A. AFILIACIÓN

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

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre
MANDIGUILO	MOMPOTES	YHISTIAN	ARLEY
Tipo de documento de identidad	Número de documento de identidad	Sexo	Fecha de nacimiento
CC	1143961781	Femenino [ ] Masculino [X]	14/06/1996

III. DATOS COMPLEMENTARIOS DE IDENTIFICACIÓN (del cotizante o cabeza de familia)

Datos personales

Etnia	Discapacidad	Condición	Puntaje SISBEN	Grupo de población especial
10 – Indígena	Ninguna		0.00	

Administradora de Riesgos Laborales	Administradora de Pensiones	Ingreso base de cotización IBC
14-28 ARL Sura	230301 Fondo de Pensiones y Cesantías Porvenir	$ 1.160.000

Dirección Residencia	Teléfono fijo	Celular	Correo electrónico cotizante
VDA CHAPIO		3172759295	seguridadsocial@agvingenieria.com.co

Municipio/Distrito	Zona	Localidad/Comuna	Departamento
PURACE	Urbana [ ] Rural [X]	0001 - CENTRO	CAUCA

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR

NO HAY BENEFICIARIOS EN EL GRUPO FAMILIAR

Selección de la IPS Primaria

No.	Nombre de la IPS primaria	Código de la IPS
0	PUNTO DE ATENCION PURACE - KR 5 # 3-50	190010904 1 Sede: 579

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

Nombre o Razón social	Identificación	Tipo de aportante o pagador de pensiones
AGV INGENIERIA Y ESTRUCTURAS SAS	NI901068894	

Dirección	Teléfono	Correo electrónico	Municipio/Distrito	Departamento
KR 8 17 15		contabilidad@agvingenieria.com.co	POPAYÁN	CAUCA

II. REPORTE DE NOVEDADES

Tipo Novedad

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

VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre	Identificación	Edad	Fecha de nacimiento

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

Esta afiliación se encuentra radicada en el sistema de información de ASOCIACIÓN INDÍGENA DEL CAUCA
Formulario No. 10177913355418
Fecha de radicación 28/04/2023

EPSIC3

Fecha	EPS anterior	Motivo del traslado	Caja de compensación familiar o pagador de pensiones
26/04/2023			

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

- [X] Declaración de dependencia económica de los beneficiarios y afiliados adicionales
- [X] Declaración de la no obligación de afiliarse al Régimen Contributivo, Especial o de Excepción
- [X] Declaración de existencia de causas de fuerza mayor o caso fortuito que impiden la entrega de los documentos que acreditan la condición de beneficiarios
- [X] Autorización para que la EPS solicite y obtenga datos y copia de la Historia clínica del cotizante cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales
- [X] Autorización para que la EPS incorpore en su información lo que se genere de la afiliación o del reporte novedades en la base de datos de afiliados, maestra y a las entidades públicas que por sus funciones lo requieran
- [X] 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 señalado en la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013.
- [X] Autorización para que la EPS envíe información al correo electrónico o al celular datos mensajes de texto

VIII. FIRMAS

Cristian Arley Ma.
El cotizante, cabeza de familia o beneficiario

El empleador, operante o entidad responsable de la afiliación colectiva, institucional o de oficio

IX. ANEXOS

- [X] Sí. Anexo copia de documento de identidad

	CN	RC	TI	CE	PA	CR	CD	SC	Total
Cantidad				1					1

- [ ] Certificación de vinculación a una administradora autorizada para realizar afiliaciones colectivas
- [ ] Copia de la autorización de traslado por parte de la Superintendencia Nacional de Salud
- [ ] 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 unión marital
- [ ] Copia de la orden judicial o decreto administrativo de custodia
- [ ] 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
- [ ] Copia del certificado de adopción o acta de entrega del menor
- [ ] Copia del dictamen de incapacidad permanente emitido por la autoridad competente
- [ ] Copia del registro civil de matrimonio o de la escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la unión marital
- [ ] Documento en que conste la pérdida de la patria potestad, o el certificado de defunción de los padres o la declaración escrita por el cotizante sobre la ausencia de los dos padres

X. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL

Municipio Entidad Territorial	Departamento Entidad Territorial	No ficha SISBEN	Puntaje SISBEN	Nivel SISBEN	Fecha radicación	Fecha validación

Primer apellido Funcionario	Segundo apellido Funcionario	Primer nombre Funcionario	Segundo nombre Funcionario	Firma del Funcionario

Tipo de documento de identificación	Número de identificación

Observaciones
Observaciones
Empresa / Asesor: CLAUDIA PATRICIA URREGO BARRIOS, Sucursal:, Teléfono:, Correo Electrónico:clapa1369@gmail.com
Puede verificar la autenticidad de este formulario en la página web de ASOCIACIÓN INDÍGENA DEL CAUCA e ingresando el código: 6B2A4A46-BA72-4B20-B
Url: https://contributivo.airgafsb.org.co/Pub0m/frmAutoAfiliar/pages/DSR.aspx

	CERTIFICACION DE ENTREGA DE LA CARTA DE DERECHOS Y DEBERES DEL AFILIADO Y DEL PACIENTE EN EL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD Y DE LA CARTA DE DESEMPEÑO DE LA EPS	VERSION 1	EDICION Mayo de 2016
		CODIGO FUPS-GCY-02	Hoja 1 de 1

A CONTINUACION SE PRESENTAN UNAS BREVES PREGUNTAS PARA CERTIFICAR LA INFORMACION PROPORCIONADA POR ASOCIACION INDIGENA DEL CABCA EN EL MOMENTO DE SU AFILIACION, FAVOR MARCAR CON UNA "X" EN SI o NO, SEGÚN SEA EL CASO:

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

CC1143981781 CRISTIAN ARLEY MANQUILLO MOMPOTES

En constancia se firma a los 28 del mes de abl. de 2023

Nombre y documento de identidad del afiliado que certifica:

CC1143981781 CRISTIAN ARLEY MANQUILLO MOMPOTES

Cristian Arley.

FIRMA AFILIADO

Si el afiliado no sabe o no puede firmar, el diligenciamiento y suscripción de este formato se efectuará por la persona a quien el ruegue, lo cual deberá ser ratificado por el afiliado a través de su huella.

FIRMA A RUEGO

Nombres y apellidos:

Documento de Identidad: Edad:

Domicilio (Dirección y ciudad):

HUELLA AFILIADO

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:

CRISTIAN ARLEY MANQUILLO MOMPOTES, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.143.981.781**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 26 de Abril del 2023.

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.

COMPROBANTE DE RADICACIÓN DE LA AFILIACIÓN DEL DIA 25/04/2023

DATOS DE LA EMPRESA

Tipo documento:	NI	**Número de documento:**	901096894	**Cédula Usuario:**	CC 1061764613
Nombre:	AGV INGENIERIA Y ESTRUCTURAS SAS				
Dirección:	PQ INDUSTRIAL MZ C LT 1				
Departamento:	CAUCA		**Municipio:**	POPAYAN	
Correo electrónico:	contabilidad@agvingenieria.com.co				
Teléfono:	3107009919		**Tarifa:**	6.960	
Actividad Económica:	5411101 CONSTRUCCION DE EDIFICIOS RESIDENCIALES, INCLUYE LA CONSTRUCCION DE TODO TIPO DE EDIFICIOS RESIDENCIALES, CASAS Y EDIFICIOS, MONTAJE DE CUBIERTAS METALICAS, PUERTAS, VENTANAS, CONSTRUCCIONES PREFABRICADAS, REFORMA O RENOVACION DE ESTRUCTURAS RESIDENCIALES EXISTENTES				

DATOS DEL USUARIO QUE REALIZA LA RADICACIÓN

Cédula Usuario	Nombres y Apellidos del Usuario
CC 1061764613	YISSEL NATALIA AGREDO VELASCO

DATOS AFILIADOS RADICADOS

	Radicado	Cobertura	Documento	Nombre Trabajador	Riesgo	Tarifa	Tipo
1	187	26/04/2023	CC 10545945	ESCOBAR PISSO LUIS	5	6.96000	**Dependiente**

OBSERVACIONES

Si tiene alguna duda con respecto a la tarifa o actividad económica de sus afiliados por favor diríjase a la oficina de POSITIVA más cercana o comuníquese con nuestra línea gratuita de atención a nivel nacional 01-8000-111-170 y en Bogotá al 3307000.

Cordial saludo,

Gerencia de Afiliaciones y Novedades
Positiva Compañía de Seguros S.A.

347109BB0D83B55704122EC4D8DDE9D1 Certificado impreso el día 4/25/2023 5:23:03 PM por el portal de empresas Edesk


POSITIVA
EN CASO DE ACCIDENTE DE TRABAJO
Diríjase a la Institución Prestadora de Salud (IPS) asignada en la línea Positiva 01 8000 111 170, en Bogotá (601) 330 7000.
www.positiva.gov.co
LA ASEGURADORA DE TODOS LOS COLOMBIANOS
POSITIVA
LUIS JAIRO
ESCOBAR PISSO
10545945
AGV INGENIERIA Y ESTRUCTURAS SAS
901096894

NUEVA EPS S.A

NIT: 900156264-2

CERTIFICA QUE:

El 26/04/2023, el empleador INGENIES INGENIERIA Y ESTRUCTURAS SAS identificado con NIT número 901096894 registró la siguiente solicitud de reingreso en nuestro portal transaccional.

NÚMERO DE RADICACIÓN	FECHA DE RADICACIÓN	TIPO DE SOLICITUD
5688780	26/04/2023	Reingresos

DETALLE

TIPO	IDENTIFICACIÓN	NOMBRE COTIZANTE	IBC	CARGO	FECHA
CÉDULA DE CIUDADANÍA	10545945	LUISJAIRO ESCOBAR PISSO	1160000	AYUDANTE DE OBRA	2023-04-26

La siguiente certificación se expide a solicitud del interesado a los 26 días del mes de Abril del año 2023.

Cordialmente,



GERENCIA NACIONAL DE AFILIACIONES

Nueva

LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES

CERTIFICA QUE

Verificada la base de datos de afiliados, el/la señor/a **LUIS JAIRO ESCOBAR PISSO** identificado/a con documento de identidad **Cédula de Ciudadanía** número **10545945,** se encuentra afiliado/a desde **03/02/1997** al Régimen de Prima Media con Prestación Definida (RPM) administrado por la Administradora Colombiana de Pensiones **COLPENSIONES**.

La presente certificación se expide en Bogotá, el día 28 de abril de 2023.

Rosa Mercedes Nino Amaya
Dirección de Afiliaciones

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

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Notificación de radicado de Afiliación, Sujeto a verificación

Num. Afiliación 204046

Radicado 362983

Estado de afiliación Afiliado

Nombre del Trabajador LUIS JAIRO ESCOBAR PISSO

Identificación 10545945

Fecha de Preafiliación 2023-04-27

Fecha de Generación 2023-04-28

BENEFICIARIOS RELACIONADOS

IDENT.	NOMBRE	PARENTESCO	EDAD
34522598	TERESA QUIGUANAS DE MORA	CONYUGE	76

NO TIENE BENEFICIARIOS RELACIONADOS A ESTA AFILIACION

(###)= Afiliación Antigua sin radicado asignado

Imprimir

COMPROBANTE DE RADICACIÓN DE LA AFILIACIÓN DEL DIA 25/04/2023

DATOS DE LA EMPRESA

Tipo documento:	NI	**Número de documento:**	901096894	**Cédula Usuario:**	CC 1061764613
Nombre:	AGV INGENIERIA Y ESTRUCTURAS SAS				
Dirección:	PQ INDUSTRIAL MZ C LT 1				
Departamento:	CAUCA		**Municipio:**	POPAYAN	
Correo electrónico:	contabilidad@agvingenieria.com.co				
Teléfono:	3107009919		**Tarifa:**	6.960	
Actividad Económica:	5411101 CONSTRUCCION DE EDIFICIOS RESIDENCIALES, INCLUYE LA CONSTRUCCION DE TODO TIPO DE EDIFICIOS RESIDENCIALES, CASAS Y EDIFICIOS, MONTAJE DE CUBIERTAS METALICAS, PUERTAS, VENTANAS, CONSTRUCCIONES PREFABRICADAS, REFORMA O RENOVACION DE ESTRUCTURAS RESIDENCIALES EXISTENTES				

DATOS DEL USUARIO QUE REALIZA LA RADICACIÓN

Cédula Usuario	Nombres y Apellidos del Usuario
CC 1061764613	YISSEL NATALIA AGREDO VELASCO

DATOS AFILIADOS RADICADOS

	Radicado	Cobertura	Documento	Nombre Trabajador	Riesgo	Tarifa	Tipo
1	188	26/04/2023	CC 76309662	MANQUILLO MAZABUEL RAMIRO	5	6.96000	**Dependiente**

OBSERVACIONES

Si tiene alguna duda con respecto a la tarifa o actividad económica de sus afiliados por favor diríjase a la oficina de POSITIVA más cercana o comuníquese con nuestra línea gratuita de atención a nivel nacional 01-8000-111-170 y en Bogotá al 3307000.

Cordial saludo,

Gerencia de Afiliaciones y Novedades
Positiva Compañía de Seguros S.A.

347109BB0D83B55704122EC4D8DDE9D1 Certificado impreso el día 4/25/2023 5:27:48 PM por el portal de empresas Edesk


POSITIVA
EN CASO DE ACCIDENTE DE TRABAJO
Diríjase a la Institución Prestadora de Salud (IPS) asignada en la línea Positiva 01 8000 111 170, en Bogotá (601) 330 7000.
www.positiva.gov.co
LA ASEGURADORA DE TODOS LOS COLOMBIANOS
POSITIVA
RAMIRO
MANQUILLO MAZABUEL
76309662
AGV INGENIERIA Y ESTRUCTURAS SAS
901096894

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

EPS/ICA

Esta afiliación se encuentra radicada en el sistema de información de ASOCIACIÓN INDÍGENA DEL CAUCA
Formulario No. 10177910355418
Fecha de radicación 28/04/2023

I. DATOS TRÁMITE

Tipo de Trámite	Tipo de afiliación	Régimen
A.Afiliación [ ] B.Reporte de Novedades [X]	A. Individual: Cotizante o Cabeza de familia [X]; Beneficiario o afiliado adicional [ ] B.Colectiva [ ] C.Institucional [ ] D. De oficio [ ]	A.Contributivo [X] B.Subsidiado [ ]

Tipo de Afiliado	Tipo de Cotizante	Código
A.Cotizante [X] B.Cabeza de familia [ ] C.Beneficiario [ ]	A.Dependiente [X] B.Independiente [ ] C.Pensionado [ ]	Asignado por la EPS: 1

II. AFILIACIÓN

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

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre
MANCILLA	MAZABUEL	RAMIRO	
Tipo de documento de identidad	Número de documento de identidad	Sexo	Fecha de nacimiento
CC	76309662	Femenino [ ] Masculino [X]	02/12/1969

III. DATOS COMPLEMENTARIOS DE IDENTIFICACIÓN (del cotizante o cabeza de familia)

Datos personales

Etnia	Discapacidad	Condición	Puntaje SISBEN	Grupo de población especial
01 - Indígena	Ninguna		0.00	

Administradora de Riesgos Laborales	Administradora de Pensiones	Ingreso base de cotización (IBC)
14-28- ARL Sura	230301- Fondo de Pensiones y Cesantías Porvenir	$ 1.160.000

Dirección Residencia	Teléfono fijo	Celular	Correo electrónico cotizante
VDA VILLA CAMPO		3116947785	seguridadsocial@agvingeniera.com.co

Municipio/Distrito	Zona	Localidad/Comuna	Departamento
POPAYÁN	Urbana [ ] Rural [X]	0624 - LOS DOS BARZOS	CAUCA

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR

NO HAY BENEFICIARIOS EN EL GRUPO FAMILIAR

Selección de la IPS Primaria

No	Nombre de la IPS primaria	Código de la IPS
0	SERVISALUD DEL CAUCA - Carrera 7 #14N39	190310901 Sede: 531

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

Nombre o Razón social	Identificación	Tipo de aportante o pagador de pensiones
AGV INGENIERIA Y ESTRUCTURAS SAS	901010849	

Dirección	Teléfono	Correo electrónico	Municipio/Distrito	Departamento
KR 8 L7 15		contabilidad@agvingenieria.com.co	POPAYÁN	CAUCA

VI. REPORTE DE NOVEDADES

Tipo Novedad

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

VII. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre	Identificación	Sexo	Fecha de nacimiento

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

Esta afiliación se encuentra radicada en el sistema de información de ASOCIACIÓN INDÍGENA DEL CAUCA
Formulario No. 10177910355418
Fecha de radicación 28/04/2023

EPSI03

Fecha	EPS anterior	Motivo del traslado	Caja de compensación familiar o pagador de pensiones
26/04/2023			

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

- [X] Declaración de dependencia económica de los beneficiarios y afiliados adicionales
- [X] Declaración de la no obligación de afiliarse al Régimen Contributivo, Especial o de Excepción
- [X] Declaración de existencia de razones de fuerza mayor o caso fortuito que impiden la entrega de los documentos que permiten la condición de beneficiarios
- [X] 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] Autorización para que la EPS reporte la información que se genere de la afiliación o del reporte novedades en la base de datos de afiliados vigentes y a las entidades públicas que por sus funciones lo requieran
- [X] 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] Autorización para que la EPS envíe información al correo electrónico o al celular como mensajes de texto

VIII. FIRMAS

Ramiro Murgueitio Mazabel

El cotizante, cabeza de familia o beneficiario

El empleador, aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva, institucional o de oficio

IX. ANEXOS

- [X] Sí. Anexo copia de documento de identidad

	CN	RC	TI	CC	PA	CE	CD	SC	Total
Cantidad				1					1

- [ ] Certificación de vinculados a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas
- [ ] Copia de la autorización de traslado por parte de la Superintendencia Nacional de Salud
- [ ] 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
- [ ] Copia de la orden judicial o decreto administrativo de custodia
- [ ] Copia del acta administrativa o providencia de las autoridades competentes en la que conste la calidad de beneficiario o la orden de afiliación de oficio
- [ ] Copia del certificado de adopción o acta de entrega del menor
- [ ] Copia del dictamen de incapacidad permanente emitido por la autoridad competente
- [ ] Copia del registro civil de matrimonio, o de la escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la unión marital
- [ ] Documento en que conste la petición de la cuota solidaria, o el certificado de defunción de los padres o la declaración jurada por el cotizante ante la ausencia de los dos padres

X. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL

Municipio Entidad Territorial	Departamento Entidad Territorial	No Ficha SISBÉN	Puntaje SISBÉN	Nivel SISBÉN	Fecha radicación	Fecha validación

Primer apellido Funcionario	Segundo apellido Funcionario	Primer nombre Funcionario	Segundo nombre Funcionario	Firma del Funcionario

Tipo de documento de identificación	Número de identificación

Observaciones
Observaciones:
Empresa: Asesor:CLAUDIA PATRICIA OSORIO BARRIOS, Sucursal:, Teléfono:, Correo Electrónico:ciapa130@gmail.com
Puede verificar la autenticidad de este formulario en la página web de ASOCIACIÓN INDÍGENA DEL CAUCA e ingresando el código: 3TUYEDC4-NOED-6XRJ-8
Url: https://consultasbdua.minsalud.gov.co/Publico/ResultadoPublico/pages/CDR.aspx

	CERTIFICACIÓN DE ENTREGA DE LA CARTA DE DERECHOS Y DEBERES DEL AFILIADO Y DEL PACIENTE EN EL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD Y DE LA CARTA DE DESEMPEÑO DE LA EPS	VERSIÓN 1	EDICIÓN Mayo de 2016
		CODIGO FEPS-GRO-02	Hoja 1 de 1

A CONTINUACION SE PRESENTAN UNAS BREVES PREGUNTAS PARA CERTIFICAR LA INFORMACION PROPORCIONADA POR ASOCIACION INDIGENA DEL CAUCA EN EL MOMENTO DE SU AFILIACION. FAVOR MARCAR CON UNA "X" EN SI o NO, SEGÚN SEA EL CASO:

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

CC76309662 RAMIRO MANQUILLO MAZABUEL

En cavasonda se firma a los 26 del mes de abr. de 2023

Nombre y documento de identidad del afiliado que certifica:

CC76309662 RAMIRO MANQUILLO MAZABUEL

Ramiro Manquillo Mazabuel

FIRMA AFILIADO

Si el afiliado no sabe o no puede firmar, el diligenciamiento y suscripción de este formato se efectuará por la persona a quien él otorgue la cual deberá ser ratificado por el afiliado a través de su huella.

FIRMA A RUEGO

Nombres y apellidos:

Documento de identidad: Edad:

Domicilio (Dirección y ciudad):

HUELLA AFILIADO

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:

RAMIRO MANQUILLO MAZABUEL, identificado(a) con cédula de ciudadanía **76.309.662**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 26 de Abril del 2023.

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.

Notificación de radicado de Afiliación, Sujeto a verificación

Num. Afiliación 204049

Radicado 362988

Estado de afiliación Afiliado

Nombre del Trabajador RAMIRO MANQUILLO MAZABUEL

Identificación 76309662

Fecha de Preafiliación 2023-04-27

Fecha de Generación 2023-04-28

BENEFICIARIOS RELACIONADOS

IDENT.	NOMBRE	PARENTESCO	EDAD
34559500	ANA DELIA MOMPOTES PIZO	CONYUGE	51
1061720924	HOHAN STEVAN MANQUILLO MOMPOTES	HIJO	15

NO TIENE BENEFICIARIOS RELACIONADOS A ESTA AFILIACION

(###)= Afiliación Antigua sin radicado asignado

Imprimir

COMPROBANTE DE RADICACIÓN DE LA AFILIACIÓN DEL DIA 26/04/2023

DATOS DE LA EMPRESA

Tipo documento:	NI	**Número de documento:**	901096894	**Cédula Usuario:**	10547237
Nombre:	AGV INGENIERIA Y ESTRUCTURAS SAS				
Dirección:	PQ INDUSTRIAL MZ C LT 1				
Departamento:	CAUCA		**Municipio:**	POPAYAN	
Correo electrónico:	contabilidad@agvingenieria.com.co				
Teléfono:	3107009919		**Tarifa:**	6.960	
Actividad Económica:	5411101 CONSTRUCCION DE EDIFICIOS RESIDENCIALES, INCLUYE LA CONSTRUCCION DE TODO TIPO DE EDIFICIOS RESIDENCIALES, CASAS Y EDIFICIOS, MONTAJE DE CUBIERTAS METALICAS, PUERTAS, VENTANAS, CONSTRUCCIONES PREFABRICADAS, REFORMA O RENOVACION DE ESTRUCTURAS RESIDENCIALES EXISTENTES				

DATOS DEL USUARIO QUE REALIZA LA RADICACIÓN

Cédula Usuario	Nombres y Apellidos del Usuario
10547237	JORGE ALBERTO MUÑOZ QUINTERO

DATOS AFILIADOS RADICADOS

	Radicado	Cobertura	Documento	Nombre Trabajador	Riesgo	Tarifa	Tipo
1	189	25/04/2023	CC 1113535185	ROJAS CAICEDO CARLOS	5	6.960	**Independiente**

OBSERVACIONES

Si tiene alguna duda con respecto a la tarifa o actividad económica de sus afiliados por favor diríjase a la oficina de POSITIVA más cercana o comuníquese con nuestra línea gratuita de atención a nivel nacional 01-8000-111-170 y en Bogotá al 3307000.

Cordial saludo,

Gerencia de Afiliaciones y Novedades
Positiva Compañía de Seguros S.A.

BDAB7F2D0ACEBC52E8657D0EBD4E63A0 Certificado impreso el día 4/26/2023 10:36:23 AM por el portal de cargue masivos

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA
MIS_4_1_3_FR15 v_04
Positiva Compañía de Seguros S.A. • Nit: 860.011.153-6 • Línea gratuita 01-8000-111-170
Bogotá 330-7000 / Portal Web: www.positiva.gov.co
Positiva Compañía de Seguros @PositivaCol PositivaColombia
El emprendimiento es de todos

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:

CARLOS ANDRES ROJAS CAICEDO, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.113.535.185**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 3 de Mayo del 2023.

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.

NUEVA EPS S.A

NIT: 900156264 -2

CERTIFICA QUE:

El 2023-04-27 18:03:57, el afiliado **CARLOS ANDRES ROJAS** identificado con **CC** número **1113535185** realizo una solicitud de reingreso en nuestro Sistema de Afiliación Electrónica **VALE**.

NÚMERO DE RADICACIÓN	FECHA DE RADICACIÓN	TIPO DE SOLICITUD
462009306382	2023-04-27 18:03:57	REINGRESO

DETALLE

TIPO	IDENTIFICACIÓN	NOMBRE COTIZANTE	IBC	CARGO	FECHA REINGRESO
CC	1113535185	CARLOS ANDRES ROJAS	1160000	INDEPENDIENTE	2023-04-25

La siguiente certificación se expide a solicitud del interesado a los 27 días del mes de Abril del año 2023.

aportes en línea

Planilla Resumen

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1085928100		YEINER RUBEN CASTILLO CHAVEZ	B - MENOS DE 200 COTIZANTES	PRINCIPAL	CALLE 30#6-34	POPAYAN-CAUCA	8303456	Si

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2023-03	2023-04	49381385	9449381385	E	2023/04/04	2023/04/11	BANCO AV VILLAS	7	$10,577,100

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	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Dias	IBC	Aporte	Exonerado SENA e ICBF	Total Aportes
1	CC	1059447230	ALZAMORA MONTAÑO PABLO JAVIER	X																	230301	22	$850,667	$136,200	EPS037	22	$850,667	$34,100	CCF14	22	$850,667	$34,100	14-11	22	$850,667	$59,300	22	$0	$0	Si	$263,700
2	CC	1061781663	ANACONA VILLAQUIRAN HILDER YESID																		230201	30	$1,160,000	$185,600	ESSC62	30	$1,160,000	$46,400	CCF14	30	$1,160,000	$46,400	14-11	30	$1,160,000	$80,800	30	$0	$0	Si	$359,200
3	CC	1002820377	BALCAZAR VALENCIA DANIEL FELIPE																		230301	30	$1,160,000	$185,600	EPS018	30	$1,160,000	$46,400	CCF14	30	$1,160,000	$46,400	14-11	30	$1,160,000	$80,800	30	$0	$0	Si	$359,200
4	CC	1143982456	BANGUERO OCORO BLADIMIR	X																	230301	2	$77,334	$12,400	EPS037	2	$77,334	$3,100	CCF14	2	$77,334	$3,100	14-11	2	$77,334	$5,400	2	$0	$0	Si	$24,000
5	CC	1006698299	BECERRA RIVERA JUAN SEBASTIAN	X																	230301	21	$812,000	$130,000	EPS041	21	$812,000	$32,500	CCF14	21	$812,000	$32,500	14-11	21	$812,000	$56,600	21	$0	$0	Si	$251,600
6	CC	1061772087	BENAVIDES FERNANDEZ MICHAEL EFREN		X																230301	1	$38,667	$6,200	EPS005	1	$38,667	$1,600	CCF14	1	$38,667	$1,600	14-11	1	$38,667	$2,700	1	$0	$0	Si	$12,100
7	CC	1002957895	BURBANO URBANO JULIAN CAMILO	X	X																230301	6	$232,000	$37,200	EPS005	6	$232,000	$9,300	CCF14	6	$232,000	$9,300	14-11	6	$232,000	$16,200	6	$0	$0	Si	$72,000
8	CC	1002820629	CAMAYO CHAGUENDO EDISON FERNANDO																		230301	30	$1,160,000	$185,600	ESSC18	30	$1,160,000	$46,400	CCF14	30	$1,160,000	$46,400	14-11	30	$1,160,000	$80,800	30	$0	$0	Si	$359,200
9	CC	1061726565	CAMAYO ELVIRA RICHARD ALEXIS																		230301	30	$1,160,000	$185,600	EPS037	30	$1,160,000	$46,400	CCF14	30	$1,160,000	$46,400	14-11	30	$1,160,000	$80,800	30	$0	$0	Si	$359,200
10	CC	1085930668	CASTILLO CHAVEZ EDIER ALBERTO																		230301	30	$1,160,000	$185,600	EPS005	30	$1,160,000	$46,400	CCF14	30	$1,160,000	$46,400	14-11	30	$1,160,000	$80,800	30	$0	$0	Si	$359,200
11	CC	1061817341	CEDEÑO MANQUILLO JULIAN EDUARDO																		230301	30	$1,160,000	$185,600	EPS037	30	$1,160,000	$46,400	CCF14	30	$1,160,000	$46,400	14-11	30	$1,160,000	$80,800	30	$0	$0	Si	$359,200
12	CC	86056799	CESPEDES ROSERO MIGUEL ANGEL	X																	230301	15	$580,000	$92,800	CCFC55	15	$580,000	$23,200	CCF14	15	$580,000	$23,200	14-11	15	$580,000	$40,400	15	$0	$0	Si	$179,600
13	CC	1061717403	CHAPARRAL CAMAYO HERNAN YOBANI																		230301	30	$1,160,000	$185,600	EPS005	30	$1,160,000	$46,400	CCF14	30	$1,160,000	$46,400	14-11	30	$1,160,000	$80,800	30	$0	$0	Si	$359,200
14	CC	1002840344	CHICANGANA CHICUE ALEX																		230301	30	$1,160,000	$185,600	EPSIC3	30	$1,160,000	$46,400	CCF14	30	$1,160,000	$46,400	14-11	30	$1,160,000	$80,800	30	$0	$0	Si	$359,200
15	CC	4696500	CHILITO PAPAMIJA JOEL																		230301	30	$1,160,000	$185,600	EPS037	30	$1,160,000	$46,400	CCF14	30	$1,160,000	$46,400	14-11	30	$1,160,000	$80,800	30	$0	$0	Si	$359,200
16	CC	6392338	CORREA JOSE DEL CARMEN																		230301	30	$1,160,000	$185,600	EPS008	30	$1,160,000	$46,400	CCF14	30	$1,160,000	$46,400	14-11	30	$1,160,000	$80,800	30	$0	$0	Si	$359,200
17	CC	4756554	CRUZ EFREN																		230301	30	$1,160,000	$185,600	EPSIC3	30	$1,160,000	$46,400	CCF14	30	$1,160,000	$46,400	14-11	30	$1,160,000	$80,800	30	$0	$0	Si	$359,200
18	CC	4616461	CUASTUMAL LOPEZ MARIO		X																230301	1	$38,667	$6,200	EPS037	1	$38,667	$1,600	CCF14	1	$38,667	$1,600	14-11	1	$38,667	$2,700	1	$0	$0	Si	$12,100
19	CC	1061701609	DORADO BOLAÑOS DANIEL ANDRES		X																230201	1	$38,667	$6,200	EPS005	1	$38,667	$1,600	CCF14	1	$38,667	$1,600	14-11	1	$38,667	$2,700	1	$0	$0	Si	$12,100
20	CC	1061817083	FLOR VIDAL ANDRES FELIPE	X																	230301	15	$580,000	$92,800	ESSC18	15	$580,000	$23,200	CCF14	15	$580,000	$23,200	14-11	15	$580,000	$40,400	15	$0	$0	Si	$179,600
21	CC	6320751	FRANCO ACOSTA JOSE LUIS	X																	230301	7	$270,667	$43,400	ESSC18	7	$270,667	$10,900	CCF14	7	$270,667	$10,900	14-11	7	$270,667	$18,900	7	$0	$0	Si	$84,100
22	CC	1006336999	FRANCO GUAMPE MARLON ESTIVEN	X																	230301	7	$270,667	$43,400	EPS041	7	$270,667	$10,900	CCF14	7	$270,667	$10,900	14-11	7	$270,667	$18,900	7	$0	$0	Si	$84,100
23	CC	1002971862	GALEANO CARVAJAL MIGUEL ANGEL																		230301	30	$1,160,000	$185,600	ESSC62	30	$1,160,000	$46,400	CCF14	30	$1,160,000	$46,400	14-11	30	$1,160,000	$80,800	30	$0	$0	Si	$359,200
24	CC	1003338776	GONZALEZ CAMILO ANDRES	X																	231001	21	$812,000	$130,000	EPS037	21	$812,000	$32,500	CCF14	21	$812,000	$32,500	14-11	21	$812,000	$56,600	21	$0	$0	Si	$251,600
25	CC	4613293	GONZALEZ RAMIREZ RUBEN DARIO																		230301	30	$1,160,000	$185,600	EPS037	30	$1,160,000	$46,400	CCF14	30	$1,160,000	$46,400	14-11	30	$1,160,000	$80,800	30	$0	$0	Si	$359,200
26	CC	1006697461	GUTIERREZ RIVERA JOHAN ANDRES	X																	230301	15	$580,000	$92,800	EPSC34	15	$580,000	$23,200	CCF14	15	$580,000	$23,200	14-11	15	$580,000	$40,400	15	$0	$0	Si	$179,600
27	CC	1061807606	GUTIERREZ RIVERA LUIS ANGEL	X																	230301	21	$812,000	$130,000	EPSC34	21	$812,000	$32,500	CCF14	21	$812,000	$32,500	14-11	21	$812,000	$56,600	21	$0	$0	Si	$251,600
28	CC	76321074	HERNANDEZ ANACONA RODRIGO	X																	230301	30	$1,160,000	$185,600	EPS037	30	$1,160,000	$46,400	CCF14	30	$1,160,000	$46,400	14-11	30	$1,160,000	$80,800	30	$0	$0	Si	$359,200

29	CC	34332062	HOYOS PAOLA ANDREA																		230301	30	$1,160,000	$185,600	ESSC18	30	$1,160,000	$46,400	CCF14	30	$1,160,000	$46,400	14-11	30	$1,160,000	$80,800	30	$0	$0	Si	$359,200
30	CC	76238130	IDROBO MENDEZ ROBER JOSE																		230301	30	$1,160,000	$185,600	EPS010	30	$1,160,000	$46,400	CCF14	30	$1,160,000	$46,400	14-11	30	$1,160,000	$80,800	30	$0	$0	Si	$359,200
31	CC	1061795135	ILES MUÑOZ JULIAN CAMILO	X																	230301	25	$966,667	$154,700	EPS005	25	$966,667	$38,700	CCF14	25	$966,667	$38,700	14-11	25	$966,667	$67,300	25	$0	$0	Si	$299,400
32	CC	4612683	LASSO CHAMIZO CARLOS GARDEL		X																230301	1	$38,667	$6,200	EPS037	1	$38,667	$1,600	CCF14	1	$38,667	$1,600	14-11	1	$38,667	$2,700	1	$0	$0	Si	$12,100
33	CC	1061758866	LLANTEN FLOREZ JOHN JAIRO		X																230301	5	$193,334	$31,000	EPS005	5	$193,334	$7,800	CCF14	5	$193,334	$7,800	14-11	5	$193,334	$13,500	5	$0	$0	Si	$60,100
34	CC	4617547	MANQUILLO GUAUÑA VILLAPOL																		230301	30	$1,160,000	$185,600	EPS037	30	$1,160,000	$46,400	CCF14	30	$1,160,000	$46,400	14-11	30	$1,160,000	$80,800	30	$0	$0	Si	$359,200
35	CC	1061808612	MARTINEZ PRADO JEISON ARMANDO	X																	230301	6	$232,000	$37,200	ESSC62	6	$232,000	$9,300	CCF14	6	$232,000	$9,300	14-11	6	$232,000	$16,200	6	$0	$0	Si	$72,000
36	CC	1144034035	MOSQUERA REYES DAVID MAURICIO																		230301	30	$1,160,000	$185,600	ESSC62	30	$1,160,000	$46,400	CCF14	30	$1,160,000	$46,400	14-11	30	$1,160,000	$80,800	30	$0	$0	Si	$359,200
37	CC	66909532	OLAVE RAMOS MIREYA																		230301	30	$1,160,000	$185,600	ESSC24	30	$1,160,000	$46,400	CCF14	30	$1,160,000	$46,400	14-11	30	$1,160,000	$80,800	30	$0	$0	Si	$359,200
38	CC	1002959691	ORDOÑEZ MACA ELVIS ROLANDO																		230301	30	$1,160,000	$185,600	EPS005	30	$1,160,000	$46,400	CCF14	30	$1,160,000	$46,400	14-11	30	$1,160,000	$80,800	30	$0	$0	Si	$359,200
39	CC	1061787384	OROZCO VELASCO JUAN FELIPE	X																	230301	8	$309,334	$49,500	EPS018	8	$309,334	$12,400	CCF14	8	$309,334	$12,400	14-11	8	$309,334	$21,600	8	$0	$0	Si	$95,900
40	CC	1061784306	PALECHOR ASTUDILLO JHOJAN OSNAYDER	X																	230301	22	$850,667	$136,200	ESSC62	22	$850,667	$34,100	CCF14	22	$850,667	$34,100	14-11	22	$850,667	$59,300	22	$0	$0	Si	$263,700
41	CC	1061743143	QUINTERO LOPEZ RUBEN DARIO																		230301	30	$1,160,000	$185,600	EPS005	30	$1,160,000	$46,400	CCF14	30	$1,000,000	$40,000	14-11	30	$1,160,000	$80,800	30	$0	$0	Si	$352,800
42	CC	1121944919	RUBIO RIVERA MAICOL ANDREY	X																	230301	21	$812,000	$130,000	CCFC55	21	$812,000	$32,500	CCF14	21	$812,000	$32,500	14-11	21	$812,000	$56,600	21	$0	$0	Si	$251,600
43	CC	1146439988	SANCHEZ FAJARDO CARLOS ALBERTO		X																230201	1	$38,667	$6,200	EPS010	1	$38,667	$1,600	CCF14	1	$38,667	$1,600	14-11	1	$38,667	$2,700	1	$0	$0	Si	$12,100
44	CC	1061788633	VASQUEZ SANCHEZ CRISTIAN JAVIER	X																	230301	2	$77,334	$12,400	ESSC18	2	$77,334	$3,100	CCF14	2	$77,334	$3,100	14-11	2	$77,334	$5,400	2	$0	$0	Si	$24,000
Total	**Afiliados(44)**																						$33,872,006	$5,420,600			$33,872,006	$1,355,700			$33,712,006	$1,349,300			$33,872,006	$2,359,900		$0	$0		$10,485,500

PLANILLA PAGADA

Planilla Resumen

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1085928100		YEINER RUBEN CASTILLO CHAVEZ	B - MENOS DE 200 COTIZANTES	PRINCIPAL	CALLE 30#6-34	POPAYAN-CAUCA	8303456	Si

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2023-03	2023-04	49381385	9449381385	E	2023/04/04	2023/04/11	BANCO AV VILLAS	7	$10,577,100

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 3)				44	$5,420,600	$47,000	$0	$5,467,600
COLFONDOS	231001	800,227,940	6	1	$130,000	$1,200	$0	$131,200
PORVENIR	230301	800,224,808	8	40	$5,092,600	$44,000	$0	$5,136,600
PROTECCION	230201	800,229,739	0	3	$198,000	$1,800	$0	$199,800
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				44	$2,359,900	$20,400	$0	$2,380,300
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	44	$2,359,900	$20,400	$0	$2,380,300
CCF (ADMINISTRADORAS: 1)				44	$1,349,300	$11,700	$0	$1,361,000
COMFACAUCA	CCF14	891,500,182	0	44	$1,349,300	$11,700	$0	$1,361,000
EPS (ADMINISTRADORAS: 12)				44	$1,355,700	$12,500	$0	$1,368,200
A.I.C.	EPSIC3	817,001,773	3	2	$92,800	$900	$0	$93,700
ASMET SALUD EPS SAS	ESSC62	900,935,126	7	5	$182,600	$1,600	$0	$184,200
CAJACOPI	CCFC55	901,543,211	6	2	$55,700	$500	$0	$56,200
CAPITAL SALUD	EPSC34	900,298,372	9	2	$55,700	$500	$0	$56,200
COMPENSAR	EPS008	860,066,942	7	1	$46,400	$500	$0	$46,900
COOSALUD MOVILIDAD	ESSC24	900,226,715	3	1	$46,400	$500	$0	$46,900
EMSSANAR	ESSC18	901,021,565	8	5	$130,000	$1,200	$0	$131,200
EPS SURA (ANTES SUSALUD)	EPS010	800,088,702	2	2	$48,000	$500	$0	$48,500
NUEVA E.P.S.	EPS037	900,156,264	2	11	$351,300	$3,100	$0	$354,400
NUEVA EPS MOVILIDAD	EPS041	900,156,264	2	2	$43,400	$400	$0	$43,800
S.O.S. SERVICIO OCCIDENTAL DE SALUD S.A.	EPS018	805,001,157	2	2	$58,800	$600	$0	$59,400
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	9	$244,600	$2,200	$0	$246,800
TOTAL				**44**	**$10,485,500**	**$91,600**	**$0**	**$10,577,100**

Planilla Resumen

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1085928100		CASTILLO CHAVEZ YEINER RUBEN	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	calle 30# 6-34el mirador	POPAYAN-CAUCA	8303359	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2023-03	2023-03	48358370	9448358370	I	2023/04/04	2023/04/11	BANCO AV VILLAS	7	$333,600

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO				NOVEDADES																PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES				
No.	Identificación		Nombre	ing	ret	tde	tae	tdp	tap	vsp	cor	vst	sln	ige	lma	vac	avp	vct	irl	vip	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Dias	IBC	Aporte	Exonerado SENA e ICBF	Total Aportes
1	CC	1085928100	CASTILLO CHAVEZ YEINER RUBEN																		230301	30	$1,160,000	$185,600	EPS037	30	$1,160,000	$145,000		0	$0	$0		0	$0	$0	0	$0	$0	No	$330,600
Total	**Afiliados(1)**																						$1,160,000	$185,600			$1,160,000	$145,000			$0	$0			$0	$0		$0	$0		$330,600

Planilla Resumen

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1085928100		CASTILLO CHAVEZ YEINER RUBEN	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	calle 30# 6-34el mirador	POPAYAN-CAUCA	8303359	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2023-03	2023-03	48358370	9448358370	I	2023/04/04	2023/04/11	BANCO AV VILLAS	7	$333,600

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$185,600	$1,700	$0	$187,300
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	$185,600	$1,700	$0	$187,300
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$145,000	$1,300	$0	$146,300
NUEVA E.P.S.	EPS037	900,156,264	2	1	$145,000	$1,300	$0	$146,300
TOTAL				**1**	**$330,600**	**$3,000**	**$0**	**$333,600**

Medellín, 23 de April de 2023

LA DIRECCIÓN DE AFILIACIONES Y RECAUDOS

HACE CONSTAR:

Que la(s) persona(s) relacionada(s) en el siguiente listado, se encuentra(n) afiliada(s) en Riesgos Laborales desde las fechas indicadas, a SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A como trabajadores de CASTILLO CHAVEZ YEINER RUBEN.

A continuación se relacionan las fechas de afiliación

Número identificación	Nombre	Fecha inicio cobertura	Fecha fin cobertura	Código de transacción	Tipo Cotizante	Estado
Centro de trabajo:	0000000001 PRINCIPAL CAUCA		Clase: 5	Porcentaje Cotización:	6.96 %	
C76311480	BONILLA YATA MARCO AURELIO	24/04/2023		IX175632	DEPENDIENTE	POR INICIAR

null

Atentamente,



Dirección de Afiliaciones y Recaudos

Este certificado tiene validez para efectos de afiliación del trabajador a SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A así como para su desafiliación
Importante: La información contenida en este certificado puede ser validada en cualquier momento por SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A

Este certificado fue generado con la información registrada en la base de datos el 23/04/2023 21:54:07 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 191.95.171.185, 192.230.104.4, 172.16.42.57

VISTILADO


REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA
NUMERO 76.311.480
BONILLA YATA
APELLIDOS
MARCO AURELIO
NOMBRES
FIRMA


FECHA DE NACIMIENTO 07-MAR-1970
POPAYAN
(CAUCA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.69
ESTATURA
O+
G.S. RH
M
SEXO
30-OCT-1988 POPAYAN
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
INDICE DERECHO
REGISTRADOR NACIONAL
A-1100100-0011[illegible]-M-0076311480-20091031
0005113286A 1
7750002382

LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES

CERTIFICA QUE

Verificada la base de datos de afiliados, el/la señor/a **MARCO AURELIO BONILLA YATA** identificado/a con documento de identidad **Cédula de Ciudadanía** número **76311480,** se encuentra afiliado/a desde **03/05/1991** al Régimen de Prima Media con Prestación Definida (RPM) administrado por la Administradora Colombiana de Pensiones **COLPENSIONES**.

La presente certificación se expide en Bogotá, el día 03 de mayo de 2023.



Rosa Mercedes Nino Amaya
Dirección de Afiliaciones

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

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Medellín, 02 de Mayo de 2023

LA DIRECCIÓN DE AFILIACIONES Y RECAUDOS

HACE CONSTAR:

Que la(s) persona(s) relacionada(s) en el siguiente listado, se encuentra(n) afiliada(s) en Riesgos Laborales desde las fechas indicadas, a SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A. como trabajadores de YEINER RUBEN CASTILLO CHAVEZ, en el centro de trabajo 0000000001 - PRINCIPAL CAUCA, Clase de riesgo 5, Porcentaje de cotización 6.96%.

A continuación se relacionan las fechas de afiliación

Número identificación	Nombre	Fecha inicio cobertura	Fecha fin cobertura	Código de transacción	Tipo Cotizante	Estado
C10306385	MEDINA TULANDE DUVER ARLEY	11/04/2023		21615222	DEPENDIENTE	EN COBERTURA

Si desea validar que este certificado haya sido realmente emitido por ARL Sura y la información aquí contenida sea real, visite www.arlsura.com.co / validar certificados e ingrese el siguiente código único de generación válido por un mes:C10859281002312232718

Atentamente,

Dirección de Afiliaciones y Recaudos

Este certificado tiene validez para efectos de afiliación del trabajador a SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A. así como para su desafiliación
Importante: La información contenida en este certificado puede ser validada en cualquier momento por SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A.

Este certificado fue generado con la información registrada en la base de datos el 02/05/2023 09:05:17 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 8.242.189.229, 192.230.104.11, 172.16.42.57

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

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:

DUVER ARLEY MEDINA TULANDE, identificado(a) con cédula de ciudadanía **10.306.385**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 2 de Mayo del 2023.

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.

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:

DUVER ARLEY MEDINA TULANDE, identificado(a) con cédula de ciudadanía **10.306.385**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 2 de Mayo del 2023.

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.

Medellín, 24 de April de 2023

LA DIRECCIÓN DE AFILIACIONES Y RECAUDOS

HACE CONSTAR:

Que la(s) persona(s) relacionada(s) en el siguiente listado, se encuentra(n) afiliada(s) en Riesgos Laborales desde las fechas indicadas, a SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A como trabajadores de CASTILLO CHAVEZ YEINER RUBEN.

A continuación se relacionan las fechas de afiliación

Número identificación	Nombre	Fecha inicio cobertura	Fecha fin cobertura	Código de transacción	Tipo Cotizante	Estado
Centro de trabajo:	0000000001 PRINCIPAL CAUCA		Clase: 5	Porcentaje Cotización:	6.96 %	
C1085903959	CASTILLO CHAVEZ JHON FREILER	25/04/2023		96252612	DEPENDIENTE	POR INICIAR

null

Atentamente,

Dirección de Afiliaciones y Recaudos

Este certificado tiene validez para efectos de afiliación del trabajador a SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A así como para su desafiliación
Importante: La información contenida en este certificado puede ser validada en cualquier momento por SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A

Este certificado fue generado con la información registrada en la base de datos el 24/04/2023 21:16:57 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 191.95.171.185, 192.230.104.4, 172.16.42.57

VISITADO


REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA
NUMERO 1.085.903.959
CASTILLO CHAVEZ
APELLIDOS
JHON FREILER
NOMBRES
FIRMA


09-NOV-1986
ORITO
(PUTUMAYO)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.62
O+
M
05-AGO-2005 IPIALES

LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES

CERTIFICA QUE

Verificada la base de datos de afiliados, el/la señor/a **JHON FREILER CASTILLO CHAVEZ** identificado/a con documento de identidad **Cédula de Ciudadanía** número **1085903959,** se encuentra afiliado/a desde **15/11/2005** al Régimen de Prima Media con Prestación Definida (RPM) administrado por la Administradora Colombiana de Pensiones **COLPENSIONES**.

La presente certificación se expide en Bogotá, el día 03 de mayo de 2023.

Rosa Mercedes Nino Amaya
Dirección de Afiliaciones

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

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

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:

JESUS ANTONIO QUILINDO SEMANATE, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.081.395.069**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 26 de Abril del 2023.

Cordialmente,



Gerencia de Clientes

Tenga en cuenta:

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

AXA COLPATRIA 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. 9017092 correspondiente a la empresa Puentes De Colombia Sas.

Nombre	T. I	Número de Identificacion	Fecha de inicio cobertura
JESUS ANTONIO QUILINDO SEMANATE	C.C.	1,081,395,069	25/04/2023

Cordialmente,

FREDY CEBALLOS MONTANA
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 26 de abril de 2023 a las 04:27:41 p.m.

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

CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR DEL CAUCA
comfacauca
al servicio del trabajador y su familia

FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN AL SUBSIDIO FAMILIAR

NIT. 891.500.182-0

No. 363925

Diligencie este formulario en letra imprenta y tinta color negro

MODALIDAD DE INSCRIPCIÓN

DEPENDIENTE		INDEPENDIENTE	Indice de Aporte 0,6%	2%	PENSIONADO	Indice de Aporte 0%	0,6%	2%
Regular	☐	Regular	☐	☐	Fidelidad 25 años	☐		
Servicio Domestico	☐	Taxista	☐	☐	Menos de 1.5 SMMLV	☐	☐	☐
Madre Comunitaria	☐	Facultativos	☐	☐	Más de 1.5 SMMLV		☐	☐
Veteranos	☐	Colombiano en el Exterior	☐	☐				

PARTE A — INFORMACIÓN DE LA EMPRESA

NOMBRE O RAZÓN SOCIAL DE LA EMPRESA (Como figura en el RUT)
PUENTES DE COLOMBIA SAS

NIT ☒ C.C ☐ T.I. ☐ C.E ☐ PAS ☐
No. **901419847-1**

PARTE B — INFORMACIÓN DEL TRABAJADOR (A)

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	FECHA DE NACIMIENTO (AÑO / MES / DÍA)	GÉNERO
QUILINDO	SEMANATE	JESUS	ANTONIO	1986 / 06 / 08	F ☐ M ☒ I ☐

C.C ☒ T.I ☐ C.E ☐ PAS ☐ CD ☐ PEP ☐ PPT ☐ VISA ☐ OTRO ☐
CUAL: No. **1081395069**

ESTADO CIVIL: ☒ SOLTERO ☐ CASADO ☐ UNIÓN LIBRE ☐ VIUDO ☐ SEPARADO ☐ DIVORCIADO

DIRECCIÓN DE RESIDENCIA / BARRIO / VEREDA: **Conjunto san eduardo, san juan villalobos**

SECTOR: ☐ URBANO ☒ RURAL

TELÉFONO CELULAR: **3158207018**

TELÉFONO FIJO:

MUNICIPIO: **POPAYAN** | DEPARTAMENTO: **CAUCA** | PAÍS: **COLOMBIA**

E-MAIL: **bernal1989@gmail.com**

FACTOR DE VULNERABILIDAD

- ☒ No disponible
- ☐ Cabeza de familia
- ☐ Desplazado
- ☐ Población migrante
- ☐ Ejercicio del trabajo sexual
- ☐ En condición de discapacidad
- ☐ Desmovilizado o reinsertado
- ☐ Hijos (as) de desmovilizados o reinsertados
- ☐ Damnificado desastre natural
- ☐ Hijo (as) de madres cabeza de familia
- ☐ Población zonas frontera (nacionales)
- ☐ Víctima del conflicto armado (no desplazado)

ORIENTACIÓN SEXUAL ☒ Heterosexual ☐ Homosexual ☐ Bisexual ☐ Información no disponible

NIVEL EDUCATIVO

- ☐ Preescolar
- ☐ Básica
- ☐ Secundaria
- ☒ Media
- ☐ Técnico / tecnológico
- ☐ Profesional universitario
- ☐ Posgrado / maestría
- ☐ Ninguno

PERTENENCIA ÉTNICA

- ☐ Afrocolombiano
- ☐ Comunidad negra
- ☐ Indígena
- ☐ Raizal del archipiélago de San Andrés Providencia y Santa Catalina
- ☐ Palenquero
- ☐ Room/gitano
- ☒ No disponible

MUNICIPIO DONDE LABORA	SECTOR	FECHA DE INGRESO A SU EMPRESA (AÑO / MES / DÍA)	OCUPACIÓN / PROFESIÓN	HORAS LABORADAS AL MES	SALARIO MENSUAL
POPAYAN	☐ URBANO ☒ RURAL	2023 / 04 / 29	MAESTRO	240	☒ Básico ☐ Mesada Pensional — Comisiones ☐ SI ☒ NO — VALOR 1160000 (Suma todos los conceptos salariales)

INFORMACIÓN CUENTA BANCARIA PARA PAGO DEL SUBSIDIO FAMILIAR

¿DESEA QUE EL PAGO SEA CONSIGNADO A SU CUENTA? ☐ SI ☒ NO

El pago del subsidio a través de cuenta bancaria, garantiza que el mismo no prescriba (venza), acorde a lo establecido en el artículo 6 de la Ley 21/1982.

NOMBRE DEL BANCO | ☐ Cta. Ahorros ☐ Cta. Corriente | No. Cuenta

PARTE C — INFORMACIÓN DEL (A) CONYUGE Y/O COMPAÑERO (A) ACTUAL

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	FECHA DE NACIMIENTO (AÑO / MES / DÍA)	OCUPACIÓN/PROFESIÓN	GÉNERO
						F ☐ M ☐ I ☐

C.C ☐ T.I ☐ C.E ☐ PAS ☐ CD ☐ PEP ☐ PPT ☐ VISA ☐ OTRO ☐
CUAL: No.

CONVIVEN ☐ SI ☐ NO

NOMBRE DE EMPLEADOR CON QUIEN LABORA:

IDENTIFICACIÓN EMPLEADOR No.:

PARTE D — DATOS DEL PADRE O MADRE BIOLÓGICO (A) DE LOS HIJOS A INSCRIBIR QUE NO CONVIVE CON EL TRABAJADOR (A)

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	FECHA DE NACIMIENTO (AÑO / MES / DÍA)	OCUPACIÓN/PROFESIÓN	GÉNERO
						F ☐ M ☐ I ☐

C.C ☐ T.I ☐ C.E ☐ PAS ☐ CD ☐ PEP ☐ PPT ☐ VISA ☐ OTRO ☐
CUAL: No.

NOMBRE DE EMPLEADOR CON QUIEN LABORA:

IDENTIFICACIÓN EMPLEADOR No.:

PARTE E — INFORMACIÓN DE LAS PERSONAS A CARGO DEL TRABAJADOR (A)

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	FECHA DE NACIMIENTO AÑO	MES	DÍA	GENERO F	M	I	C.T. DISC	T. PARENTESCO HIJO	PADRE	HMNO	HJTR	IDENTIFICACIÓN C.C-T.I-C.E.-PAS-REGISTRO CIVIL (NUIP) Tipo	Número	USO EXCLUSIVO C.C.F.C N/A
QUILINDO	BERNAL	MAICOL	SANTIAGO	2008	09	22		x			x				TI	1068217287	

DISC: DISCAPACITADO HIJO: HIJO PADRE: PADRE HMNO: HERMANO HJTR: HIJASTRO

DECLARACIÓN:

Declaramos que la información suministrada en el presente formulario es verdadera, cuenta con los soportes probatorios correspondientes y podrá ser verificada en cualquier momento por parte de la Caja de Compensación Familiar del Cauca COMFACAUCA, de conformidad con lo dispuesto en el artículo 37 de la ley 21 de 1982. En el evento que la información suministrada cambie, me comprometo a reportar modificación de los datos a más tardar el día 10 del mes siguiente de ocurrida la novedad. El suministro de datos falsos por parte del empleador, a la Caja o la violación de la norma sobre salarios mínimos, es causal de desafiliación según artículo 45 de la Ley 21 de 1982.

Conforme a lo establecido en la Ley 1581 del 2012 y demás decretos reglamentarios, autorizo a la Caja de Compensación Familiar del Cauca, COMFACAUCA, para el tratamiento y manejo de mis datos personales consignados en el presente formulario, el cual consiste en recolectar, almacenar, depurar, usar, analizar, circular y cruzar información propia, con el fin de facilitar la prestación de servicios, pago de cuotas monetarias, ejercer las gestiones de cobro, reportar a centrales de riesgo cuando corresponda y en general todas las acciones que se deriven de los servicios que de conformidad con la Ley presta esta Caja de Compensación Familiar. Declaro que soy responsable de la veracidad de mis datos suministrados. Así mismo autorizo a la Caja de Compensación Familiar del Cauca, COMFACAUCA, a efectuar sus procedimientos de notificación y comunicación a la dirección de correspondencia y/o correo electrónico antes mencionados. Declaro que he sido informado de los derechos que me asisten como titular de la identificación, dirección y teléfono del responsable del tratamiento de mis datos de conformidad con la Ley 1581 del 2012 y sus decretos reglamentarios. La Caja garantiza la confidencialidad, libertad, seguridad, veracidad, transparencia, acceso y circulación restringida de mis datos.

De igual manera, autorizo a COMFACAUCA, en caso que cobre cuotas monetarias a las cuales no tenga derecho, me sean descontadas de los próximos pagos de la cuota monetaria de subsidio familiar a que hubiere lugar.

FIRMA DEL TRABAJADOR (A) No. de identificación

FIRMA Y SELLO DE LA EMPRESA

OBSERVACIONES

ESPACIO PARA RADICACIÓN COMFACAUCA

SECCIÓN SUBSIDIO FAMILIAR

2023-04-29

RECIBE		DIGITA	REVISA Y DIGITALIZA
FECHA	2023-04-29	FECHA	FECHA
NOMBRE	COMFACAUCA EN LÍNEA	NOMBRE	NOMBRE

VIGILADO Supersubsidio

comfacauca | El empleo es de todos | Mintrabajo

DECLARACIÓN JURAMENTADA

FECHA DE SOLICITUD: AÑO | MES | DÍA

CIUDAD / MUNICIPIO

YO:

identificado(a) con:
C.C☐ T.I☐ C.E☐ PAS☐ CD☐ PEP☐ PPT☐ VISA☐ OTRO☐ CUAL:

No.

Declaro bajo la gravedad de juramento que que toda la información aquí suministrada es VERÍDICA. Autorizo que por cualquier medio se verifique los datos aquí contenidos y en caso de falsedad, se apliquen las sanciones contempladas en la ley.

MOTIVO DE LA DECLARACIÓN

Marque con una X el motivo de la declaración

☐ 1. Convivencia y dependencia económica ☐ 2. Unión marital de hecho / Unión libre ☐ 3. Padres o hermanos huérfanos de padres ☐ 4. Otros

1. CONVIVENCIA Y DEPENDENCIA ECONÓMICA

A través del diligenciamiento del siguiente recuadro usted demostrará y aceptará que las personas relacionadas hacen parte de su grupo familiar (cónyuge, hijos, hijastros) conviven y dependen económicamente del trabajador(a)

NOMBRE COMPLETO DEL BENEFICIARIO	DOCUMENTO IDENTIFICACIÓN		PARENTESCO	TELÉFONO	CORREO ELECTRÓNICO
	TIPO	Número			

2. UNIÓN MARITAL DE HECHO (UNIÓN LIBRE)

A través del diligenciamiento del siguiente espacio demostrará y aceptará que usted convive y tiene una comunidad de vida singular con su compañera(o) permanente

Declaro que el (la) señor(a)_____ identificado(a) con el tipo de documento _____ número _____ es mi compañera(o) permanente y convivimos desde hace _____ años y _____ meses. Además el(la) señor(a) actualmente se desempeña como:

☐ Dependiente ☐ Independiente ☐ Pensionado(a) ☐ Estudiante ☐ No labora

3. PADRES O HERMANO(S) HUÉRFANO(S)

A través del diligenciamiento del siguiente recuadro declaro que mi padre / madre, hermano(a) huérfano(s) de padres relacionado(a) como parte del núcleo familiar, no recibe(n) subsidio familiar, salario, renta o pensión alguna, ni esta(n) afiliado(a)(s) a otra caja de compensación familiar.

NOMBRE COMPLETO DEL BENEFICIARIO	DOCUMENTO IDENTIFICACIÓN		PARENTESCO	TELÉFONO	CORREO ELECTRÓNICO
	TIPO	Número			

Firma del padre | Firma de la madre

4. OTROS

Declaro que desconozco la ubicación del señor(a)_____identificado con_____padre / madre biológico(a) del menor_____identificaco con_____ por lo que no puedo aportar los datos relacionados con su certificación laboral

NOTA: la fecha de lanzamiento de la presente declaración juramentada no puede tener una vigencia superior a treinta(30) días y deberá ser firmada por el (la) declarante. La información contiene la manifestación expresa del trabajador y su grupo familiar, y por tal razón se presume que corresponden a sus condiciones y realidad actual, no obstante, las cajas de compensación familiar podrán realizar las verificaciones internas y externas en cualquier momento durante su vinculación, con el fin de corroborar la veracidad de la información a través de los mecanismos que considere pertinentes. En todo caso de evidenciar inconsistencias en lo manifestado a través del presente documento, tendrán la facultad de retirar del grupo familiar a la (s) persona (s) a cargo y/o suspender el reconocimiento del subsidio familiar.

Firma del declarante y documento

Observaciones_____

REQUISITOS DOCUMENTALES DE AFILIACIÓN.

1 ☐ Formulario de afiliación
2 ☐ Documento de identificación del trabajador.
3 ☐ Documento de identificación del Conyuge/Compañero(a) permanente del trabajador.
4 ☐ Documento de identificación de los padres del trabajador.
5 ☐ Registro civil de nacimiento del trabajador.
6 ☐ Registro civil de nacimiento de los hijos, hijastros, hermanos.
7 ☐ Documento de identificación actualizado de los hijos, hijastros, hermanos.
8 ☐ Certificado de estudio o el boletin de calificaciones para hijos mayores de 12 años, hasta los 18 años y 11 meses. (No obligatorio Independiente y Pensionado)
9 ☐ Certificado de discapacidad o perdida de capacidad laboral expedido por la EPS o entidad competente para personas a cargo en condición de invalidez si aplica el caso.
10 ☐ Para desafiliar a un conyuge se debe presentar el documento en el que conste la cesación de efectos civiles del matrimonio, liquidación de la sociedad conyugal o unión marital de hecho.
11 ☐ Constancia laboral del Conyuge/Compañero permanente. **Si el Conyuge/Compañero(a) permanente no labora:** Diligenciar declaración juramentada establecida por Comfacauca y Ministerio de trabajo/ si el cónyuge es pensionado, anexar colilla de pago de la mesada.
12 ☐ Custodia expedida por autoridad competente. (ICBF, Comisarias, Juzgados de familia, centros de conciliación, jueces de familia, civil, promiscuo municipal y de paz, personería y en caso de no haber ninguna de las anteriores, el inspector de policía)
13 ☐ Certificado EPS, donde conste tipo de afiliación (Si el padre o la madre se encuentra afiliado al Régimen Subsidiado en Salud puede ser beneficiario del trabajador y recibir cuota monetaria)
14 ☐ Registro civil de defunción de los padres del trabajador.
15 ☐ Copia de resolución de pensión (Colfondos) que reconoce la calidad de pensionado(a), o certificado de pensión con sábana pensional (Fondos Privados) Copia del **último desprendible de pago,** para pensionados hasta 1.5 SMMLV y Mayores 1.5 SMMLV.
16 ☐ Carta de solicitud con nombre completo del solicitante, domicilio, identificación, lugar de residencia, valor mensual de ingresos y declaración de la fuente de los ingresos y manifestación sobre si estaba o no afiliado a alguna Caja de Compensación Familiar con anterioridad a la solicitud.
17 ☐ Certificado de paz y salvo, en el caso de afiliación anterior a otra caja
18 ☐ Si uno de los padres es fallecido, Registro Civil de Defunción.
19 ☐ Certificación veteranos
20 ☐ Certificación en la que indique que es madre comunitaria con el NIT, nombre, dirección, municipio y teléfono donde labora
21 ☐ Copia de la planilla PILA con el pago de la caja de compensación

REQUISITOS DOCUMENTALES DE AFILIACIÓN SEGÚN MODALIDAD

Trabajador	Adjuntar documentos de estos numerales
Dependiente	1 2
Independiente	1 2 16 17 21
Pensionado	1 2 15 16 17
Veterano	1 2 19
Madres comunitarias	1 2 21 20
Facultativos	1 2 21

Personas a Cargo del Trabajador (Dependiente, Independiente y Pensionado 0,6 y 2% - NO APLICA para Pensionado por Fidelidad)	
Conyuge/Compañero(a) permanente sin hijos.	3
Conyuge/Compañero(a) permanente e hijos de la unión.	3 6 7 8 9 10 11
Conyuge/compañero(a) permanente e hijastro(s).	3 6 7 8 9 10 11 12
Hijos de trabajador(a) separado(a).	3 6 7 8 9 10 11
Hijos no reconocidos por uno de los padres (menores en cuyo registro civil figure únicamente uno de los padres.)	6 7 8 9
Padres.	4 5 9 10 13 18
Hermanos huerfanos de padres	5 6 7 8 9 10 14

www.comfacauca.com

NUEVA EPS S.A

NIT: 900156264 -2

CERTIFICA QUE:

El 2023-04-25 14:45:18, el empleador **PUENTES DE COLOMBIASAS** identificado con **NI** número **901419847**
registró la siguiente solicitud de reingreso en nuestro Sistema de Afiliación Electrónica
VALE

NUMERO DE RADICACIÓN	FECHA DE RADICACIÓN	TIPO DE SOLICITUD
638760751506	2023-04-25 14:45:18	REINGRESO

DETALLE

TIPO	IDENTIFICACIÓN	NOMBRE COTIZANTE	IBC	CARGO	FECHA REINGRESO
CC	1081395069	JESUS ANTONIO QUILINDO	1160000	OBREROS Y PEONES DE LA CONSTRUCCION DE EDIFICIOS	2023-01-25

La siguiente certificación se expide a solicitud del interesado a los 25 días del mes de Abril del año 2023.

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:

YULDER ESNEIDER CASTELLANOS, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.016.017.400**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 26 de Abril del 2023.

Cordialmente,



Gerencia de Clientes

Tenga en cuenta:

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

AXA COLPATRIA 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. 9017092 correspondiente a la empresa Puentes De Colombia Sas.

Nombre	T. I	Número de Identificacion	Fecha de inicio cobertura
YULDER ESNEIDER CASTELLANOS	C.C.	1,016,017,400	25/04/2023

Cordialmente,



FREDY CEBALLOS MONTANA
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 26 de abril de 2023 a las 04:26:31 p.m.

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

Notificación de radicado de Afiliación. Sujeto a verificación

Num. Afiliación 203458
Radicado 363030
Estado de afiliación En Proceso
Fecha de Pre-Afiliación 2025-05-02
Identificación 1026017900
Nombre del Trabajador YULDER ESNEIDER CASTELLANOS

BENEFICIARIOS RELACIONADOS

IDEST	NOMBRE	PARENTESCO	EDAD

NO TIENE BENEFICIARIOS RELACIONADOS A ESTA AFILIACION

NUEVA EPS S.A

NIT: 900156264 -2

CERTIFICA QUE:

El 2023-04-25 14:57:50, el empleador **PUENTES DE COLOMBIASAS** identificado con **NI** número **901419847** registró la siguiente solicitud de reingreso en nuestro Sistema de Afiliación Electrónica **VALE**

NUMERO DE RADICACIÓN	FECHA DE RADICACIÓN	TIPO DE SOLICITUD
834178405946	2023-04-25 14:57:50	REINGRESO

DETALLE

TIPO	IDENTIFICACIÓN	NOMBRE COTIZANTE	IBC	CARGO	FECHA REINGRESO
CC	1016017400	YULDER ESNEIDER CASTELLANOS	1160000	OBREROS Y PEONES DE LA CONSTRUCCION DE EDIFICIOS	2023-04-25

La siguiente certificación se expide a solicitud del interesado a los 25 días del mes de Abril del año 2023.

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:

INGRITH TATIANA PORRAS LINERO, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.007.279.300**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 26 de Abril del 2023.

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.

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. 9017092 correspondiente a la empresa Puentes De Colombia Sas.

Nombre	T. I	Número de Identificacion	Fecha de inicio cobertura
INGRITH TATIANA PORRAS LINERO	C.C.	1,007,279,300	25/04/2023

Cordialmente,



FREDY CEBALLOS MONTANA
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 26 de abril de 2023 a las 04:26:08 p.m.

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

CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR DEL CAUCA
comfacauca
al servicio del trabajador y su familia

FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN AL SUBSIDIO FAMILIAR

NIT. 891.500.182-0

No. 363931

Diligencie este formulario en letra imprenta y tinta color negro

MODALIDAD DE INSCRIPCIÓN

DEPENDIENTE		INDEPENDIENTE	Indice de Aporte 0,6%	2%	PENSIONADO	Indice de Aporte 0%	0,6%	2%
Regular	☐	Regular	☐	☐	Fidelidad 25 años	☐		
Servicio Domestico	☐	Taxista	☐	☐	Menos de 1.5 SMMLV	☐	☐	☐
Madre Comunitaria	☐	Facultativos	☐	☐	Más de 1.5 SMMLV		☐	☐
Veteranos	☐	Colombiano en el Exterior	☐	☐				

PARTE A — INFORMACIÓN DE LA EMPRESA

NOMBRE O RAZÓN SOCIAL DE LA EMPRESA (Como figura en el RUT): **PUENTES DE COLOMBIA SAS**

NIT [x] C.C [ ] T.I [ ] C.E [ ] PAS [ ] — No. **901419847-1**

PARTE B — INFORMACIÓN DEL TRABAJADOR (A)

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	FECHA DE NACIMIENTO (AÑO / MES / DÍA)	GÉNERO
PORRAS	LINERO	INGRITH	TATIANA	1997 / 03 / 19	F [x] M [ ] I [ ]

C.C [x] T.I [ ] C.E [ ] PAS [ ] CD [ ] PEP [ ] PPT [ ] VISA [ ] OTRO [ ] — CUAL: — No. **1007279300**

ESTADO CIVIL: [x] SOLTERO [ ] CASADO [ ] UNIÓN LIBRE [ ] VIUDO [ ] SEPARADO [ ] DIVORCIADO

DIRECCIÓN DE RESIDENCIA / BARRIO / VEREDA: **CL 2 N**

SECTOR: [x] URBANO [ ] RURAL

TELÉFONO CELULAR: **3043613129**

TELÉFONO FIJO:

MUNICIPIO: **POPAYAN** — DEPARTAMENTO: **CAUCA** — PAÍS: **COLOMBIA**

E-MAIL: **ingrithporras19@gmail.com**

FACTOR DE VULNERABILIDAD

- [x] No disponible
- [ ] Cabeza de familia
- [ ] Desplazado
- [ ] Población migrante
- [ ] Ejercicio del trabajo sexual
- [ ] En condición de discapacidad
- [ ] Desmovilizado o reinsertado
- [ ] Hijos (as) de desmovilizados o reinsertados
- [ ] Damnificado desastre natural
- [ ] Hijo (as) de madres cabeza de familia
- [ ] Población zonas frontera (nacionales)
- [ ] Víctima del conflicto armado (no desplazado)

NIVEL EDUCATIVO

- [ ] Preescolar
- [ ] Básica
- [ ] Secundaria
- [ ] Media
- [ ] Técnico / tecnológico
- [x] Profesional universitario
- [ ] Posgrado / maestría
- [ ] Ninguno

PERTENENCIA ÉTNICA

- [ ] Afrocolombiano
- [ ] Comunidad negra
- [ ] Indígena
- [ ] Raizal del archipiélago de San Andrés Providencia y Santa Catalina
- [ ] Palenquero
- [ ] Room/gitano
- [x] No disponible

ORIENTACIÓN SEXUAL [x] Heterosexual [ ] Homosexual [ ] Bisexual [ ] Información no disponible

MUNICIPIO DONDE LABORA	SECTOR	FECHA DE INGRESO A SU EMPRESA (AÑO / MES / DÍA)	OCUPACIÓN / PROFESIÓN	HORAS LABORADAS AL MES	SALARIO MENSUAL
POPAYAN	[ ] URBANO [x] RURAL	2023 / 04 / 29	INGENIERA CIVIL	240	[x] Básico [ ] Mesada Pensional — Comisiones [ ] SI [x] NO — VALOR 1160000 (Suma todos los conceptos salariales)

INFORMACIÓN CUENTA BANCARIA PARA PAGO DEL SUBSIDIO FAMILIAR

¿DESEA QUE EL PAGO SEA CONSIGNADO A SU CUENTA? [ ] SI [x] NO

El pago del subsidio a través de cuenta bancaria, garantiza que el mismo no prescriba (venza), acorde a lo establecido en el artículo 6 de la Ley 21/1982.

NOMBRE DEL BANCO — [ ] Cta. Ahorros [ ] Cta. Corriente — No. Cuenta

PARTE C — INFORMACIÓN DEL (A) CONYUGE Y/O COMPAÑERO (A) ACTUAL

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	FECHA DE NACIMIENTO (AÑO / MES / DÍA)	OCUPACIÓN/PROFESIÓN	GÉNERO
						F [ ] M [ ] I [ ]

C.C [ ] T.I [ ] C.E [ ] PAS [ ] CD [ ] PEP [ ] PPT [ ] VISA [ ] OTRO [ ] — CUAL: — No.

CONVIVEN [ ] SI [ ] NO

NOMBRE DE EMPLEADOR CON QUIEN LABORA:

IDENTIFICACIÓN EMPLEADOR — No.

PARTE D — DATOS DEL PADRE O MADRE BIOLÓGICO (A) DE LOS HIJOS A INSCRIBIR QUE NO CONVIVE CON EL TRABAJADOR (A)

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	FECHA DE NACIMIENTO (AÑO / MES / DÍA)	OCUPACIÓN/PROFESIÓN	GÉNERO
						F [ ] M [ ] I [ ]

C.C [ ] T.I [ ] C.E [ ] PAS [ ] CD [ ] PEP [ ] PPT [ ] VISA [ ] OTRO [ ] — CUAL: — No.

NOMBRE DE EMPLEADOR CON QUIEN LABORA:

IDENTIFICACIÓN EMPLEADOR — No.

PARTE E — INFORMACIÓN DE LAS PERSONAS A CARGO DEL TRABAJADOR (A)

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	FECHA DE NACIMIENTO AÑO	MES	DÍA	GENERO F	M	I	C.T. DISC	T. PARENTESCO HIJO	PDRE	HMNO	HJTR	IDENTIFICACIÓN C.C-T.I-C.E.-PAS-REGISTRO CIVIL (NUIP) Tipo	Número	USO EXCLUSIVO C.C.F.C N/A

DISC: DISCAPACITADO — HIJO: HIJO — PDRE: PADRE — HMNO: HERMANO — HJTR: HIJASTRO

DECLARACIÓN:

Declaramos que la información suministrada en el presente formulario es verdadera, cuenta con los soportes probatorios correspondientes y podrá ser verificada en cualquier momento por parte de la Caja de Compensación Familiar del Cauca COMFACAUCA, de conformidad con lo dispuesto en el artículo 37 de la ley 21 de 1982. En el evento que la información suministrada cambie, me comprometo a reportar modificación de los datos a más tardar el día 10 del mes siguiente de ocurrida la novedad. El suministro de datos falsos por parte del empleador, a la Caja o la violación de la norma sobre salarios mínimos, es causal de desafiliación según artículo 45 de la Ley 21 de 1982.

Conforme a lo establecido en la Ley 1581 del 2012 y demás decretos reglamentarios, autorizo a la Caja de Compensación Familiar del Cauca, COMFACAUCA, para el tratamiento y manejo de mis datos personales consignados en el presente formulario, el cual consiste en recolectar, almacenar, depurar, usar, analizar, circular y cruzar información propia, con el fin de facilitar la prestación de servicios, pago de cuotas monetarias, ejercer las gestiones de cobro, reportar a centrales de riesgo cuando corresponda y en general todas las acciones que se deriven de los servicios que de conformidad con la Ley presta esta Caja de Compensación Familiar. Declaro que soy responsable de la veracidad de mis datos suministrados. Así mismo autorizo a la Caja de Compensación Familiar del Cauca, COMFACAUCA, a efectuar sus procedimientos de notificación y comunicación a la dirección de correspondencia y/o correo electrónico antes mencionados. Declaro que he sido informado de los derechos que me asisten como titular de la identificación, dirección y teléfono del responsable del tratamiento de mis datos de conformidad con la Ley 1581 del 2012 y sus decretos reglamentarios. La Caja garantiza la confidencialidad, libertad, seguridad, veracidad, transparencia, acceso y circulación restringida de mis datos.

De igual manera, autorizo a COMFACAUCA, en caso que cobre cuotas monetarias a las cuales no tenga derecho, me sean descontadas de los próximos pagos de la cuota monetaria de subsidio familiar a que hubiere lugar.

FIRMA DEL TRABAJADOR (A) No. de identificación

FIRMA Y SELLO DE LA EMPRESA

OBSERVACIONES

ESPACIO PARA RADICACIÓN COMFACAUCA

SECCIÓN SUBSIDIO FAMILIAR

2023-04-29

RECIBE		DIGITA	REVISA Y DIGITALIZA
FECHA	2023-04-29	FECHA	FECHA
NOMBRE	COMFACAUCA EN LÍNEA	NOMBRE	NOMBRE

VIGILADO Supersubsidio

MAYORES INFORMES: COMFACAUCA POPAYÁN: Calle 2 Nte. Nº 6A-54 Barrio Modelo PBX: (0928) 231868 Ext: 120-122-190-221 FAX: 8203961 nomina@comfacauca.com. - promoaportes@comfacauca.com
Santander de Quilichao: Calle 5 # 9-79 PBX: (0928) 292183 - **Puerto Tejada:** Cra. 20 # 16-25 Barrio El Centro Tel: (0928) 282189 - 282430 - **El Bordo:** Cr.7 # 4-33 PBX: 8262111
Guapi: Calle 6 Vía principal Cel: 3104681793 - **Miranda:** Calle 7 13 B #51-73 PBX: 8281487 - 8476330 - **www.comfacauca.com**

VERSION 1 / Junio 28 de 2022 ORIGINAL

comfacauca | El empleo es de todos | Mintrabajo

DECLARACIÓN JURAMENTADA

FECHA DE SOLICITUD: AÑO | MES | DÍA

CIUDAD / MUNICIPIO

YO:

identificado(a) con:
C.C☐ T.I☐ C.E☐ PAS☐ CD☐ PEP☐ PPT☐ VISA☐ OTRO☐ CUAL:

No.

Declaro bajo la gravedad de juramento que que toda la información aquí suministrada es VERÍDICA. Autorizo que por cualquier medio se verifique los datos aquí contenidos y en caso de falsedad, se apliquen las sanciones contempladas en la ley.

MOTIVO DE LA DECLARACIÓN

Marque con una X el motivo de la declaración

☐ 1. Convivencia y dependencia económica ☐ 2. Unión marital de hecho / Unión libre ☐ 3. Padres o hermanos huérfanos de padres ☐ 4. Otros

1. CONVIVENCIA Y DEPENDENCIA ECONÓMICA

A través del diligenciamiento del siguiente recuadro usted demostrará y aceptará que las personas relacionadas hacen parte de su grupo familiar (cónyuge, hijos, hijastros) conviven y dependen económicamente del trabajador(a)

NOMBRE COMPLETO DEL BENEFICIARIO	DOCUMENTO IDENTIFICACIÓN		PARENTESCO	TELÉFONO	CORREO ELECTRÓNICO
	TIPO	Número			

2. UNIÓN MARITAL DE HECHO (UNIÓN LIBRE)

A través del diligenciamiento del siguiente espacio demostrará y aceptará que usted convive y tiene una comunidad de vida singular con su compañera(o) permanente

Declaro que el (la) señor(a)_____ identificado(a) con el tipo de documento _____ número _____ es mi compañera(o) permanente y convivimos desde hace _____ años y _____ meses. Además el(la) señor(a) actualmente se desempeña como:

☐ Dependiente ☐ Independiente ☐ Pensionado(a) ☐ Estudiante ☐ No labora

3. PADRES O HERMANO(S) HUÉRFANO(S)

A través del diligenciamiento del siguiente recuadro declaro que mi padre / madre, hermano(a) huérfano(s) de padres relacionado(a) como parte del núcleo familiar, no recibe(n) subsidio familiar, salario, renta o pensión alguna, ni esta(n) afiliado(a)(s) a otra caja de compensación familiar.

NOMBRE COMPLETO DEL BENEFICIARIO	DOCUMENTO IDENTIFICACIÓN		PARENTESCO	TELÉFONO	CORREO ELECTRÓNICO
	TIPO	Número			

Firma del padre

Firma de la madre

4. OTROS

Declaro que desconozco la ubicación del señor(a)_____identificado con_____padre / madre biológico(a) del menor_____identificaco con_____ por lo que no puedo aportar los datos relacionados con su certificación laboral

NOTA: la fecha de lanzamiento de la presente declaración juramentada no puede tener una vigencia superior a treinta(30) días y deberá ser firmada por el (la) declarante. La información contiene la manifestación expresa del trabajador y su grupo familiar, y por tal razón se presume que corresponden a sus condiciones y realidad actual, no obstante, las cajas de compensación familiar podrán realizar las verificaciones internas y externas en cualquier momento durante su vinculación, con el fin de corroborar la veracidad de la información a través de los mecanismos que considere pertinentes. En todo caso de evidenciar inconsistencias en lo manifestado a través del presente documento, tendrán la facultad de retirar del grupo familiar a la (s) persona (s) a cargo y/o suspender el reconocimiento del subsidio familiar.

Firma del declarante y documento

Observaciones_____

REQUISITOS DOCUMENTALES DE AFILIACIÓN.

1 ☐ Formulario de afiliación
2 ☐ Documento de identificación del trabajador.
3 ☐ Documento de identificación del Conyuge/Compañero(a) permanente del trabajador.
4 ☐ Documento de identificación de los padres del trabajador.
5 ☐ Registro civil de nacimiento del trabajador.
6 ☐ Registro civil de nacimiento de los hijos, hijastros, hermanos.
7 ☐ Documento de identificación actualizado de los hijos, hijastros, hermanos.
8 ☐ Certificado de estudio o el boletin de calificaciones para hijos mayores de 12 años, hasta los 18 años y 11 meses. (No obligatorio Independiente y Pensionado)
9 ☐ Certificado de discapacidad o perdida de capacidad laboral expedido por la EPS o entidad competente para personas a cargo en condición de invalidez si aplica el caso.
10 ☐ Para desafiliar a un conyuge se debe presentar el documento en el que conste la cesación de efectos civiles del matrimonio, liquidación de la sociedad conyugal o unión marital de hecho.
11 ☐ Constancia laboral del Conyuge/Compañero permanente. **Si el Conyuge/Compañero(a) permanente no labora:** Diligenciar declaración juramentada establecida por Comfacauca y Ministerio de trabajo/ si el cónyuge es pensionado, anexar colilla de pago de la mesada.
12 ☐ Custodia expedida por autoridad competente. (ICBF, Comisarias, Juzgados de familia, centros de conciliación, jueces de familia, civil, promiscuo municipal y de paz, personería y en caso de no haber ninguna de las anteriores, el inspector de policía)
13 ☐ Certificado EPS, donde conste tipo de afiliación (Si el padre o la madre se encuentra afiliado al Régimen Subsidiado en Salud puede ser beneficiario del trabajador y recibir cuota monetaria)
14 ☐ Registro civil de defunción de los padres del trabajador.
15 ☐ Copia de resolución de pensión (Colfondos) que reconoce la calidad de pensionado(a), o certificado de pensión con sábana pensional (Fondos Privados) Copia del **último desprendible de pago,** para pensionados hasta 1.5 SMMLV y Mayores 1.5 SMMLV.
16 ☐ Carta de solicitud con nombre completo del solicitante, domicilio, identificación, lugar de residencia, valor mensual de ingresos y declaración de la fuente de los ingresos y manifestación sobre si estaba o no afiliado a alguna Caja de Compensación Familiar con anterioridad a la solicitud.
17 ☐ Certificado de paz y salvo, en el caso de afiliación anterior a otra caja
18 ☐ Si uno de los padres es fallecido, Registro Civil de Defunción.
19 ☐ Certificación veteranos
20 ☐ Certificación en la que indique que es madre comunitaria con el NIT, nombre, dirección, municipio y teléfono donde labora
21 ☐ Copia de la planilla PILA con el pago de la caja de compensación

REQUISITOS DOCUMENTALES DE AFILIACIÓN SEGÚN MODALIDAD

Trabajador	Adjuntar documentos de estos numerales
Dependiente	1 2
Independiente	1 2 16 17 21
Pensionado	1 2 15 16 17
Veterano	1 2 19
Madres comunitarias	1 2 21 20
Facultativos	1 2 21

Personas a Cargo del Trabajador (Dependiente, Independiente y Pensionado 0,6 y 2% - NO APLICA para Pensionado por Fidelidad)	
Conyuge/Compañero(a) permanente sin hijos.	3
Conyuge/Compañero(a) permanente e hijos de la unión.	3 6 7 8 9 10 11
Conyuge/compañero(a) permanente e hijastro(s).	3 6 7 8 9 10 11 12
Hijos de trabajador(a) separado(a).	3 6 7 8 9 10 11
Hijos no reconocidos por uno de los padres (menores en cuyo registro civil figure únicamente uno de los padres.)	6 7 8 9
Padres.	4 5 9 10 13 18
Hermanos huerfanos de padres	5 6 7 8 9 10 14

www.comfacauca.com

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

En su condición de administradora del

FONDO DE PENSIONES Y CESANTÍAS PORVENIR

NIT 800.144.331-3

CERTIFICA QUE:

JULIO CESAR ORDUZ ESPINOSA, identificado(a) con cédula de ciudadanía **91.465.345**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir y al Fondo de Cesantías Porvenir**.

La presente certificación se expide el 26 de Abril del 2023.

Cordialmente,



Gerencia de Clientes

Tenga en cuenta:

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

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

CERTIFICA

*La empresa **PUENTES DE COLOMBIA SAS** identificada con el número de NIT **901.419.847 - 1** y afiliación **9017092** inicia vinculación con la ARL AXA COLPATRIA, desde el **2023/04/25** y que los trabajadores que se relacionan se encuentran afiliados bajo este empleador para la cobertura de riesgos por accidentes de trabajo y/o enfermedades laborales.*

AF.	FECHA INGRESO	IDENTIF. EMPLEADO	TIPO IDENTIF.	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	TASA
9017092	26/04/2023	76.290.652	CC	Jose	Luis	Camacho	Luligo	6,960%
9017092	26/04/2023	91.465.345	CC	Julio	Cesar	Orduz	Espinoza	6,960%
9017092	26/04/2023	1.058.963.420	CC	Anderson	Andrey	Macias	Diaz	6,960%
9017092	26/04/2023	1.104.125.787	CC	Ender		Carreño	Barrios	6,960%

La presente se expide a solicitud del interesado, a los 25 días del mes de abril de 2023.

Fredy CEBALLOS MONTAÑA
ARL AXA COLPATRIA
Líder S&A OP. No Monetarias
Servicio al Cliente / Customer Service
Elaboró: jmmv

CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR DEL CAUCA
comfacauca
al servicio del trabajador y su familia

FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN AL SUBSIDIO FAMILIAR

NIT. 891.500.182-0

No. 363938

Diligencie este formulario en letra imprenta y tinta color negro

MODALIDAD DE INSCRIPCIÓN

DEPENDIENTE		INDEPENDIENTE	Indice de Aporte 0,6%	2%	PENSIONADO	Indice de Aporte 0%	0,6%	2%
Regular	☐	Regular	☐	☐	Fidelidad 25 años	☐		
Servicio Domestico	☐	Taxista	☐	☐	Menos de 1.5 SMMLV	☐	☐	☐
Madre Comunitaria	☐	Facultativos	☐	☐	Más de 1.5 SMMLV		☐	☐
Veteranos	☐	Colombiano en el Exterior	☐	☐				

PARTE A — INFORMACIÓN DE LA EMPRESA

NOMBRE O RAZÓN SOCIAL DE LA EMPRESA (Como figura en el RUT): **PUENTES DE COLOMBIA SAS**

NIT ☒ C.C ☐ T.I. ☐ C.E ☐ PAS ☐ — No. **901419847-1**

PARTE B — INFORMACIÓN DEL TRABAJADOR (A)

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	FECHA DE NACIMIENTO (AÑO / MES / DÍA)	GÉNERO
ORDUZ	ESPIOSA	JULIO	CESAR	1975 / 07 / 21	F ☐ M ☒ I ☐

C.C ☒ T.I ☐ C.E ☐ PAS ☐ CD ☐ PEP ☐ PPT ☐ VISA ☐ OTRO ☐ — CUAL: — No. **91465345**

ESTADO CIVIL: ☒ SOLTERO ☐ CASADO ☐ UNIÓN LIBRE ☐ VIUDO ☐ SEPARADO ☐ DIVORCIADO

DIRECCIÓN DE RESIDENCIA / BARRIO / VEREDA: **CL 15 1 66 b quebrada seca**

SECTOR: ☒ URBANO ☐ RURAL

TELÉFONO CELULAR: **3112083244**

TELÉFONO FIJO:

MUNICIPIO: **CAJIBIO** — DEPARTAMENTO: **CAUCA** — PAÍS: **COLOMBIA**

E-MAIL: **ivanherrera.construcciones@gmail.com**

FACTOR DE VULNERABILIDAD

- ☒ No disponible
- ☐ Cabeza de familia
- ☐ Desplazado
- ☐ Población migrante
- ☐ Ejercicio del trabajo sexual
- ☐ En condición de discapacidad
- ☐ Desmovilizado o reinsertado
- ☐ Hijos (as) de desmovilizados o reinsertados
- ☐ Damnificado desastre natural
- ☐ Hijo (as) de madres cabeza de familia
- ☐ Población zonas frontera (nacionales)
- ☐ Víctima del conflicto armado (no desplazado)

ORIENTACIÓN SEXUAL: ☒ Heterosexual ☐ Homosexual ☐ Bisexual ☐ Información no disponible

NIVEL EDUCATIVO

- ☐ Preescolar
- ☐ Básica
- ☐ Secundaria
- ☒ Media
- ☐ Técnico / tecnológico
- ☐ Profesional universitario
- ☐ Posgrado / maestría
- ☐ Ninguno

PERTENENCIA ÉTNICA

- ☐ Afrocolombiano
- ☐ Comunidad negra
- ☐ Indígena
- ☐ Raizal del archipiélago de San Andrés Providencia y Santa Catalina
- ☐ Palenquero
- ☐ Room/gitano
- ☒ No disponible

MUNICIPIO DONDE LABORA	SECTOR	FECHA DE INGRESO A SU EMPRESA (AÑO / MES / DÍA)	OCUPACIÓN / PROFESIÓN	HORAS LABORADAS AL MES	SALARIO MENSUAL
POPAYAN	☐ URBANO ☒ RURAL	2023 / 04 / 29	MAESTRO	240	☒ Básico ☐ Mesada Pensional — Comisiones ☐ SI ☒ NO — VALOR 1160000 (Suma todos los conceptos salariales)

INFORMACIÓN CUENTA BANCARIA PARA PAGO DEL SUBSIDIO FAMILIAR

¿DESEA QUE EL PAGO SEA CONSIGNADO A SU CUENTA? ☐ SI ☒ NO

El pago del subsidio a través de cuenta bancaria, garantiza que el mismo no prescriba (venza), acorde a lo establecido en el artículo 6 de la Ley 21/1982.

NOMBRE DEL BANCO — ☐ Cta. Ahorros ☐ Cta. Corriente — No. Cuenta

PARTE C — INFORMACIÓN DEL (A) CONYUGE Y/O COMPAÑERO (A) ACTUAL

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	FECHA DE NACIMIENTO (AÑO / MES / DÍA)	OCUPACIÓN/PROFESIÓN	GÉNERO
						F ☐ M ☐ I ☐

C.C ☐ T.I ☐ C.E ☐ PAS ☐ CD ☐ PEP ☐ PPT ☐ VISA ☐ OTRO ☐ — CUAL: — No.

CONVIVEN ☐ SI ☐ NO

NOMBRE DE EMPLEADOR CON QUIEN LABORA

IDENTIFICACIÓN EMPLEADOR — No.

PARTE D — DATOS DEL PADRE O MADRE BIOLÓGICO (A) DE LOS HIJOS A INSCRIBIR QUE NO CONVIVE CON EL TRABAJADOR (A)

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	FECHA DE NACIMIENTO (AÑO / MES / DÍA)	OCUPACIÓN/PROFESIÓN	GÉNERO
						F ☐ M ☐ I ☐

C.C ☐ T.I ☐ C.E ☐ PAS ☐ CD ☐ PEP ☐ PPT ☐ VISA ☐ OTRO ☐ — CUAL: — No.

NOMBRE DE EMPLEADOR CON QUIEN LABORA

IDENTIFICACIÓN EMPLEADOR — No.

PARTE E — INFORMACIÓN DE LAS PERSONAS A CARGO DEL TRABAJADOR (A)

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	FECHA DE NACIMIENTO AÑO	MES	DÍA	GENERO F	M	I	C.T. DISC	T. PARENTESCO HIJO	PADRE	HMNO	HJTR	IDENTIFICACIÓN C.C-T.I-C.E.-PAS-REGISTRO CIVIL (NUIP) Tipo	Número	USO EXCLUSIVO C.C.F.C N/A
ORDUZ	CARDENAS	GABRIEL	SANTIAGO	2015	08	13		x			x				RC	1029523767	

DISC: DISCAPACITADO — HIJO: HIJO — PADRE: PADRE — HMNO: HERMANO — HJTR: HIJASTRO

DECLARACIÓN:

Declaramos que la información suministrada en el presente formulario es verdadera, cuenta con los soportes probatorios correspondientes y podrá ser verificada en cualquier momento por parte de la Caja de Compensación Familiar del Cauca COMFACAUCA, de conformidad con lo dispuesto en el artículo 37 de la ley 21 de 1982. En el evento que la información suministrada cambie, me comprometo a reportar modificación de los datos a más tardar el día 10 del mes siguiente de ocurrida la novedad. El suministro de datos falsos por parte del empleador, a la Caja o la violación de la norma sobre salarios mínimos, es causal de desafiliación según artículo 45 de la Ley 21 de 1982.

Conforme a lo establecido en la Ley 1581 del 2012 y demás decretos reglamentarios, autorizo a la Caja de Compensación Familiar del Cauca, COMFACAUCA, para el tratamiento y manejo de mis datos personales consignados en el presente formulario, el cual consiste en recolectar, almacenar, depurar, usar, analizar, circular y cruzar información propia, con el fin de facilitar la prestación de servicios, pago de cuotas monetarias, ejercer las gestiones de cobro, reportar a centrales de riesgo cuando corresponda y en general todas las acciones que se deriven de los servicios que de conformidad con la Ley presta esta Caja de Compensación Familiar. Declaro que soy responsable de la veracidad de mis datos suministrados. Así mismo autorizo a la Caja de Compensación Familiar del Cauca, COMFACAUCA, a efectuar sus procedimientos de notificación y comunicación a la dirección de correspondencia y/o correo electrónico antes mencionados. Declaro que he sido informado de los derechos que me asisten como titular de la identificación, dirección y teléfono del responsable del tratamiento de mis datos de conformidad con la Ley 1581 del 2012 y sus decretos reglamentarios. La Caja garantiza la confidencialidad, libertad, seguridad, veracidad, transparencia, acceso y circulación restringida de mis datos.

De igual manera, autorizo a COMFACAUCA, en caso que cobre cuotas monetarias a las cuales no tenga derecho, me sean descontadas de los próximos pagos de la cuota monetaria de subsidio familiar a que hubiere lugar.

FIRMA DEL TRABAJADOR (A) No. de identificación

FIRMA Y SELLO DE LA EMPRESA

OBSERVACIONES

ESPACIO PARA RADICACIÓN COMFACAUCA

SECCIÓN SUBSIDIO FAMILIAR

2023-04-29

RECIBE		DIGITA	REVISA Y DIGITALIZA
FECHA	2023-04-29	FECHA	FECHA
NOMBRE	COMFACAUCA EN LÍNEA	NOMBRE	NOMBRE

VIGILADO SuperSubsidio

MAYORES INFORMES: COMFACAUCA POPAYÁN: Calle 2 Nte. Nº 6A-54 Barrio Modelo PBX: (0928) 231868 Ext: 120-122-190-221 FAX: 8203961 nomina@comfacauca.com. - promoaportes@comfacauca.com
Santander de Quilichao: Calle 5 # 9-79 PBX: (0928) 292183 - **Puerto Tejada:** Cra. 20 # 16-25 Barrio El Centro Tel: (0928) 282189 - 282430 - **El Bordo:** Cr.7 # 4-33 PBX: 8262111
Guapi: Calle 6 Vía principal Cel: 3104681793 - **Miranda:** Calle 7 13 B #51-73 PBX: 8281487 - 8476330 - **www.comfacauca.com**

VERSION 1 / Junio 28 de 2022 ORIGINAL

comfacauca | El empleo es de todos | Mintrabajo

DECLARACIÓN JURAMENTADA

FECHA DE SOLICITUD: AÑO | MES | DÍA

CIUDAD / MUNICIPIO

YO:

identificado(a) con:
C.C☐ T.I☐ C.E☐ PAS☐ CD☐ PEP☐ PPT☐ VISA☐ OTRO☐ CUAL:

No.

Declaro bajo la gravedad de juramento que que toda la información aquí suministrada es VERÍDICA. Autorizo que por cualquier medio se verifique los datos aquí contenidos y en caso de falsedad, se apliquen las sanciones contempladas en la ley.

MOTIVO DE LA DECLARACIÓN

Marque con una X el motivo de la declaración
☐ 1. Convivencia y dependencia económica ☐ 2. Unión marital de hecho / Unión libre ☐ 3. Padres o hermanos huérfanos de padres ☐ 4. Otros

1. CONVIVENCIA Y DEPENDENCIA ECONÓMICA

A través del diligenciamiento del siguiente recuadro usted demostrará y aceptará que las personas relacionadas hacen parte de su grupo familiar (cónyuge, hijos, hijastros) conviven y dependen económicamente del trabajador(a)

NOMBRE COMPLETO DEL BENEFICIARIO	DOCUMENTO IDENTIFICACIÓN		PARENTESCO	TELÉFONO	CORREO ELECTRÓNICO
	TIPO	Número			

2. UNIÓN MARITAL DE HECHO (UNIÓN LIBRE)

A través del diligenciamiento del siguiente espacio demostrará y aceptará que usted convive y tiene una comunidad de vida singular con su compañera(o) permanente

Declaro que el (la) señor(a)_____ identificado(a) con el tipo de documento _____ número _____
es mi compañera(o) permanente y convivimos desde hace _____ años y _____ meses. Además el(la) señor(a) actualmente se desempeña como:

☐ Dependiente ☐ Independiente ☐ Pensionado(a) ☐ Estudiante ☐ No labora

3. PADRES O HERMANO(S) HUÉRFANO(S)

A través del diligenciamiento del siguiente recuadro declaro que mi padre / madre, hermano(a) huérfano(s) de padres relacionado(a) como parte del núcleo familiar, no recibe(n) subsidio familiar, salario, renta o pensión alguna, ni esta(n) afiliado(a)(s) a otra caja de compensación familiar.

NOMBRE COMPLETO DEL BENEFICIARIO	DOCUMENTO IDENTIFICACIÓN		PARENTESCO	TELÉFONO	CORREO ELECTRÓNICO
	TIPO	Número			

Firma del padre | Firma de la madre

4. OTROS

Declaro que desconozco la ubicación del señor(a)_____identificado con_____padre / madre biológico(a) del menor_____identificaco con_____ por lo que no puedo aportar los datos relacionados con su certificación laboral

NOTA: la fecha de lanzamiento de la presente declaración juramentada no puede tener una vigencia superior a treinta(30) días y deberá ser firmada por el (la) declarante. La información contiene la manifestación expresa del trabajador y su grupo familiar, y por tal razón se presume que corresponden a sus condiciones y realidad actual, no obstante, las cajas de compensación familiar podrán realizar las verificaciones internas y externas en cualquier momento durante su vinculación, con el fin de corroborar la veracidad de la información a través de los mecanismos que considere pertinentes. En todo caso de evidenciar inconsistencias en lo manifestado a través del presente documento, tendrán la facultad de retirar del grupo familiar a la (s) persona (s) a cargo y/o suspender el reconocimiento del subsidio familiar.

Firma del declarante y documento

Observaciones_____

REQUISITOS DOCUMENTALES DE AFILIACIÓN.

1 ☐ Formulario de afiliación
2 ☐ Documento de identificación del trabajador.
3 ☐ Documento de identificación del Conyuge/Compañero(a) permanente del trabajador.
4 ☐ Documento de identificación de los padres del trabajador.
5 ☐ Registro civil de nacimiento del trabajador.
6 ☐ Registro civil de nacimiento de los hijos, hijastros, hermanos.
7 ☐ Documento de identificación actualizado de los hijos, hijastros, hermanos.
8 ☐ Certificado de estudio o el boletin de calificaciones para hijos mayores de 12 años, hasta los 18 años y 11 meses. (No obligatorio Independiente y Pensionado)
9 ☐ Certificado de discapacidad o perdida de capacidad laboral expedido por la EPS o entidad competente para personas a cargo en condición de invalidez si aplica el caso.
10 ☐ Para desafiliar a un conyuge se debe presentar el documento en el que conste la cesación de efectos civiles del matrimonio, liquidación de la sociedad conyugal o unión marital de hecho.
11 ☐ Constancia laboral del Conyuge/Compañero permanente. **Si el Conyuge/Compañero(a) permanente no labora:** Diligenciar declaración juramentada establecida por Comfacauca y Ministerio de trabajo/ si el cónyuge es pensionado, anexar colilla de pago de la mesada.
12 ☐ Custodia expedida por autoridad competente. (ICBF, Comisarias, Juzgados de familia, centros de conciliación, jueces de familia, civil, promiscuo municipal y de paz, personería y en caso de no haber ninguna de las anteriores, el inspector de policía)
13 ☐ Certificado EPS, donde conste tipo de afiliación (Si el padre o la madre se encuentra afiliado al Régimen Subsidiado en Salud puede ser beneficiario del trabajador y recibir cuota monetaria)
14 ☐ Registro civil de defunción de los padres del trabajador.
15 ☐ Copia de resolución de pensión (Colfondos) que reconoce la calidad de pensionado(a), o certificado de pensión con sábana pensional (Fondos Privados) Copia del **último desprendible de pago,** para pensionados hasta 1.5 SMMLV y Mayores 1.5 SMMLV.
16 ☐ Carta de solicitud con nombre completo del solicitante, domicilio, identificación, lugar de residencia, valor mensual de ingresos y declaración de la fuente de los ingresos y manifestación sobre si estaba o no afiliado a alguna Caja de Compensación Familiar con anterioridad a la solicitud.
17 ☐ Certificado de paz y salvo, en el caso de afiliación anterior a otra caja
18 ☐ Si uno de los padres es fallecido, Registro Civil de Defunción.
19 ☐ Certificación veteranos
20 ☐ Certificación en la que indique que es madre comunitaria con el NIT, nombre, dirección, municipio y teléfono donde labora
21 ☐ Copia de la planilla PILA con el pago de la caja de compensación

REQUISITOS DOCUMENTALES DE AFILIACIÓN SEGÚN MODALIDAD

Trabajador	Adjuntar documentos de estos numerales
Dependiente	1 2
Independiente	1 2 16 17 21
Pensionado	1 2 15 16 17
Veterano	1 2 19
Madres comunitarias	1 2 21 20
Facultativos	1 2 21

Personas a Cargo del Trabajador (Dependiente, Independiente y Pensionado 0,6 y 2% - NO APLICA para Pensionado por Fidelidad)	
Conyuge/Compañero(a) permanente sin hijos.	3
Conyuge/Compañero(a) permanente e hijos de la unión.	3 6 7 8 9 10 11
Conyuge/compañero(a) permanente e hijastro(s).	3 6 7 8 9 10 11 12
Hijos de trabajador(a) separado(a).	3 6 7 8 9 10 11
Hijos no reconocidos por uno de los padres (menores en cuyo registro civil figure únicamente uno de los padres.)	6 7 8 9
Padres.	4 5 9 10 13 18
Hermanos huerfanos de padres	5 6 7 8 9 10 14

www.comfacauca.com

NUEVA EPS S.A

NIT: 900156264 -2

CERTIFICA QUE:

El 2023-04-26 13:57:25, el empleador **PUENTES DE COLOMBIASAS** identificado con **NI** número **901419847** registró la siguiente solicitud de reingreso en nuestro Sistema de Afiliación Electrónica **VALE**

NUMERO DE RADICACIÓN	FECHA DE RADICACIÓN	TIPO DE SOLICITUD
553953845224	2023-04-26 13:57:25	REINGRESO

DETALLE

TIPO	IDENTIFICACIÓN	NOMBRE COTIZANTE	IBC	CARGO	FECHA REINGRESO
CC	91465345	JULIO CESAR ORDUZ	1160000	OBREROS Y PEONES DE LA CONSTRUCCIÓN DE EDIFICIOS	2023-01-26

La siguiente certificación se expide a solicitud del interesado a los 26 días del mes de Abril del año 2023.

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:

ANDERSON ANDREY MACIAS DIAZ, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.058.963.420**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 26 de Abril del 2023.

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.

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

CERTIFICA

*La empresa **PUENTES DE COLOMBIA SAS** identificada con el número de NIT **901.419.847 - 1** y afiliación **9017092** inicia vinculación con la ARL AXA COLPATRIA, desde el **2023/04/25** y que los trabajadores que se relacionan se encuentran afiliados bajo este empleador para la cobertura de riesgos por accidentes de trabajo y/o enfermedades laborales.*

AF.	FECHA INGRESO	IDENTIF. EMPLEADO	TIPO IDENTIF.	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	TASA
9017092	26/04/2023	76.290.652	CC	Jose	Luis	Camacho	Luligo	6,960%
9017092	26/04/2023	91.465.345	CC	Julio	Cesar	Orduz	Espinoza	6,960%
9017092	26/04/2023	1.058.963.420	CC	Anderson	Andrey	Macias	Diaz	6,960%
9017092	26/04/2023	1.104.125.787	CC	Ender		Carreño	Barrios	6,960%

La presente se expide a solicitud del interesado, a los 25 días del mes de abril de 2023.

Fredy CEBALLOS MONTAÑA
ARL AXA COLPATRIA
Líder S&A OP. No Monetarias
Servicio al Cliente / Customer Service
Elaboró: jmmv

CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR DEL CAUCA
comfacauca
al servicio del trabajador y su familia

FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN AL SUBSIDIO FAMILIAR

NIT. 891.500.182-0

No. 363940

Diligencie este formulario en letra imprenta y tinta color negro

MODALIDAD DE INSCRIPCIÓN

DEPENDIENTE		INDEPENDIENTE	Indice de Aporte 0,6%	2%	PENSIONADO	Indice de Aporte 0%	0,6%	2%
Regular	☐	Regular	☐	☐	Fidelidad 25 años	☐		
Servicio Domestico	☐	Taxista	☐	☐	Menos de 1.5 SMMLV	☐	☐	☐
Madre Comunitaria	☐	Facultativos	☐	☐	Más de 1.5 SMMLV		☐	☐
Veteranos	☐	Colombiano en el Exterior	☐	☐				

PARTE A — INFORMACIÓN DE LA EMPRESA

NOMBRE O RAZÓN SOCIAL DE LA EMPRESA (Como figura en el RUT): **PUENTES DE COLOMBIA SAS**

NIT [x] C.C [ ] T.I [ ] C.E [ ] PAS [ ] — No. **901419847-1**

PARTE B — INFORMACIÓN DEL TRABAJADOR (A)

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	FECHA DE NACIMIENTO (AÑO / MES / DÍA)	GÉNERO
MACIAS	DIAZ	ANDERSON	ANDREY	2004 / 05 / 15	F ☐ M [x] I ☐

C.C [x] T.I [ ] C.E [ ] PAS [ ] CD [ ] PEP [ ] PPT [ ] VISA [ ] OTRO [ ] CUAL: — No. **1058963420**

ESTADO CIVIL: [x] SOLTERO [ ] CASADO [ ] UNIÓN LIBRE [ ] VIUDO [ ] SEPARADO [ ] DIVORCIADO

DIRECCIÓN DE RESIDENCIA / BARRIO / VEREDA: **CL 15**

SECTOR: [x] URBANO [ ] RURAL

TELÉFONO CELULAR: **3106006719**

TELÉFONO FIJO:

MUNICIPIO: **POPAYAN** | DEPARTAMENTO: **CAUCA** | PAÍS: **COLOMBIA**

E-MAIL: **notiene@gmail.com**

FACTOR DE VULNERABILIDAD

- [x] No disponible
- [ ] Cabeza de familia
- [ ] Desplazado
- [ ] Población migrante
- [ ] Ejercicio del trabajo sexual
- [ ] En condición de discapacidad
- [ ] Desmovilizado o reinsertado
- [ ] Hijos (as) de desmovilizados o reinsertados
- [ ] Damnificado desastre natural
- [ ] Hijo (as) de madres cabeza de familia
- [ ] Población zonas frontera (nacionales)
- [ ] Víctima del conflicto armado (no desplazado)

NIVEL EDUCATIVO

- [ ] Preescolar
- [ ] Básica
- [ ] Secundaria
- [x] Media
- [ ] Técnico / tecnológico
- [ ] Profesional universitario
- [ ] Posgrado / maestría
- [ ] Ninguno

PERTENENCIA ÉTNICA

- [ ] Afrocolombiano
- [ ] Comunidad negra
- [ ] Indígena
- [ ] Raizal del archipiélago de San Andrés Providencia y Santa Catalina
- [ ] Palenquero
- [ ] Room/gitano
- [x] No disponible

ORIENTACIÓN SEXUAL [x] Heterosexual [ ] Homosexual [ ] Bisexual [ ] Información no disponible

MUNICIPIO DONDE LABORA	SECTOR	FECHA DE INGRESO A SU EMPRESA (AÑO / MES / DÍA)	OCUPACIÓN / PROFESIÓN	HORAS LABORADAS AL MES	SALARIO MENSUAL
POPAYAN	☐ URBANO [x] RURAL	2023 / 04 / 29	MAESTRO	240	[x] Básico [ ] Mesada Pensional — Comisiones ☐ SI [x] NO — VALOR 1160000 (Suma todos los conceptos salariales)

INFORMACIÓN CUENTA BANCARIA PARA PAGO DEL SUBSIDIO FAMILIAR

¿DESEA QUE EL PAGO SEA CONSIGNADO A SU CUENTA? ☐ SI [x] NO

El pago del subsidio a través de cuenta bancaria, garantiza que el mismo no prescriba (venza), acorde a lo establecido en el artículo 6 de la Ley 21/1982.

NOMBRE DEL BANCO — ☐ Cta. Ahorros ☐ Cta. Corriente — No. Cuenta

PARTE C — INFORMACIÓN DEL (A) CONYUGE Y/O COMPAÑERO (A) ACTUAL

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	FECHA DE NACIMIENTO (AÑO / MES / DÍA)	OCUPACIÓN/PROFESIÓN	GÉNERO
						F ☐ M ☐ I ☐

C.C ☐ T.I ☐ C.E ☐ PAS ☐ CD ☐ PEP ☐ PPT ☐ VISA ☐ OTRO ☐ CUAL: — No.

CONVIVEN ☐ SI ☐ NO

NOMBRE DE EMPLEADOR CON QUIEN LABORA

IDENTIFICACIÓN EMPLEADOR — No.

PARTE D — DATOS DEL PADRE O MADRE BIOLÓGICO (A) DE LOS HIJOS A INSCRIBIR QUE NO CONVIVE CON EL TRABAJADOR (A)

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	FECHA DE NACIMIENTO (AÑO / MES / DÍA)	OCUPACIÓN/PROFESIÓN	GÉNERO
						F ☐ M ☐ I ☐

C.C ☐ T.I ☐ C.E ☐ PAS ☐ CD ☐ PEP ☐ PPT ☐ VISA ☐ OTRO ☐ CUAL: — No.

NOMBRE DE EMPLEADOR CON QUIEN LABORA

IDENTIFICACIÓN EMPLEADOR — No.

PARTE E — INFORMACIÓN DE LAS PERSONAS A CARGO DEL TRABAJADOR (A)

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	FECHA DE NACIMIENTO (AÑO / MES / DÍA)	GENERO (F / M / I)	C.T. DISC	T. PARENTESCO HIJO	PADRE	HMNO	HJTR	IDENTIFICACIÓN C.C-T.I-C.E.-PAS-REGISTRO CIVIL (NUIP) Tipo	Número	USO EXCLUSIVO C.C.F.C N/A

DISC: DISCAPACITADO — HIJO: HIJO — PADRE: PADRE — HMNO: HERMANO — HJTR: HIJASTRO

DECLARACIÓN:

Declaramos que la información suministrada en el presente formulario es verdadera, cuenta con los soportes probatorios correspondientes y podrá ser verificada en cualquier momento por parte de la Caja de Compensación Familiar del Cauca COMFACAUCA, de conformidad con lo dispuesto en el artículo 37 de la ley 21 de 1982. En el evento que la información suministrada cambie, me comprometo a reportar modificación de los datos a más tardar el día 10 del mes siguiente de ocurrida la novedad. El suministro de datos falsos por parte del empleador, a la Caja o la violación de la norma sobre salarios mínimos, es causal de desafiliación según artículo 45 de la Ley 21 de 1982.

Conforme a lo establecido en la Ley 1581 del 2012 y demás decretos reglamentarios, autorizo a la Caja de Compensación Familiar del Cauca, COMFACAUCA, para el tratamiento y manejo de mis datos personales consignados en el presente formulario, el cual consiste en recolectar, almacenar, depurar, usar, analizar, circular y cruzar información propia, con el fin de facilitar la prestación de servicios, pago de cuotas monetarias, ejercer las gestiones de cobro, reportar a centrales de riesgo cuando corresponda y en general todas las acciones que se deriven de los servicios que de conformidad con la Ley presta esta Caja de Compensación Familiar. Declaro que soy responsable de la veracidad de mis datos suministrados. Así mismo autorizo a la Caja de Compensación Familiar del Cauca, COMFACAUCA, a efectuar sus procedimientos de notificación y comunicación a la dirección de correspondencia y/o correo electrónico antes mencionados. Declaro que he sido informado de los derechos que me asisten como titular de la identificación, dirección y teléfono del responsable del tratamiento de mis datos de conformidad con la Ley 1581 del 2012 y sus decretos reglamentarios. La Caja garantiza la confidencialidad, libertad, seguridad, veracidad, transparencia, acceso y circulación restringida de mis datos.

De igual manera, autorizo a COMFACAUCA, en caso que cobre cuotas monetarias a las cuales no tenga derecho, me sean descontadas de los próximos pagos de la cuota monetaria de subsidio familiar a que hubiere lugar.

FIRMA DEL TRABAJADOR (A) No. de identificación

FIRMA Y SELLO DE LA EMPRESA

OBSERVACIONES

ESPACIO PARA RADICACIÓN COMFACAUCA

comfacauca

SECCIÓN SUBSIDIO FAMILIAR

2023-04-29

RECIBE		DIGITA	REVISA Y DIGITALIZA
FECHA	2023-04-29	FECHA	FECHA
NOMBRE	COMFACAUCA EN LÍNEA	NOMBRE	NOMBRE

VIGILADO Supersubsidio

MAYORES INFORMES: COMFACAUCA POPAYÁN: Calle 2 Nte. Nº 6A-54 Barrio Modelo PBX: (0928) 231868 Ext: 120-122-190-221 FAX: 8203961 nomina@comfacauca.com. - promoaportes@comfacauca.com
Santander de Quilichao: Calle 5 # 9-79 PBX: (0928) 292183 **- Puerto Tejada:** Cra. 20 # 16-25 Barrio El Centro Tel: (0928) 282189 - 282430 **- El Bordo:** Cr.7 # 4-33 PBX: 8262111
Guapi: Calle 6 Vía principal Cel: 3104681793 **- Miranda:** Calle 7 13 B #51-73 PBX: 8281487 - 8476330 **- www.comfacauca.com**

VERSION 1 / Junio 28 de 2022 ORIGINAL

comfacauca | El empleo es de todos | Mintrabajo

DECLARACIÓN JURAMENTADA

FECHA DE SOLICITUD — AÑO | MES | DÍA

CIUDAD / MUNICIPIO

YO:

identificado(a) con:
C.C☐ T.I☐ C.E☐ PAS☐ CD☐ PEP☐ PPT☐ VISA☐ OTRO☐ CUAL:

No.

Declaro bajo la gravedad de juramento que que toda la información aquí suministrada es VERÍDICA. Autorizo que por cualquier medio se verifique los datos aquí contenidos y en caso de falsedad, se apliquen las sanciones contempladas en la ley.

MOTIVO DE LA DECLARACIÓN

Marque con una X el motivo de la declaración

☐ 1. Convivencia y dependencia económica ☐ 2. Unión marital de hecho / Unión libre ☐ 3. Padres o hermanos huérfanos de padres ☐ 4. Otros

1. CONVIVENCIA Y DEPENDENCIA ECONÓMICA

A través del diligenciamiento del siguiente recuadro usted demostrará y aceptará que las personas relacionadas hacen parte de su grupo familiar (cónyuge, hijos, hijastros) conviven y dependen económicamente del trabajador(a)

NOMBRE COMPLETO DEL BENEFICIARIO	DOCUMENTO IDENTIFICACIÓN		PARENTESCO	TELÉFONO	CORREO ELECTRÓNICO
	TIPO	Número			

2. UNIÓN MARITAL DE HECHO (UNIÓN LIBRE)

A través del diligenciamiento del siguiente espacio demostrará y aceptará que usted convive y tiene una comunidad de vida singular con su compañera(o) permanente

Declaro que el (la) señor(a)_____ identificado(a) con el tipo de documento _____ número _____
es mi compañera(o) permanente y convivimos desde hace _____ años y _____ meses. Además el(la) señor(a) actualmente se desempeña como:

☐ Dependiente ☐ Independiente ☐ Pensionado(a) ☐ Estudiante ☐ No labora

3. PADRES O HERMANO(S) HUÉRFANO(S)

A través del diligenciamiento del siguiente recuadro declaro que mi padre / madre, hermano(a) huérfano(s) de padres relacionado(a) como parte del núcleo familiar, no recibe(n) subsidio familiar, salario, renta o pensión alguna, ni esta(n) afiliado(a)(s) a otra caja de compensación familiar.

NOMBRE COMPLETO DEL BENEFICIARIO	DOCUMENTO IDENTIFICACIÓN		PARENTESCO	TELÉFONO	CORREO ELECTRÓNICO
	TIPO	Número			

Firma del padre

Firma de la madre

4. OTROS

Declaro que desconozco la ubicación del señor(a)_____identificado con_____padre / madre biológico(a) del menor_____identificaco con_____ por lo que no puedo aportar los datos relacionados con su certificación laboral

NOTA: la fecha de lanzamiento de la presente declaración juramentada no puede tener una vigencia superior a treinta(30) días y deberá ser firmada por el (la) declarante. La información contiene la manifestación expresa del trabajador y su grupo familiar, y por tal razón se presume que corresponden a sus condiciones y realidad actual, no obstante, las cajas de compensación familiar podrán realizar las verificaciones internas y externas en cualquier momento durante su vinculación, con el fin de corroborar la veracidad de la información a través de los mecanismos que considere pertinentes. En todo caso de evidenciar inconsistencias en lo manifestado a través del presente documento, tendrán la facultad de retirar del grupo familiar a la (s) persona (s) a cargo y/o suspender el reconocimiento del subsidio familiar.

Firma del declarante y documento

Observaciones_____

REQUISITOS DOCUMENTALES DE AFILIACIÓN.

1 ☐	Formulario de afiliación
2 ☐	Documento de identificación del trabajador.
3 ☐	Documento de identificación del Conyuge/Compañero(a) permanente del trabajador.
4 ☐	Documento de identificación de los padres del trabajador.
5 ☐	Registro civil de nacimiento del trabajador.
6 ☐	Registro civil de nacimiento de los hijos, hijastros, hermanos.
7 ☐	Documento de identificación actualizado de los hijos, hijastros, hermanos.
8 ☐	Certificado de estudio o el boletin de calificaciones para hijos mayores de 12 años, hasta los 18 años y 11 meses. (No obligatorio Independiente y Pensionado)
9 ☐	Certificado de discapacidad o perdida de capacidad laboral expedido por la EPS o entidad competente para personas a cargo en condición de invalidez si aplica el caso.
10 ☐	Para desafiliar a un conyuge se debe presentar el documento en el que conste la cesación de efectos civiles del matrimonio, liquidación de la sociedad conyugal o unión marital de hecho.
11 ☐	Constancia laboral del Conyuge/Compañero permanente. **Si el Conyuge/Compañero(a) permanente no labora:** Diligenciar declaración juramentada establecida por Comfacauca y Ministerio de trabajo/ si el cónyuge es pensionado, anexar colilla de pago de la mesada.
12 ☐	Custodia expedida por autoridad competente. (ICBF, Comisarias, Juzgados de familia, centros de conciliación, jueces de familia, civil, promiscuo municipal y de paz, personería y en caso de no haber ninguna de las anteriores, el inspector de policía)
13 ☐	Certificado EPS, donde conste tipo de afiliación (Si el padre o la madre se encuentra afiliado al Régimen Subsidiado en Salud puede ser beneficiario del trabajador y recibir cuota monetaria)
14 ☐	Registro civil de defunción de los padres del trabajador.
15 ☐	Copia de resolución de pensión (Colfondos) que reconoce la calidad de pensionado(a), o certificado de pensión con sábana pensional (Fondos Privados) Copia del **último desprendible de pago,** para pensionados hasta 1.5 SMMLV y Mayores 1.5 SMMLV.
16 ☐	Carta de solicitud con nombre completo del solicitante, domicilio, identificación, lugar de residencia, valor mensual de ingresos y declaración de la fuente de los ingresos y manifestación sobre si estaba o no afiliado a alguna Caja de Compensación Familiar con anterioridad a la solicitud.
17 ☐	Certificado de paz y salvo, en el caso de afiliación anterior a otra caja
18 ☐	Si uno de los padres es fallecido, Registro Civil de Defunción.
19 ☐	Certificación veteranos
20 ☐	Certificación en la que indique que es madre comunitaria con el NIT, nombre, dirección, municipio y teléfono donde labora
21 ☐	Copia de la planilla PILA con el pago de la caja de compensación

REQUISITOS DOCUMENTALES DE AFILIACIÓN SEGÚN MODALIDAD

Trabajador	Adjuntar documentos de estos numerales
Dependiente	1 2
Independiente	1 2 16 17 21
Pensionado	1 2 15 16 17
Veterano	1 2 19
Madres comunitarias	1 2 21 20
Facultativos	1 2 21

Personas a Cargo del Trabajador (Dependiente, Independiente y Pensionado 0,6 y 2% - NO APLICA para Pensionado por Fidelidad)	
Conyuge/Compañero(a) permanente sin hijos.	3
Conyuge/Compañero(a) permanente e hijos de la unión.	3 6 7 8 9 10 11
Conyuge/compañero(a) permanente e hijastro(s).	3 6 7 8 9 10 11 12
Hijos de trabajador(a) separado(a).	3 6 7 8 9 10 11
Hijos no reconocidos por uno de los padres (menores en cuyo registro civil figure únicamente uno de los padres.)	6 7 8 9
Padres.	4 5 9 10 13 18
Hermanos huerfanos de padres	5 6 7 8 9 10 14

www.comfacauca.com

ASMET Salud

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

NÚMERO DE RADICACIÓN | FECHA DE RADICACIÓN

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

I. DATOS DEL TRÁMITE

1. Tipo de Trámite: A. Afiliación [X] B. Reporte de Novedades [ ]

2. Tipo de Afiliación: A. Individual [X] -Cotizante o Cabeza de Familia [X] -Beneficiario o Afiliado adicional [ ] B. Colectivo [ ] C. Institucional [ ] D. De oficio [ ]

3. Régimen: A. Contributivo [X] B. Subsidiado [ ]

4. Tipo de afiliado: A. Cotizante [X] B. Cabeza de Familia [ ] C. Beneficiario [ ]

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

Código (El registra por la EPS) [ ]

II. AFILIACIÓN

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

6. Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre
Macias	Diaz	Anderson	Andrey

7. Tipo de documento de identidad	8. Número del documento de identidad	9. Sexo: Femenino [ ] Masculino [X]	10. Fecha de nacimiento: DD / MM / AAAA
CC NN	1058963420		

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

Datos personales

11. Etnia	12. Discapacidad: Tipo NA Condición: I [ ] P [ ]	13. Puntaje SISBEN	14. Grupo Poblacional
NA			

15. Administradora de Riesgos Laborales – ARL	16. Administradora de Pensiones	17. Ingreso base de cotización - IBC
ARL Sura	Porvenir	1'160.000

18. Residencia: Dirección: Calle 15 22-101 Lote 9 | Teléfono fijo: | Teléfono celular: 3106006719 | Correo electrónico:

Popayan (Municipio) | Zona: Urbana [X] Rural [ ] | Localidad / Barrio: Retiro alto | Departamento: Cauca

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR

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

19. Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

20. Tipo de documento de identidad: NU	21. Número del documento de identidad	22. Sexo: Femenino [ ] Masculino [ ]	23. Fecha de nacimiento: DD / MM / AAAA

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

	24. Apellidos y nombres: Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre
01				
02				
03				
04				
05				

	25. Tipo de documento de identidad	26. Número del documento de identidad	27. Sexo: Femenino	Masculino	28. Fecha de nacimiento
01	NA				DD / MM / AAAA
02	NA				DD / MM / AAAA
03	NA				DD / MM / AAAA
04	NA				DD / MM / AAAA
05	NA				DD / MM / AAAA

Datos complementarios

	29. Parentesco	30. Etnia	31. Discapacidad: Tipo	Clase	Condición: I	P
01	NA	NA				
02	NA	NA				
03	NA	NA				
04	NA	NA				
05	NA	NA				

	32. Datos de residencia: Municipio / Distrito	Zona: Urbana	Rural	Departamento	Teléfono Fijo o Celular	33. Valor de la UPC del afiliado adicional (a registrar por la EPS)
01						
02						
03						
04						
05						

Selección de la IPS Primaria

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

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

35. Nombre o razón social	36. Tipo de documento de identificación: NIT	37. Número del documento de identificación	38. Tipo de aportante o pagador pensiones (a registrar por la EPS)
Puentes de Colombia SAS	NIT	901419847-1	

39. Ubicación: Dirección	Teléfono	Correo electrónico	Municipio/Ciudad: Popayán	Departamento: Cauca
Km 2 antigua Via Huila				

VIGILADO SUPERSALUD

Powered by CamScanner 283

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
- [X] 9. Inicio de relación laboral o adquisición de condiciones para aportar
- [ ] 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: [X] A. Régimen Contributivo [ ] B. Régimen Subsidiado
- [ ] 14. Traslado: [ ] A. Mismo Régimen [ ] B. Diferente Régimen
- [ ] 15. Reporte de fallecimiento
- [ ] 16. Reporte del aporte de protección al cesante
- [ ] 17. Reporte de la cotización de Pre-pensionados
- [ ] 18. Reporte de la cotización de pensionados

V. 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: F [ ] M [ ]	Fecha de nacimiento: DD MM AAAA	42. Fecha DD 29 MM 04 AAAA 2023
NA				

43. EPS anterior	44. Motivo de traslado Código: NA	45. Caja de Compensación Familiar o pagador de pensiones

VI. 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 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 sola.
- [X] 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 aporte la información que se genere de la afiliación o el 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, bajo estricto cumplimiento de 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.

VII. FIRMAS

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

IX. ANEXOS

- [ ] 56. Anexo copia del documento de identidad: CN [ ] RC [ ] TI [ ] CC [ ] PA [ ] CE [ ] DD [ ] SC [ ] PT [ ] PE [ ] 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 decrete el divorcio, sentencia judicial que declare la separación de cuerpo 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 escrita por el cotizante sobre la ausencia de los dos padres.
- [ ] 63. Copia de la autorización de traslados 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 cabeza de familia 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 de departamento	67. Datos del SISBÉN: Número de ficha	Puntaje	Nivel	68. Fecha de validación	69. Fecha de validación

70. Datos del funcionario que realiza la validación

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

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

Observaciones: _____

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

Powered by 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:

ENDER CARREÑO BARRIOS, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.104.125.787**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 26 de Abril del 2023.

Cordialmente,



Gerencia de Clientes

Tenga en cuenta:

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

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

CERTIFICA

*La empresa **PUENTES DE COLOMBIA SAS** identificada con el número de NIT **901.419.847 - 1** y afiliación **9017092** inicia vinculación con la ARL AXA COLPATRIA, desde el **2023/04/25** y que los trabajadores que se relacionan se encuentran afiliados bajo este empleador para la cobertura de riesgos por accidentes de trabajo y/o enfermedades laborales.*

AF.	FECHA INGRESO	IDENTIF. EMPLEADO	TIPO IDENTIF.	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	TASA
9017092	26/04/2023	76.290.652	CC	Jose	Luis	Camacho	Luligo	6,960%
9017092	26/04/2023	91.465.345	CC	Julio	Cesar	Orduz	Espinoza	6,960%
9017092	26/04/2023	1.058.963.420	CC	Anderson	Andrey	Macias	Diaz	6,960%
9017092	26/04/2023	1.104.125.787	CC	Ender		Carreño	Barrios	6,960%

La presente se expide a solicitud del interesado, a los 25 días del mes de abril de 2023.

Fredy CEBALLOS MONTAÑA
ARL AXA COLPATRIA
Líder S&A OP. No Monetarias
Servicio al Cliente / Customer Service
Elaboró: jmmv

CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR DEL CAUCA
comfacauca
al servicio del trabajador y su familia

FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN AL SUBSIDIO FAMILIAR

NIT. 891.500.182-0

No. 363942

Diligencie este formulario
en letra imprenta y tinta color negro

MODALIDAD DE INSCRIPCIÓN

DEPENDIENTE		INDEPENDIENTE	Indice de Aporte 0,6%	2%	PENSIONADO	Indice de Aporte 0%	0,6%	2%
Regular	☐	Regular	☐	☐	Fidelidad 25 años	☐		
Servicio Domestico	☐	Taxista	☐	☐	Menos de 1.5 SMMLV	☐	☐	☐
Madre Comunitaria	☐	Facultativos	☐	☐	Más de 1.5 SMMLV		☐	☐
Veteranos	☐	Colombiano en el Exterior	☐	☐				

PARTE A — INFORMACIÓN DE LA EMPRESA

NOMBRE O RAZÓN SOCIAL DE LA EMPRESA (Como figura en el RUT)
PUENTES DE COLOMBIA SAS

NIT [x] C.C [ ] T.I. [ ] C.E [ ] PAS [ ]
No. **901419847-1**

PARTE B — INFORMACIÓN DEL TRABAJADOR (A)

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	FECHA DE NACIMIENTO (AÑO / MES / DÍA)	GÉNERO
CARREÑO	BARRIOS	ENDER		1986 / 10 / 15	F ☐ M [x] I ☐

C.C [x] T.I [ ] C.E [ ] PAS [ ] CD [ ] PEP [ ] PPT [ ] VISA [ ] OTRO [ ]
CUAL: No. **1104125787**

ESTADO CIVIL: [x] SOLTERO [ ] CASADO [ ] UNIÓN LIBRE [ ] VIUDO [ ] SEPARADO [ ] DIVORCIADO

DIRECCIÓN DE RESIDENCIA / BARRIO / VEREDA: **Vereda POPAYAN**

SECTOR: [ ] URBANO [x] RURAL

TELÉFONO CELULAR: **3162499421**

TELÉFONO FIJO:

MUNICIPIO: **POPAYAN** | DEPARTAMENTO: **CAUCA** | PAÍS: **COLOMBIA**

E-MAIL: **NOTIENE@GMAIL.COM**

FACTOR DE VULNERABILIDAD
- [x] No disponible
- [ ] Cabeza de familia
- [ ] Desplazado
- [ ] Población migrante
- [ ] Ejercicio del trabajo sexual
- [ ] En condición de discapacidad
- [ ] Desmovilizado o reinsertado
- [ ] Hijos (as) de desmovilizados o reinsertados
- [ ] Damnificado desastre natural
- [ ] Hijo (as) de madres cabeza de familia
- [ ] Población zonas frontera (nacionales)
- [ ] Víctima del conflicto armado (no desplazado)

NIVEL EDUCATIVO
- [ ] Preescolar
- [ ] Básica
- [ ] Secundaria
- [x] Media
- [ ] Técnico / tecnológico
- [ ] Profesional universitario
- [ ] Posgrado / maestría
- [ ] Ninguno

PERTENENCIA ÉTNICA
- [ ] Afrocolombiano
- [ ] Comunidad negra
- [ ] Indígena
- [ ] Raizal del archipiélago de San Andrés Providencia y Santa Catalina
- [ ] Palenquero
- [x] Room/gitano
- [ ] No disponible

ORIENTACIÓN SEXUAL [x] Heterosexual [ ] Homosexual [ ] Bisexual [ ] Información no disponible

MUNICIPIO DONDE LABORA	SECTOR	FECHA DE INGRESO A SU EMPRESA (AÑO / MES / DÍA)	OCUPACIÓN / PROFESIÓN	HORAS LABORADAS AL MES	SALARIO MENSUAL
POPAYAN	[ ] URBANO [x] RURAL	2023 / 04 / 29	OFICIAL	240	[x] Básico [ ] Mesada Pensional — Comisiones [ ] SI [x] NO — VALOR 1160000 (Suma todos los conceptos salariales)

INFORMACIÓN CUENTA BANCARIA PARA PAGO DEL SUBSIDIO FAMILIAR

¿DESEA QUE EL PAGO SEA CONSIGNADO A SU CUENTA? [ ] SI [x] NO

El pago del subsidio a través de cuenta bancaria, garantiza que el mismo no prescriba (venza), acorde a lo establecido en el artículo 6 de la Ley 21/1982.

NOMBRE DEL BANCO | [ ] Cta. Ahorros [ ] Cta. Corriente | No. Cuenta

PARTE C — INFORMACIÓN DEL (A) CONYUGE Y/O COMPAÑERO (A) ACTUAL

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	FECHA DE NACIMIENTO (AÑO / MES / DÍA)	OCUPACIÓN/PROFESIÓN	GÉNERO
						F ☐ M ☐ I ☐

C.C ☐ T.I ☐ C.E ☐ PAS ☐ CD ☐ PEP ☐ PPT ☐ VISA ☐ OTRO ☐ — CUAL: — No.

CONVIVEN [ ] SI [ ] NO

NOMBRE DE EMPLEADOR CON QUIEN LABORA

IDENTIFICACIÓN EMPLEADOR — No.

PARTE D — DATOS DEL PADRE O MADRE BIOLÓGICO (A) DE LOS HIJOS A INSCRIBIR QUE NO CONVIVE CON EL TRABAJADOR (A)

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	FECHA DE NACIMIENTO (AÑO / MES / DÍA)	OCUPACIÓN/PROFESIÓN	GÉNERO
						F ☐ M ☐ I ☐

C.C ☐ T.I ☐ C.E ☐ PAS ☐ CD ☐ PEP ☐ PPT ☐ VISA ☐ OTRO ☐ — CUAL: — No.

NOMBRE DE EMPLEADOR CON QUIEN LABORA

IDENTIFICACIÓN EMPLEADOR — No.

PARTE E — INFORMACIÓN DE LAS PERSONAS A CARGO DEL TRABAJADOR (A)

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	FECHA DE NACIMIENTO AÑO	MES	DÍA	GENERO F	M	I	C.T. DISC	T. PARENTESCO HIJO	PDRE	HMNO	HJTR	IDENTIFICACIÓN C.C-T.I-C.E.-PAS-REGISTRO CIVIL (NUIP) Tipo	Número	USO EXCLUSIVO C.C.F.C N/A

DISC: DISCAPACITADO — HIJO: HIJO — PDRE: PADRE — HMNO: HERMANO — HJTR: HIJASTRO

DECLARACIÓN:

Declaramos que la información suministrada en el presente formulario es verdadera, cuenta con los soportes probatorios correspondientes y podrá ser verificada en cualquier momento por parte de la Caja de Compensación Familiar del Cauca COMFACAUCA, de conformidad con lo dispuesto en el artículo 37 de la ley 21 de 1982. En el evento que la información suministrada cambie, me comprometo a reportar modificación de los datos a más tardar el día 10 del mes siguiente de ocurrida la novedad. El suministro de datos falsos por parte del empleador, a la Caja o la violación de la norma sobre salarios mínimos, es causal de desafiliación según artículo 45 de la Ley 21 de 1982.

Conforme a lo establecido en la Ley 1581 del 2012 y demás decretos reglamentarios, autorizo a la Caja de Compensación Familiar del Cauca, COMFACAUCA, para el tratamiento y manejo de mis datos personales consignados en el presente formulario, el cual consiste en recolectar, almacenar, depurar, usar, analizar, circular y cruzar información propia, con el fin de facilitar la prestación de servicios, pago de cuotas monetarias, ejercer las gestiones de cobro, reportar a centrales de riesgo cuando corresponda y en general todas las acciones que se deriven de los servicios que de conformidad con la Ley presta esta Caja de Compensación Familiar. Declaro que soy responsable de la veracidad de mis datos suministrados. Así mismo autorizo a la Caja de Compensación Familiar del Cauca, COMFACAUCA, a efectuar sus procedimientos de notificación y comunicación a la dirección de correspondencia y/o correo electrónico antes mencionados. Declaro que he sido informado de los derechos que me asisten como titular de la identificación, dirección y teléfono del responsable del tratamiento de mis datos de conformidad con la Ley 1581 del 2012 y sus decretos reglamentarios. La Caja garantiza la confidencialidad, libertad, seguridad, veracidad, transparencia, acceso y circulación restringida de mis datos.

De igual manera, autorizo a COMFACAUCA, en caso que cobre cuotas monetarias a las cuales no tenga derecho, me sean descontadas de los próximos pagos de la cuota monetaria de subsidio familiar a que hubiere lugar.

FIRMA DEL TRABAJADOR (A) No. de identificación

FIRMA Y SELLO DE LA EMPRESA

OBSERVACIONES

ESPACIO PARA RADICACIÓN COMFACAUCA

comfacauca

SECCIÓN SUBSIDIO FAMILIAR

2023-04-29

RECIBE		DIGITA	REVISA Y DIGITALIZA
FECHA	2023-04-29	FECHA	FECHA
NOMBRE	COMFACAUCA EN LÍNEA	NOMBRE	NOMBRE

VIGILADO Supersubsidio

MAYORES INFORMES: COMFACAUCA POPAYÁN: Calle 2 Nte. Nº 6A-54 Barrio Modelo PBX: (0928) 231868 Ext: 120-122-190-221 FAX: 8203961 nomina@comfacauca.com. - promoaportes@comfacauca.com
Santander de Quilichao: Calle 5 # 9-79 PBX: (0928) 292183 - **Puerto Tejada:** Cra. 20 # 16-25 Barrio El Centro Tel: (0928) 282189 - 282430 - **El Bordo:** Cr.7 # 4-33 PBX: 8262111
Guapi: Calle 6 Vía principal Cel: 3104681793 - **Miranda:** Calle 7 13 B #51-73 PBX: 8281487 - 8476330 - **www.comfacauca.com**

VERSION 1 / Junio 28 de 2022 ORIGINAL

comfacauca | El empleo es de todos | Mintrabajo

DECLARACIÓN JURAMENTADA

FECHA DE SOLICITUD: AÑO | MES | DÍA

CIUDAD / MUNICIPIO

YO:

identificado(a) con:
C.C☐ T.I☐ C.E☐ PAS☐ CD☐ PEP☐ PPT☐ VISA☐ OTRO☐ CUAL:

No.

Declaro bajo la gravedad de juramento que que toda la información aquí suministrada es VERÍDICA. Autorizo que por cualquier medio se verifique los datos aquí contenidos y en caso de falsedad, se apliquen las sanciones contempladas en la ley.

MOTIVO DE LA DECLARACIÓN

Marque con una X el motivo de la declaración

☐ 1. Convivencia y dependencia económica ☐ 2. Unión marital de hecho / Unión libre ☐ 3. Padres o hermanos huérfanos de padres ☐ 4. Otros

1. CONVIVENCIA Y DEPENDENCIA ECONÓMICA

A través del diligenciamiento del siguiente recuadro usted demostrará y aceptará que las personas relacionadas hacen parte de su grupo familiar (cónyuge, hijos, hijastros) conviven y dependen económicamente del trabajador(a)

NOMBRE COMPLETO DEL BENEFICIARIO	DOCUMENTO IDENTIFICACIÓN		PARENTESCO	TELÉFONO	CORREO ELECTRÓNICO
	TIPO	Número			

2. UNIÓN MARITAL DE HECHO (UNIÓN LIBRE)

A través del diligenciamiento del siguiente espacio demostrará y aceptará que usted convive y tiene una comunidad de vida singular con su compañera(o) permanente

Declaro que el (la) señor(a)_____ identificado(a) con el tipo de documento _____ número _____
es mi compañera(o) permanente y convivimos desde hace _____ años y _____ meses. Además el(la) señor(a) actualmente se desempeña como:

☐ Dependiente ☐ Independiente ☐ Pensionado(a) ☐ Estudiante ☐ No labora

3. PADRES O HERMANO(S) HUÉRFANO(S)

A través del diligenciamiento del siguiente recuadro declaro que mi padre / madre, hermano(a) huérfano(s) de padres relacionado(a) como parte del núcleo familiar, no recibe(n) subsidio familiar, salario, renta o pensión alguna, ni esta(n) afiliado(a)(s) a otra caja de compensación familiar.

NOMBRE COMPLETO DEL BENEFICIARIO	DOCUMENTO IDENTIFICACIÓN		PARENTESCO	TELÉFONO	CORREO ELECTRÓNICO
	TIPO	Número			

Firma del padre

Firma de la madre

4. OTROS

Declaro que desconozco la ubicación del señor(a)_____identificado con_____padre / madre biológico(a) del menor_____identificaco con_____ por lo que no puedo aportar los datos relacionados con su certificación laboral

NOTA: la fecha de lanzamiento de la presente declaración juramentada no puede tener una vigencia superior a treinta(30) días y deberá ser firmada por el (la) declarante. La información contiene la manifestación expresa del trabajador y su grupo familiar, y por tal razón se presume que corresponden a sus condiciones y realidad actual, no obstante, las cajas de compensación familiar podrán realizar las verificaciones internas y externas en cualquier momento durante su vinculación, con el fin de corroborar la veracidad de la información a través de los mecanismos que considere pertinentes. En todo caso de evidenciar inconsistencias en lo manifestado a través del presente documento, tendrán la facultad de retirar del grupo familiar a la (s) persona (s) a cargo y/o suspender el reconocimiento del subsidio familiar.

Firma del declarante y documento

Observaciones_____

REQUISITOS DOCUMENTALES DE AFILIACIÓN.

1 ☐ Formulario de afiliación
2 ☐ Documento de identificación del trabajador.
3 ☐ Documento de identificación del Conyuge/Compañero(a) permanente del trabajador.
4 ☐ Documento de identificación de los padres del trabajador.
5 ☐ Registro civil de nacimiento del trabajador.
6 ☐ Registro civil de nacimiento de los hijos, hijastros, hermanos.
7 ☐ Documento de identificación actualizado de los hijos, hijastros, hermanos.
8 ☐ Certificado de estudio o el boletin de calificaciones para hijos mayores de 12 años, hasta los 18 años y 11 meses. (No obligatorio Independiente y Pensionado)
9 ☐ Certificado de discapacidad o perdida de capacidad laboral expedido por la EPS o entidad competente para personas a cargo en condición de invalidez si aplica el caso.
10 ☐ Para desafiliar a un conyuge se debe presentar el documento en el que conste la cesación de efectos civiles del matrimonio, liquidación de la sociedad conyugal o unión marital de hecho.
11 ☐ Constancia laboral del Conyuge/Compañero permanente. **Si el Conyuge/Compañero(a) permanente no labora:** Diligenciar declaración juramentada establecida por Comfacauca y Ministerio de trabajo/ si el cónyuge es pensionado, anexar colilla de pago de la mesada.
12 ☐ Custodia expedida por autoridad competente. (ICBF, Comisarias, Juzgados de familia, centros de conciliación, jueces de familia, civil, promiscuo municipal y de paz, personería y en caso de no haber ninguna de las anteriores, el inspector de policía)
13 ☐ Certificado EPS, donde conste tipo de afiliación (Si el padre o la madre se encuentra afiliado al Régimen Subsidiado en Salud puede ser beneficiario del trabajador y recibir cuota monetaria)
14 ☐ Registro civil de defunción de los padres del trabajador.
15 ☐ Copia de resolución de pensión (Colfondos) que reconoce la calidad de pensionado(a), o certificado de pensión con sábana pensional (Fondos Privados) Copia del **último desprendible de pago,** para pensionados hasta 1.5 SMMLV y Mayores 1.5 SMMLV.
16 ☐ Carta de solicitud con nombre completo del solicitante, domicilio, identificación, lugar de residencia, valor mensual de ingresos y declaración de la fuente de los ingresos y manifestación sobre si estaba o no afiliado a alguna Caja de Compensación Familiar con anterioridad a la solicitud.
17 ☐ Certificado de paz y salvo, en el caso de afiliación anterior a otra caja
18 ☐ Si uno de los padres es fallecido, Registro Civil de Defunción.
19 ☐ Certificación veteranos
20 ☐ Certificación en la que indique que es madre comunitaria con el NIT, nombre, dirección, municipio y teléfono donde labora
21 ☐ Copia de la planilla PILA con el pago de la caja de compensación

REQUISITOS DOCUMENTALES DE AFILIACIÓN SEGÚN MODALIDAD

Trabajador	Adjuntar documentos de estos numerales
Dependiente	1 2
Independiente	1 2 16 17 21
Pensionado	1 2 15 16 17
Veterano	1 2 19
Madres comunitarias	1 2 21 20
Facultativos	1 2 21

Personas a Cargo del Trabajador (Dependiente, Independiente y Pensionado 0,6 y 2% - NO APLICA para Pensionado por Fidelidad)	
Conyuge/Compañero(a) permanente sin hijos.	3
Conyuge/Compañero(a) permanente e hijos de la unión.	3 6 7 8 9 10 11
Conyuge/compañero(a) permanente e hijastro(s).	3 6 7 8 9 10 11 12
Hijos de trabajador(a) separado(a).	3 6 7 8 9 10 11
Hijos no reconocidos por uno de los padres (menores en cuyo registro civil figure únicamente uno de los padres.)	6 7 8 9
Padres.	4 5 9 10 13 18
Hermanos huerfanos de padres	5 6 7 8 9 10 14

www.comfacauca.com

NUEVA EPS S.A

NIT: 900156264 -2

CERTIFICA QUE:

El 2023-04-26 14:02:02, el empleador **PUENTES DE COLOMBIASAS** identificado con **NI** número **901419847** registró la siguiente solicitud de reingreso en nuestro Sistema de Afiliación Electrónica **VALE**.

NUMERO DE RADICACIÓN	FECHA DE RADICACIÓN	TIPO DE SOLICITUD
519708514615	2023-04-26 14:02:02	REINGRESO

DETALLE

TIPO	IDENTIFICACIÓN	NOMBRE COTIZANTE	IBC	CARGO	FECHA REINGRESO
CC	1104125787	ENDER CARREÑO	1160000	OBREROS Y PEONES DE LA CONSTRUCCION DE EDIFICIOS	2023-04-26

La siguiente certificación se expide a solicitud del interesado a los 26 días del mes de Abril del año 2023.

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

En su condición de administradora del

FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR

NIT 800.224.808-8

CERTIFICA QUE:

JOSE LUIS CAMACHO LULIGO, identificado(a) con cédula de ciudadanía **76.290.652**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 26 de Abril del 2023.

Cordialmente,



Gerencia de Clientes

Tenga en cuenta:

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

AXA COLPATRIA

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

CERTIFICA

*La empresa **PUENTES DE COLOMBIA SAS** identificada con el número de NIT **901.419.847 - 1** y afiliación **9017092** inicia vinculación con la ARL AXA COLPATRIA, desde el **2023/04/25** y que los trabajadores que se relacionan se encuentran afiliados bajo este empleador para la cobertura de riesgos por accidentes de trabajo y/o enfermedades laborales.*

AF.	FECHA INGRESO	IDENTIF. EMPLEADO	TIPO IDENTIF.	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	TASA
9017092	26/04/2023	76.290.652	CC	Jose	Luis	Camacho	Luligo	6,960%
9017092	26/04/2023	91.465.345	CC	Julio	Cesar	Orduz	Espinoza	6,960%
9017092	26/04/2023	1.058.963.420	CC	Anderson	Andrey	Macias	Diaz	6,960%
9017092	26/04/2023	1.104.125.787	CC	Ender		Carreño	Barrios	6,960%

La presente se expide a solicitud del interesado, a los 25 días del mes de abril de 2023.

Fredy CEBALLOS MONTAÑA
ARL AXA COLPATRIA
Líder S&A OP. No Monetarias
Servicio al Cliente / Customer Service
Elaboró: jmmv

CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR DEL CAUCA
comfacauca
al servicio del trabajador y su familia

FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN AL SUBSIDIO FAMILIAR

NIT. 891.500.182-0

No. 363944

Diligencie este formulario en letra imprenta y tinta color negro

MODALIDAD DE INSCRIPCIÓN

DEPENDIENTE		INDEPENDIENTE	Indice de Aporte 0,6%	2%	PENSIONADO	Indice de Aporte 0%	0,6%	2%
Regular	☐	Regular	☐	☐	Fidelidad 25 años	☐		
Servicio Domestico	☐	Taxista	☐	☐	Menos de 1.5 SMMLV	☐	☐	☐
Madre Comunitaria	☐	Facultativos	☐	☐	Más de 1.5 SMMLV		☐	☐
Veteranos	☐	Colombiano en el Exterior	☐	☐				

PARTE A — INFORMACIÓN DE LA EMPRESA

NOMBRE O RAZÓN SOCIAL DE LA EMPRESA (Como figura en el RUT)
PUENTES DE COLOMBIA SAS

NIT [x] C.C [ ] T.I. [ ] C.E [ ] PAS [ ]
No. **901419847-1**

PARTE B — INFORMACIÓN DEL TRABAJADOR (A)

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	FECHA DE NACIMIENTO (AÑO / MES / DÍA)	GÉNERO
CAMACHO	LULIGO	JOSE	LUIS	1982 / 10 / 25	F ☐ M ☒ I ☐

C.C [x] T.I [ ] C.E [ ] PAS [ ] CD [ ] PEP [ ] PPT [ ] VISA [ ] OTRO [ ]
CUAL: No. **76290652**

ESTADO CIVIL: [x] SOLTERO [ ] CASADO [ ] UNIÓN LIBRE [ ] VIUDO [ ] SEPARADO [ ] DIVORCIADO

DIRECCIÓN DE RESIDENCIA / BARRIO / VEREDA: **CR 41**

SECTOR: [x] URBANO [ ] RURAL

TELÉFONO CELULAR: **3137515364**

TELÉFONO FIJO:

MUNICIPIO: **PURACE** | DEPARTAMENTO: **CAUCA** | PAÍS: **COLOMBIA**

E-MAIL: **josecamacho@gmail.com**

FACTOR DE VULNERABILIDAD

- [x] No disponible
- [ ] Cabeza de familia
- [ ] Desplazado
- [ ] Población migrante
- [ ] Ejercicio del trabajo sexual
- [ ] En condición de discapacidad
- [ ] Desmovilizado o reinsertado
- [ ] Hijos (as) de desmovilizados o reinsertados
- [ ] Damnificado desastre natural
- [ ] Hijo (as) de madres cabeza de familia
- [ ] Población zonas frontera (nacionales)
- [ ] Víctima del conflicto armado (no desplazado)

NIVEL EDUCATIVO

- [ ] Preescolar
- [ ] Básica
- [ ] Secundaria
- [x] Media
- [ ] Técnico / tecnológico
- [ ] Profesional universitario
- [ ] Posgrado / maestría
- [ ] Ninguno

PERTENENCIA ÉTNICA

- [ ] Afrocolombiano
- [ ] Comunidad negra
- [ ] Indígena
- [ ] Raizal del archipiélago de San Andrés Providencia y Santa Catalina
- [ ] Palenquero
- [ ] Room/gitano
- [x] No disponible

ORIENTACIÓN SEXUAL [x] Heterosexual [ ] Homosexual [ ] Bisexual [ ] Información no disponible

MUNICIPIO DONDE LABORA	SECTOR	FECHA DE INGRESO A SU EMPRESA (AÑO / MES / DÍA)	OCUPACIÓN / PROFESIÓN	HORAS LABORADAS AL MES	SALARIO MENSUAL
POPAYAN	[ ] URBANO [x] RURAL	2023 / 04 / 29	AYUDANTE	240	[x] Básico [ ] Mesada Pensional — Comisiones [ ] SI [x] NO — VALOR 1160000 (Suma todos los conceptos salariales)

INFORMACIÓN CUENTA BANCARIA PARA PAGO DEL SUBSIDIO FAMILIAR

¿DESEA QUE EL PAGO SEA CONSIGNADO A SU CUENTA? [ ] SI [x] NO

El pago del subsidio a través de cuenta bancaria, garantiza que el mismo no prescriba (venza), acorde a lo establecido en el artículo 6 de la Ley 21/1982.

NOMBRE DEL BANCO | [ ] Cta. Ahorros [ ] Cta. Corriente | No. Cuenta

PARTE C — INFORMACIÓN DEL (A) CONYUGE Y/O COMPAÑERO (A) ACTUAL

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	FECHA DE NACIMIENTO (AÑO / MES / DÍA)	OCUPACIÓN/PROFESIÓN	GÉNERO
						F ☐ M ☐ I ☐

C.C [ ] T.I [ ] C.E [ ] PAS [ ] CD [ ] PEP [ ] PPT [ ] VISA [ ] OTRO [ ]
CUAL: No.

CONVIVEN [ ] SI [ ] NO

NOMBRE DE EMPLEADOR CON QUIEN LABORA

IDENTIFICACIÓN EMPLEADOR No.

PARTE D — DATOS DEL PADRE O MADRE BIOLÓGICO (A) DE LOS HIJOS A INSCRIBIR QUE NO CONVIVE CON EL TRABAJADOR (A)

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	FECHA DE NACIMIENTO (AÑO / MES / DÍA)	OCUPACIÓN/PROFESIÓN	GÉNERO
						F ☐ M ☐ I ☐

C.C [ ] T.I [ ] C.E [ ] PAS [ ] CD [ ] PEP [ ] PPT [ ] VISA [ ] OTRO [ ]
CUAL: No.

NOMBRE DE EMPLEADOR CON QUIEN LABORA

IDENTIFICACIÓN EMPLEADOR No.

PARTE E — INFORMACIÓN DE LAS PERSONAS A CARGO DEL TRABAJADOR (A)

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	FECHA DE NACIMIENTO AÑO	MES	DÍA	GENERO F	M	I	C.T. DISC	T. PARENTESCO HIJO	PDRE	HMNO	HJTR	IDENTIFICACIÓN C.C-T.I-C.E.-PAS-REGISTRO CIVIL (NUIP) Tipo	Número	USO EXCLUSIVO C.C.F.C N/A

DISC: DISCAPACITADO HIJO: HIJO PDRE: PADRE HMNO: HERMANO HJTR: HIJASTRO

DECLARACIÓN:

Declaramos que la información suministrada en el presente formulario es verdadera, cuenta con los soportes probatorios correspondientes y podrá ser verificada en cualquier momento por parte de la Caja de Compensación Familiar del Cauca COMFACAUCA, de conformidad con lo dispuesto en el artículo 37 de la ley 21 de 1982. En el evento que la información suministrada cambie, me comprometo a reportar modificación de los datos a más tardar el día 10 del mes siguiente de ocurrida la novedad. El suministro de datos falsos por parte del empleador, a la Caja o la violación de la norma sobre salarios mínimos, es causal de desafiliación según artículo 45 de la Ley 21 de 1982.

Conforme a lo establecido en la Ley 1581 del 2012 y demás decretos reglamentarios, autorizo a la Caja de Compensación Familiar del Cauca, COMFACAUCA, para el tratamiento y manejo de mis datos personales consignados en el presente formulario, el cual consiste en recolectar, almacenar, depurar, usar, analizar, circular y cruzar información propia, con el fin de facilitar la prestación de servicios, pago de cuotas monetarias, ejercer las gestiones de cobro, reportar a centrales de riesgo cuando corresponda y en general todas las acciones que se deriven de los servicios que de conformidad con la Ley presta esta Caja de Compensación Familiar. Declaro que soy responsable de la veracidad de mis datos suministrados. Así mismo autorizo a la Caja de Compensación Familiar del Cauca, COMFACAUCA, a efectuar sus procedimientos de notificación y comunicación a la dirección de correspondencia y/o correo electrónico antes mencionados. Declaro que he sido informado de los derechos que me asisten como titular de la identificación, dirección y teléfono del responsable del tratamiento de mis datos de conformidad con la Ley 1581 del 2012 y sus decretos reglamentarios. La Caja garantiza la confidencialidad, libertad, seguridad, veracidad, transparencia, acceso y circulación restringida de mis datos.

De igual manera, autorizo a COMFACAUCA, en caso que cobre cuotas monetarias a las cuales no tenga derecho, me sean descontadas de los próximos pagos de la cuota monetaria de subsidio familiar a que hubiere lugar.

FIRMA DEL TRABAJADOR (A) No. de identificación

FIRMA Y SELLO DE LA EMPRESA

OBSERVACIONES

ESPACIO PARA RADICACIÓN COMFACAUCA

comfacauca

SECCIÓN SUBSIDIO FAMILIAR

2023-04-29

RECIBE		DIGITA	REVISA Y DIGITALIZA
FECHA	2023-04-29	FECHA	FECHA
NOMBRE	COMFACAUCA EN LÍNEA	NOMBRE	NOMBRE

VIGILADO SuperSubsidio

MAYORES INFORMES: COMFACAUCA POPAYÁN: Calle 2 Nte. Nº 6A-54 Barrio Modelo PBX: (0928) 231868 Ext: 120-122-190-221 FAX: 8203961 nomina@comfacauca.com. - promoaportes@comfacauca.com
Santander de Quilichao: Calle 5 # 9-79 PBX: (0928) 292183 - **Puerto Tejada:** Cra. 20 # 16-25 Barrio El Centro Tel: (0928) 282189 - 282430 - **El Bordo:** Cr.7 # 4-33 PBX: 8262111
Guapi: Calle 6 Vía principal Cel: 3104681793 - **Miranda:** Calle 7 13 B #51-73 PBX: 8281487 - 8476330 - **www.comfacauca.com**

VERSION 1 / Junio 28 de 2022 ORIGINAL

comfacauca | El empleo es de todos | Mintrabajo

DECLARACIÓN JURAMENTADA

FECHA DE SOLICITUD: AÑO | MES | DÍA

CIUDAD / MUNICIPIO

YO:

identificado(a) con:
C.C☐ T.I☐ C.E☐ PAS☐ CD☐ PEP☐ PPT☐ VISA☐ OTRO☐ CUAL:

No.

Declaro bajo la gravedad de juramento que que toda la información aquí suministrada es VERÍDICA. Autorizo que por cualquier medio se verifique los datos aquí contenidos y en caso de falsedad, se apliquen las sanciones contempladas en la ley.

MOTIVO DE LA DECLARACIÓN

Marque con una X el motivo de la declaración

☐ 1. Convivencia y dependencia económica ☐ 2. Unión marital de hecho / Unión libre ☐ 3. Padres o hermanos huérfanos de padres ☐ 4. Otros

1. CONVIVENCIA Y DEPENDENCIA ECONÓMICA

A través del diligenciamiento del siguiente recuadro usted demostrará y aceptará que las personas relacionadas hacen parte de su grupo familiar (cónyuge, hijos, hijastros) conviven y dependen económicamente del trabajador(a)

NOMBRE COMPLETO DEL BENEFICIARIO	DOCUMENTO IDENTIFICACIÓN		PARENTESCO	TELÉFONO	CORREO ELECTRÓNICO
	TIPO	Número			

2. UNIÓN MARITAL DE HECHO (UNIÓN LIBRE)

A través del diligenciamiento del siguiente espacio demostrará y aceptará que usted convive y tiene una comunidad de vida singular con su compañera(o) permanente

Declaro que el (la) señor(a)_____ identificado(a) con el tipo de documento _____ número _____ es mi compañera(o) permanente y convivimos desde hace _____ años y _____ meses. Además el(la) señor(a) actualmente se desempeña como:

☐ Dependiente ☐ Independiente ☐ Pensionado(a) ☐ Estudiante ☐ No labora

3. PADRES O HERMANO(S) HUÉRFANO(S)

A través del diligenciamiento del siguiente recuadro declaro que mi padre / madre, hermano(a) huérfano(s) de padres relacionado(a) como parte del núcleo familiar, no recibe(n) subsidio familiar, salario, renta o pensión alguna, ni esta(n) afiliado(a)(s) a otra caja de compensación familiar.

NOMBRE COMPLETO DEL BENEFICIARIO	DOCUMENTO IDENTIFICACIÓN		PARENTESCO	TELÉFONO	CORREO ELECTRÓNICO
	TIPO	Número			

Firma del padre

Firma de la madre

4. OTROS

Declaro que desconozco la ubicación del señor(a)_____identificado con_____padre / madre biológico(a) del menor_____identificaco con_____ por lo que no puedo aportar los datos relacionados con su certificación laboral

NOTA: la fecha de lanzamiento de la presente declaración juramentada no puede tener una vigencia superior a treinta(30) días y deberá ser firmada por el (la) declarante. La información contiene la manifestación expresa del trabajador y su grupo familiar, y por tal razón se presume que corresponden a sus condiciones y realidad actual, no obstante, las cajas de compensación familiar podrán realizar las verificaciones internas y externas en cualquier momento durante su vinculación, con el fin de corroborar la veracidad de la información a través de los mecanismos que considere pertinentes. En todo caso de evidenciar inconsistencias en lo manifestado a través del presente documento, tendrán la facultad de retirar del grupo familiar a la (s) persona (s) a cargo y/o suspender el reconocimiento del subsidio familiar.

Firma del declarante y documento

Observaciones_____

REQUISITOS DOCUMENTALES DE AFILIACIÓN.

1 ☐ Formulario de afiliación
2 ☐ Documento de identificación del trabajador.
3 ☐ Documento de identificación del Conyuge/Compañero(a) permanente del trabajador.
4 ☐ Documento de identificación de los padres del trabajador.
5 ☐ Registro civil de nacimiento del trabajador.
6 ☐ Registro civil de nacimiento de los hijos, hijastros, hermanos.
7 ☐ Documento de identificación actualizado de los hijos, hijastros, hermanos.
8 ☐ Certificado de estudio o el boletin de calificaciones para hijos mayores de 12 años, hasta los 18 años y 11 meses. (No obligatorio Independiente y Pensionado)
9 ☐ Certificado de discapacidad o perdida de capacidad laboral expedido por la EPS o entidad competente para personas a cargo en condición de invalidez si aplica el caso.
10 ☐ Para desafiliar a un conyuge se debe presentar el documento en el que conste la cesación de efectos civiles del matrimonio, liquidación de la sociedad conyugal o unión marital de hecho.
11 ☐ Constancia laboral del Conyuge/Compañero permanente. **Si el Conyuge/Compañero(a) permanente no labora:** Diligenciar declaración juramentada establecida por Comfacauca y Ministerio de trabajo/ si el cónyuge es pensionado, anexar colilla de pago de la mesada.
12 ☐ Custodia expedida por autoridad competente. (ICBF, Comisarias, Juzgados de familia, centros de conciliación, jueces de familia, civil, promiscuo municipal y de paz, personería y en caso de no haber ninguna de las anteriores, el inspector de policía)
13 ☐ Certificado EPS, donde conste tipo de afiliación (Si el padre o la madre se encuentra afiliado al Régimen Subsidiado en Salud puede ser beneficiario del trabajador y recibir cuota monetaria)
14 ☐ Registro civil de defunción de los padres del trabajador.
15 ☐ Copia de resolución de pensión (Colfondos) que reconoce la calidad de pensionado(a), o certificado de pensión con sábana pensional (Fondos Privados) Copia del **último desprendible de pago,** para pensionados hasta 1.5 SMMLV y Mayores 1.5 SMMLV.
16 ☐ Carta de solicitud con nombre completo del solicitante, domicilio, identificación, lugar de residencia, valor mensual de ingresos y declaración de la fuente de los ingresos y manifestación sobre si estaba o no afiliado a alguna Caja de Compensación Familiar con anterioridad a la solicitud.
17 ☐ Certificado de paz y salvo, en el caso de afiliación anterior a otra caja
18 ☐ Si uno de los padres es fallecido, Registro Civil de Defunción.
19 ☐ Certificación veteranos
20 ☐ Certificación en la que indique que es madre comunitaria con el NIT, nombre, dirección, municipio y teléfono donde labora
21 ☐ Copia de la planilla PILA con el pago de la caja de compensación

REQUISITOS DOCUMENTALES DE AFILIACIÓN SEGÚN MODALIDAD

Trabajador	Adjuntar documentos de estos numerales
Dependiente	1 2
Independiente	1 2 16 17 21
Pensionado	1 2 15 16 17
Veterano	1 2 19
Madres comunitarias	1 2 21 20
Facultativos	1 2 21

Personas a Cargo del Trabajador (Dependiente, Independiente y Pensionado 0,6 y 2% - NO APLICA para Pensionado por Fidelidad)	
Conyuge/Compañero(a) permanente sin hijos.	3
Conyuge/Compañero(a) permanente e hijos de la unión.	3 6 7 8 9 10 11
Conyuge/compañero(a) permanente e hijastro(s).	3 6 7 8 9 10 11 12
Hijos de trabajador(a) separado(a).	3 6 7 8 9 10 11
Hijos no reconocidos por uno de los padres (menores en cuyo registro civil figure únicamente uno de los padres.)	6 7 8 9
Padres.	4 5 9 10 13 18
Hermanos huerfanos de padres	5 6 7 8 9 10 14

www.comfacauca.com

ASMET SALUD

(nombre de la entidad promotora de salud)

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

NÚMERO DE RADICACIÓN | FECHA DE RADICACIÓN

I. DATOS DEL TRÁMITE

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

1. Tipo de trámite: A. Afiliación [X] B. Reporte de novedades [ ]

2. Tipo de Afiliación: A. Individual [ ] (Cotizante o Cabeza de Familia [X], Independiente y afiliado voluntario [ ], Pensionado [ ], Otro [ ]) B. Colectiva [ ] C. Institucional [ ] D. Oficio [ ]

3. Régimen: A. Contributivo [X] B. Subsidiado [ ]

4. Tipo de afiliado: A. Cotizante [X] B. Cónyuge [ ] C. Compañero(a) permanente [ ] D. Padre [ ] E. Madre [ ] F. Hijo [ ] G. Hijastro [ ] H. Padrastro [ ] I. Abuelo [ ] J. Nieto [ ] K. Bisnieto [ ] L. Tatarabuelo [ ] M. Tataranieto [ ] N. Hermano [ ] O. Tío [ ] P. Sobrino [ ] Q. Primo [ ] R. Suegro [ ] S. Yerno [ ] T. Nuera [ ] U. Cuñado [ ] V. Otro [ ]

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

Código (Lo registra la EPS) [ ]

II. AFILIACIÓN

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

6. Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre
Camacho	Lulgo	José	Luis

7. Tipo de documento de identidad	8. Número del documento de identidad	9. Sexo	10. Fecha de nacimiento
C.C NA	76290652	Femenino [ ] Masculino [X]	DD 25 MM 10 AAAA 1982

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

Datos personales

11. Etnia	12. Discapacidad	13. Puntaje SISBEN	14. Grupo Poblacional
NA	Tipo NA Condición T [ ] P [ ]		

15. Administradora de Riesgos Laborales – ARL	16. Administradora de Pensiones	17. Ingreso base de cotización - IBC
ARL SURA	Porvenir	1160.000

18. Residencia

Dirección	Teléfono fijo	Teléfono celular	Correo electrónico
Locarco Riaño		3117714546	

Departamento de residencia	Zona: Urbana [ ] Rural [X]	Localidad / Comuna	Departamento
Popayan			Cauca

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR

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

19. 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
NA		Femenino [ ] Masculino [ ]	DD MM AAAA

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

24. Apellidos y nombres

	Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre
01				
02				
03				
04				
05				

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

Datos complementarios

	29. Parentesco	30. Etnia	31. Discapacidad: Tipo			Condición: T	P
01	NA	NA					
02	NA	NA					
03	NA	NA					
04	NA	NA					
05	NA	NA					

	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)
01						
02						
03						
04						
05						

Selección de la IPS Primaria

	34. Nombre de la Institución Prestadora de Servicios de Salud - IPS	Código de IPS (a registrar por la EPS)
C		
B		
A		
H		

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

35. Nombre o razón social	36. Tipo de documento de identificación	37. Número del documento de identificación	38. Tipo de aportante o pagador pensiones (a registrar por la EPS)
Banco de Colombia S.A	NA NIT	901419847-1	

39. Ubicación: Dirección	Teléfono	Correo electrónico	Municipio / Distrito	Departamento
			Popayan	Cauca

Versión 04

Powered by CamScanner

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. Reintegro 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 aportar
- [ ] 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 [x] A. Régimen Contributivo [ ] B. Régimen Subsidiado
- [ ] 14. Traslado [ ] A. Mismo Régimen [ ] B. Diferente Régimen
- [ ] 15. Reporte de fallecimiento
- [ ] 16. Reporte del cambio 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: Femenino [ ] Masculino [ ]	Fecha de nacimiento DD / MM / AAAA	42. Fecha DD / MM / AAAA
RA				26 / 04 / 2013

43. EPS anterior	44. Motivo de traslado Código [ ]	45. Caja de Compensación Familiar o pagador de pensiones

VII. RECLARACIONES 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 vínculo de hecho mayor cuya inhabilidad para la entrega de los documentos que acrediten la condición de beneficiarios.
- [ ] 49. Declaración de no cotización del cotizante cabeza de familia beneficiarios o afiliados adicionales en una ir
- [x] 50. Autorización para que la EPS solicite y obtenga datos y copia de la historia clínica del cotizante cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales.
- [x] 51. Autorización para que la EPS aporte la información que se genere de la afiliación o el reporte de novedades a la base de datos de afiliados vigente y a los 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, dato 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 y 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
Jose Luis Camacho	ernesto pimiento

IX. ANEXOS

- [ ] 56. Anexo copia del documento de identidad: CN [ ] PEI [ ] TI [ ] CC [ ] PA [ ] CE [ ] CD [ ] SC [ ] PT [ ] 4a [ ] Folio [ ]
  Cantidad [ ]
- [ ] 57. Copia del dictamen de incapacidad permanente emitido por la autoridad competente
- [ ] 58. Copia del registro civil de matrimonio o de la Escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la unión marital.
- [ ] 59. Copia de la escritura pública o sentencia judicial que declare el divorcio, sentencia judicial que declare la separación de cuerpos y escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la terminación de la unión marital.
- [ ] 60. Copia del certificado de adopción o acta de entrega del menor.
- [ ] 61. Copia de la orden judicial o del acto administrativo de custodia.
- [ ] 62. Documento en que conste la pérdida de la patria potestad o el certificado de defunción de los padres o la declaración jurada por el declarante 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 y 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	Thunder	Nivel	68. Fecha de radicación	69. Fecha de validación

70. Datos del funcionario que realiza la validación

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

Tipo documento de identidad	Número de 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.

Powered by CamScanner

Protección

Fondo de Pensiones Obligatorias Protección

NIT 800.229.739

Hace constar que:

El(la) Señor(a) **YALANDA MUELAS EDGAR FERNANDO** identificado(a) con **CC** número **1.060.236.843** se encuentra afiliado(a) en Pensiones Obligatorias a PROTECCIÓN, desde el día 05 de junio de 2012 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 27 de abril 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

202304271418

AXA COLPATRIA

INGRESO EMPLEADO

DATOS DE LA EMPRESA

Tipo de Identificación: NIT
Número de documento: 901419847
Número Afiliación: 9017092
Razón social: PUENTES DE COLOMBIA SAS

DATOS DEL EMPLEADO:

Tipo de documento: CÉDULA
Número de Documento 1060236843
Nombre: EDGAR FERNANDO YALANDA MUELAS
Fecha Ingreso: 28/04/2023
Salario básico: 1,160,000
Nit empresa en misión: 0
Código Sucursal: 1
Centro de trabajo: 1
Tasa: 6.960
Fecha hora transacción: 27/04/2023 02:17:56 p.m.

CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR DEL CAUCA
comfacauca
al servicio del trabajador y su familia

FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN AL SUBSIDIO FAMILIAR

NIT. 891.500.182-0

No. 363948

Diligencie este formulario en letra imprenta y tinta color negro

MODALIDAD DE INSCRIPCIÓN

DEPENDIENTE		INDEPENDIENTE	Indice de Aporte 0,6%	2%	PENSIONADO	Indice de Aporte 0%	0,6%	2%
Regular	☐	Regular	☐	☐	Fidelidad 25 años	☐		
Servicio Domestico	☐	Taxista	☐	☐	Menos de 1.5 SMMLV	☐	☐	☐
Madre Comunitaria	☐	Facultativos	☐	☐	Más de 1.5 SMMLV		☐	☐
Veteranos	☐	Colombiano en el Exterior	☐	☐				

PARTE A — INFORMACIÓN DE LA EMPRESA

NOMBRE O RAZÓN SOCIAL DE LA EMPRESA (Como figura en el RUT)
PUENTES DE COLOMBIA SAS

NIT ☒ C.C ☐ T.I. ☐ C.E ☐ PAS ☐
No. **901419847-1**

PARTE B — INFORMACIÓN DEL TRABAJADOR (A)

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	FECHA DE NACIMIENTO (AÑO / MES / DÍA)	GÉNERO
YALANDA	MUELAS	EDGAR	FERNANDO	1988 / 04 / 23	F ☐ M ☒ I ☐

C.C ☒ T.I ☐ C.E ☐ PAS ☐ CD ☐ PEP ☐ PPT ☐ VISA ☐ OTRO ☐
CUAL: No. **1060236843**

ESTADO CIVIL: ☒ SOLTERO ☐ CASADO ☐ UNIÓN LIBRE ☐ VIUDO ☐ SEPARADO ☐ DIVORCIADO

DIRECCIÓN DE RESIDENCIA / BARRIO / VEREDA: **COCONUCO**

SECTOR: ☒ URBANO ☐ RURAL

TELÉFONO CELULAR: **3214203571**

TELÉFONO FIJO:

MUNICIPIO: **PURACE** | DEPARTAMENTO: **CAUCA** | PAÍS: **COLOMBIA**

E-MAIL: **pavimentarsm@gmail.com**

FACTOR DE VULNERABILIDAD

- ☒ No disponible
- ☐ Cabeza de familia
- ☐ Desplazado
- ☐ Población migrante
- ☐ Ejercicio del trabajo sexual
- ☐ En condición de discapacidad
- ☐ Desmovilizado o reinsertado
- ☐ Hijos (as) de desmovilizados o reinsertados
- ☐ Damnificado desastre natural
- ☐ Hijo (as) de madres cabeza de familia
- ☐ Población zonas frontera (nacionales)
- ☐ Víctima del conflicto armado (no desplazado)

ORIENTACIÓN SEXUAL: ☒ Heterosexual ☐ Homosexual ☐ Bisexual ☐ Información no disponible

NIVEL EDUCATIVO

- ☐ Preescolar
- ☐ Básica
- ☐ Secundaria
- ☒ Media
- ☐ Técnico / tecnológico
- ☐ Profesional universitario
- ☐ Posgrado / maestría
- ☐ Ninguno

PERTENENCIA ÉTNICA

- ☐ Afrocolombiano
- ☐ Comunidad negra
- ☐ Indígena
- ☐ Raizal del archipiélago de San Andrés Providencia y Santa Catalina
- ☐ Palenquero
- ☒ Room/gitano
- ☐ No disponible

MUNICIPIO DONDE LABORA	SECTOR	FECHA DE INGRESO A SU EMPRESA (AÑO / MES / DÍA)	OCUPACIÓN / PROFESIÓN	HORAS LABORADAS AL MES	SALARIO MENSUAL
POPAYAN	☐ URBANO ☒ RURAL	2023 / 04 / 29	AYUDANTE	240	☒ Básico ☐ Mesada Pensional — Comisiones ☐ SI ☒ NO — VALOR 1160000 (Suma todos los conceptos salariales)

INFORMACIÓN CUENTA BANCARIA PARA PAGO DEL SUBSIDIO FAMILIAR

¿DESEA QUE EL PAGO SEA CONSIGNADO A SU CUENTA? ☐ SI ☒ NO

El pago del subsidio a través de cuenta bancaria, garantiza que el mismo no prescriba (venza), acorde a lo establecido en el artículo 6 de la Ley 21/1982.

NOMBRE DEL BANCO | ☐ Cta. Ahorros ☐ Cta. Corriente | No. Cuenta

PARTE C — INFORMACIÓN DEL (A) CONYUGE Y/O COMPAÑERO (A) ACTUAL

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	FECHA DE NACIMIENTO (AÑO / MES / DÍA)	OCUPACIÓN/PROFESIÓN	GÉNERO
						F ☐ M ☐ I ☐

C.C ☐ T.I ☐ C.E ☐ PAS ☐ CD ☐ PEP ☐ PPT ☐ VISA ☐ OTRO ☐
CUAL: No.

CONVIVEN ☐ SI ☐ NO

NOMBRE DE EMPLEADOR CON QUIEN LABORA

IDENTIFICACIÓN EMPLEADOR No.

PARTE D — DATOS DEL PADRE O MADRE BIOLÓGICO (A) DE LOS HIJOS A INSCRIBIR QUE NO CONVIVE CON EL TRABAJADOR (A)

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	FECHA DE NACIMIENTO (AÑO / MES / DÍA)	OCUPACIÓN/PROFESIÓN	GÉNERO
						F ☐ M ☐ I ☐

C.C ☐ T.I ☐ C.E ☐ PAS ☐ CD ☐ PEP ☐ PPT ☐ VISA ☐ OTRO ☐
CUAL: No.

NOMBRE DE EMPLEADOR CON QUIEN LABORA

IDENTIFICACIÓN EMPLEADOR No.

PARTE E — INFORMACIÓN DE LAS PERSONAS A CARGO DEL TRABAJADOR (A)

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	FECHA DE NACIMIENTO AÑO	MES	DÍA	GENERO F	M	I	C.T. DISC	T. PARENTESCO HIJO	PDRE	HMNO	HJTR	IDENTIFICACIÓN C.C-T.I-C.E.-PAS-REGISTRO CIVIL (NUIP) Tipo	Número	USO EXCLUSIVO C.C.F.C N/A

DISC: DISCAPACITADO HIJO: HIJO PDRE: PADRE HMNO: HERMANO HJTR: HIJASTRO

DECLARACIÓN:

Declaramos que la información suministrada en el presente formulario es verdadera, cuenta con los soportes probatorios correspondientes y podrá ser verificada en cualquier momento por parte de la Caja de Compensación Familiar del Cauca COMFACAUCA, de conformidad con lo dispuesto en el artículo 37 de la ley 21 de 1982. En el evento que la información suministrada cambie, me comprometo a reportar modificación de los datos a más tardar el día 10 del mes siguiente de ocurrida la novedad. El suministro de datos falsos por parte del empleador, a la Caja o la violación de la norma sobre salarios mínimos, es causal de desafiliación según artículo 45 de la Ley 21 de 1982.

Conforme a lo establecido en la Ley 1581 del 2012 y demás decretos reglamentarios, autorizo a la Caja de Compensación Familiar del Cauca, COMFACAUCA, para el tratamiento y manejo de mis datos personales consignados en el presente formulario, el cual consiste en recolectar, almacenar, depurar, usar, analizar, circular y cruzar información propia, con el fin de facilitar la prestación de servicios, pago de cuotas monetarias, ejercer las gestiones de cobro, reportar a centrales de riesgo cuando corresponda y en general todas las acciones que se deriven de los servicios que de conformidad con la Ley presta esta Caja de Compensación Familiar. Declaro que soy responsable de la veracidad de mis datos suministrados. Así mismo autorizo a la Caja de Compensación Familiar del Cauca, COMFACAUCA, a efectuar sus procedimientos de notificación y comunicación a la dirección de correspondencia y/o correo electrónico antes mencionados. Declaro que he sido informado de los derechos que me asisten como titular de la identificación, dirección y teléfono del responsable del tratamiento de mis datos de conformidad con la Ley 1581 del 2012 y sus decretos reglamentarios. La Caja garantiza la confidencialidad, libertad, seguridad, veracidad, transparencia, acceso y circulación restringida de mis datos.

De igual manera, autorizo a COMFACAUCA, en caso que cobre cuotas monetarias a las cuales no tenga derecho, me sean descontadas de los próximos pagos de la cuota monetaria de subsidio familiar a que hubiere lugar.

FIRMA DEL TRABAJADOR (A) No. de identificación

FIRMA Y SELLO DE LA EMPRESA

OBSERVACIONES

ESPACIO PARA RADICACIÓN COMFACAUCA

SECCIÓN SUBSIDIO FAMILIAR

2023-04-29

RECIBE		DIGITA	REVISA Y DIGITALIZA
FECHA	2023-04-29	FECHA	FECHA
NOMBRE	COMFACAUCA EN LÍNEA	NOMBRE	NOMBRE

VIGILADO Supersubsidio

comfacauca | El empleo es de todos | Mintrabajo

DECLARACIÓN JURAMENTADA

FECHA DE SOLICITUD — AÑO | MES | DÍA

CIUDAD / MUNICIPIO

YO:

identificado(a) con:
C.C☐ T.I☐ C.E☐ PAS☐ CD☐ PEP☐ PPT☐ VISA☐ OTRO☐ CUAL:

No.

Declaro bajo la gravedad de juramento que que toda la información aquí suministrada es VERÍDICA. Autorizo que por cualquier medio se verifique los datos aquí contenidos y en caso de falsedad, se apliquen las sanciones contempladas en la ley.

MOTIVO DE LA DECLARACIÓN

Marque con una X el motivo de la declaración

☐ 1. Convivencia y dependencia económica ☐ 2. Unión marital de hecho / Unión libre ☐ 3. Padres o hermanos huérfanos de padres ☐ 4. Otros

1. CONVIVENCIA Y DEPENDENCIA ECONÓMICA

A través del diligenciamiento del siguiente recuadro usted demostrará y aceptará que las personas relacionadas hacen parte de su grupo familiar (cónyuge, hijos, hijastros) conviven y dependen económicamente del trabajador(a)

NOMBRE COMPLETO DEL BENEFICIARIO	DOCUMENTO IDENTIFICACIÓN		PARENTESCO	TELÉFONO	CORREO ELECTRÓNICO
	TIPO	Número			

2. UNIÓN MARITAL DE HECHO (UNIÓN LIBRE)

A través del diligenciamiento del siguiente espacio demostrará y aceptará que usted convive y tiene una comunidad de vida singular con su compañera(o) permanente

Declaro que el (la) señor(a)_____ identificado(a) con el tipo de documento _____ número _____
es mi compañera(o) permanente y convivimos desde hace _____ años y _____ meses. Además el(la) señor(a) actualmente se desempeña como:

☐ Dependiente ☐ Independiente ☐ Pensionado(a) ☐ Estudiante ☐ No labora

3. PADRES O HERMANO(S) HUÉRFANO(S)

A través del diligenciamiento del siguiente recuadro declaro que mi padre / madre, hermano(a) huérfano(s) de padres relacionado(a) como parte del núcleo familiar, no recibe(n) subsidio familiar, salario, renta o pensión alguna, ni esta(n) afiliado(a)(s) a otra caja de compensación familiar.

NOMBRE COMPLETO DEL BENEFICIARIO	DOCUMENTO IDENTIFICACIÓN		PARENTESCO	TELÉFONO	CORREO ELECTRÓNICO
	TIPO	Número			

Firma del padre

Firma de la madre

4. OTROS

Declaro que desconozco la ubicación del señor(a)_____identificado con_____padre / madre biológico(a) del menor_____identificaco con_____ por lo que no puedo aportar los datos relacionados con su certificación laboral

NOTA: la fecha de lanzamiento de la presente declaración juramentada no puede tener una vigencia superior a treinta(30) días y deberá ser firmada por el (la) declarante. La información contiene la manifestación expresa del trabajador y su grupo familiar, y por tal razón se presume que corresponden a sus condiciones y realidad actual, no obstante, las cajas de compensación familiar podrán realizar las verificaciones internas y externas en cualquier momento durante su vinculación, con el fin de corroborar la veracidad de la información a través de los mecanismos que considere pertinentes. En todo caso de evidenciar inconsistencias en lo manifestado a través del presente documento, tendrán la facultad de retirar del grupo familiar a la (s) persona (s) a cargo y/o suspender el reconocimiento del subsidio familiar.

Firma del declarante y documento

Observaciones_____

REQUISITOS DOCUMENTALES DE AFILIACIÓN.

1 ☐ Formulario de afiliación
2 ☐ Documento de identificación del trabajador.
3 ☐ Documento de identificación del Conyuge/Compañero(a) permanente del trabajador.
4 ☐ Documento de identificación de los padres del trabajador.
5 ☐ Registro civil de nacimiento del trabajador.
6 ☐ Registro civil de nacimiento de los hijos, hijastros, hermanos.
7 ☐ Documento de identificación actualizado de los hijos, hijastros, hermanos.
8 ☐ Certificado de estudio o el boletin de calificaciones para hijos mayores de 12 años, hasta los 18 años y 11 meses. (No obligatorio Independiente y Pensionado)
9 ☐ Certificado de discapacidad o perdida de capacidad laboral expedido por la EPS o entidad competente para personas a cargo en condición de invalidez si aplica el caso.
10 ☐ Para desafiliar a un conyuge se debe presentar el documento en el que conste la cesación de efectos civiles del matrimonio, liquidación de la sociedad conyugal o unión marital de hecho.
11 ☐ Constancia laboral del Conyuge/Compañero permanente. **Si el Conyuge/Compañero(a) permanente no labora:** Diligenciar declaración juramentada establecida por Comfacauca y Ministerio de trabajo/ si el cónyuge es pensionado, anexar colilla de pago de la mesada.
12 ☐ Custodia expedida por autoridad competente. (ICBF, Comisarias, Juzgados de familia, centros de conciliación, jueces de familia, civil, promiscuo municipal y de paz, personería y en caso de no haber ninguna de las anteriores, el inspector de policía)
13 ☐ Certificado EPS, donde conste tipo de afiliación (Si el padre o la madre se encuentra afiliado al Régimen Subsidiado en Salud puede ser beneficiario del trabajador y recibir cuota monetaria)
14 ☐ Registro civil de defunción de los padres del trabajador.
15 ☐ Copia de resolución de pensión (Colfondos) que reconoce la calidad de pensionado(a), o certificado de pensión con sábana pensional (Fondos Privados) Copia del **último desprendible de pago,** para pensionados hasta 1.5 SMMLV y Mayores 1.5 SMMLV.
16 ☐ Carta de solicitud con nombre completo del solicitante, domicilio, identificación, lugar de residencia, valor mensual de ingresos y declaración de la fuente de los ingresos y manifestación sobre si estaba o no afiliado a alguna Caja de Compensación Familiar con anterioridad a la solicitud.
17 ☐ Certificado de paz y salvo, en el caso de afiliación anterior a otra caja
18 ☐ Si uno de los padres es fallecido, Registro Civil de Defunción.
19 ☐ Certificación veteranos
20 ☐ Certificación en la que indique que es madre comunitaria con el NIT, nombre, dirección, municipio y teléfono donde labora
21 ☐ Copia de la planilla PILA con el pago de la caja de compensación

REQUISITOS DOCUMENTALES DE AFILIACIÓN SEGÚN MODALIDAD

Trabajador	Adjuntar documentos de estos numerales
Dependiente	1 2
Independiente	1 2 16 17 21
Pensionado	1 2 15 16 17
Veterano	1 2 19
Madres comunitarias	1 2 21 20
Facultativos	1 2 21

Personas a Cargo del Trabajador (Dependiente, Independiente y Pensionado 0,6 y 2% - NO APLICA para Pensionado por Fidelidad)	
Conyuge/Compañero(a) permanente sin hijos.	3
Conyuge/Compañero(a) permanente e hijos de la unión.	3 6 7 8 9 10 11
Conyuge/compañero(a) permanente e hijastro(s).	3 6 7 8 9 10 11 12
Hijos de trabajador(a) separado(a).	3 6 7 8 9 10 11
Hijos no reconocidos por uno de los padres (menores en cuyo registro civil figure únicamente uno de los padres.)	6 7 8 9
Padres.	4 5 9 10 13 18
Hermanos huerfanos de padres	5 6 7 8 9 10 14

www.comfacauca.com

ASMET Salud

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

NÚMERO DE RADICACIÓN:

FECHA DE RADICACIÓN:

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

I. DATOS DEL TRÁMITE

1. Tipo de Trámite: A. Afiliación [X] B. Reporte de novedades [ ]

2. Tipo de Afiliación: A. Individual [X] (Cotizante o Cabeza de Familia [X], Beneficiario o Afiliado adicional [ ]) B. Colectiva [ ] C. Institucional [ ] D. Oficio [ ]

3. Régimen: A. Contributivo [X] B. Subsidiado [ ]

4. Tipo de afiliado: A. Cotizante [X] B. Cabeza de Familia [ ] C. Beneficiario [ ]

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

Código (A diligenciar por la EPS):

II. AFILIACIÓN

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

6. Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre
Valencia	Nuelas	Edgar	Fernando

7. Tipo de documento de identidad	8. Número del documento de identidad	9. Sexo	10. Fecha de nacimiento
C.C [X] RA [ ]	1060256843	Femenino [ ] Masculino [X]	28 / 01 / 1983

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

11. Etnia	12. Discapacidad	13. Puntaje SISBÉN	14. Grupo Poblacional
NA [ ]	Tipo NA [ ] Condición T [ ] P [ ]		

15. Administradora de Riesgos Laborales - ARL	16. Administradora de Pensiones	17. Ingreso base de cotización - IBC
ARL SURA	Protección	$1'160.000

18. Residencia

Dirección	Teléfono fijo	Correo electrónico
Barrio 3 de noviembre	3122293467	

Municipio / Distrito	Zona: Urbana [ ] Rural [X]	Localidad / Corregimiento	Departamento
Cogenyo			Cauca

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR

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

19. 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
NA		Femenino [ ] Masculino [ ]	DD / MM / AAAA

Datos básicos de identificación de los beneficiarios y demás afiliados adicionales

	24. Apellidos y nombres: Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre	25. Tipo de documento de identidad	26. Número del documento de identidad	27. Sexo: Femenino	Masculino	28. Fecha de nacimiento
01					NA				DD / MM / AAAA
02					NA				DD / MM / AAAA
03					NA				DD / MM / AAAA
04					NA				DD / MM / AAAA
05					NA				DD / MM / AAAA

Datos complementarios

	29. Parentesco	30. Etnia	31. Discapacidad: Tipo			Condición: T	P
01		NA					
02	NA	NA					
03	NA	NA					
04	NA	NA					
05	NA	NA					

	32. Datos de residencia: Municipio / Distrito	Zona: Urbana	Rural	Departamento	Teléfono Fijo y localidad	33. Valor de la UPC del afiliado adicional (A registrar por la EPS)
01						
02						
03						
04						
05						

Prestación de la IPS Primaria

	34. Nombre de la Institución Prestadora de Servicios de Salud - IPS	Código de IPS (A registrar por la EPS)
C.		
5.		
6.		
7.		

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

35. Nombre o razón social	36. Tipo de documento de identificación	37. Número del documento de identificación	38. Tipo de aportante o pagador pensiones (A registrar por la EPS)
Puentes de Colombia SAS	NA	901419847-1	

39. Ubicación: Dirección	Teléfono	Correo electrónico	Municipio / Distrito	Departamento
Km 2 antigua Panamericana			Popayan	Cauca

Powered by CamScanner

9. REPORTE DE NOVEDADES

III. 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
- [x] 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 [x] A. Régimen Contributivo [ ] B. Régimen Subsidiado
- [ ] 14. Traslado [ ] A. Mismo Régimen [ ] B. Diferente Régimen
- [ ] 15. Reporte de fallecimiento.
- [ ] 16. Reporte del retiro de pensión 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

40. Datos básicos de identificación

Primer Apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

Tipo de documento de identidad	Número del documento de identidad	Sexo: Femenino [ ] Masculino [ ]	Fecha de nacimiento: DD / MM / AAAA	43. Fecha DD / MM / AAAA
NA				29 04 2023

41. 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 ocurrencia de razones de fuerza mayor bajo las cuales se dificulta la entrega de los documentos que acrediten la condición de beneficiarios.
- [ ] 49. Declaración de no información del cotizante cabeza de familia beneficiarios o afiliados adicionales en una ie
- [x] 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 aporte la información que se genere de la afiliación o el reporte de novedades a la base de datos de afiliados vigente y a las entidades públicas que por sus funciones la soliciten
- [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 señalado 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.

VIII. FIRMAS

EDGAR YALANOA	ernesto Pimienta
54. El cotizante cabeza de familia o beneficiario	55. El empleador, secretario o entidad responsable de la afiliación colectiva Institucional o de Oficio

IX. ANEXOS

- [ ] 56. Anexo copia del documento de identidad: CN [ ] RC [ ] TI [ ] CC [ ] CN [ ] CE [ ] CD [ ] SC [ ] PT [ ] PE [ ] Tarjeta [ ]
- [ ] 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 decrete el divorcio, sentencia judicial que decrete la separación de bienes 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 escrita 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: DD / MM / AAAA	69. Fecha de validación: DD / MM / AAAA

70. Datos del funcionario que realiza la validación

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre
Tipo documento de identidad [ ]	Número de documento de identidad	71. Firma del funcionario	

Observaciones:

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

Powered by CamScanner



INGRESO EMPLEADO

DATOS DE LA EMPRESA

Tipo de Identificación: NIT
Número de documento: 901419847
Número Afiliación: 9017092
Razón social: PUENTES DE COLOMBIA SAS

DATOS DEL EMPLEADO:

Tipo de documento: CÉDULA
Número de Documento 76216464
Nombre: RUBEN BOLAÑOS LUNA
Fecha Ingreso: 28/04/2023
Salario básico: 1,160,000
Nit empresa en misión: 0
Código Sucursal: 1
Centro de trabajo: 1
Tasa: 6.960
Fecha hora transacción: 27/04/2023 02:23:36 p.m.

CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR DEL CAUCA
comfacauca
al servicio del trabajador y su familia

FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN AL SUBSIDIO FAMILIAR

NIT. 891.500.182-0

No. 363950

Diligencie este formulario en letra imprenta y tinta color negro

MODALIDAD DE INSCRIPCIÓN

DEPENDIENTE		INDEPENDIENTE	Indice de Aporte 0,6%	2%	PENSIONADO	Indice de Aporte 0%	0,6%	2%
Regular	☐	Regular	☐	☐	Fidelidad 25 años	☐		
Servicio Domestico	☐	Taxista	☐	☐	Menos de 1.5 SMMLV	☐	☐	☐
Madre Comunitaria	☐	Facultativos	☐	☐	Más de 1.5 SMMLV		☐	☐
Veteranos	☐	Colombiano en el Exterior	☐	☐				

PARTE A — INFORMACIÓN DE LA EMPRESA

NOMBRE O RAZÓN SOCIAL DE LA EMPRESA (Como figura en el RUT)
PUENTES DE COLOMBIA SAS

NIT [x] C.C [ ] T.I [ ] C.E [ ] PAS [ ]
No. **901419847-1**

PARTE B — INFORMACIÓN DEL TRABAJADOR (A)

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	FECHA DE NACIMIENTO (AÑO MES DÍA)	GÉNERO
BOLAÑOS	LUNA	RUBEN		1980 04 09	F ☐ M [x] I ☐

C.C[x] T.I[ ] C.E[ ] PAS[ ] CD[ ] PEP[ ] PPT[ ] VISA[ ] OTRO[ ]
CUAL: No. **76216464**

ESTADO CIVIL: ☐ SOLTERO [x] CASADO ☐ UNIÓN LIBRE ☐ VIUDO ☐ SEPARADO ☐ DIVORCIADO

DIRECCIÓN DE RESIDENCIA / BARRIO / VEREDA: **Vereda DE TORRES**

SECTOR: ☐ URBANO [x] RURAL

TELÉFONO CELULAR: **3122144381**

TELÉFONO FIJO:

MUNICIPIO: **POPAYAN** | DEPARTAMENTO: **CAUCA** | PAÍS: **COLOMBIA**

E-MAIL: **MOSQUERARUIZYARLINHYONAIDA@GMAIL.COM**

FACTOR DE VULNERABILIDAD

- [x] No disponible
- [ ] Cabeza de familia
- [ ] Desplazado
- [ ] Población migrante
- [ ] Ejercicio del trabajo sexual
- [ ] En condición de discapacidad
- [ ] Desmovilizado o reinsertado
- [ ] Hijos (as) de desmovilizados o reinsertados
- [ ] Damnificado desastre natural
- [ ] Hijo (as) de madres cabeza de familia
- [ ] Población zonas frontera (nacionales)
- [ ] Víctima del conflicto armado (no desplazado)

NIVEL EDUCATIVO

- [ ] Preescolar
- [ ] Básica
- [ ] Secundaria
- [x] Media
- [ ] Técnico / tecnológico
- [ ] Profesional universitario
- [ ] Posgrado / maestría
- [ ] Ninguno

PERTENENCIA ÉTNICA

- [ ] Afrocolombiano
- [ ] Comunidad negra
- [ ] Indígena
- [ ] Raizal del archipiélago de San Andrés Providencia y Santa Catalina
- [ ] Palenquero
- [ ] Room/gitano
- [x] No disponible

ORIENTACIÓN SEXUAL [x] Heterosexual [ ] Homosexual [ ] Bisexual [ ] Información no disponible

MUNICIPIO DONDE LABORA	SECTOR	FECHA DE INGRESO A SU EMPRESA (AÑO MES DÍA)	OCUPACIÓN / PROFESIÓN	HORAS LABORADAS AL MES	SALARIO MENSUAL
POPAYAN	☐ URBANO [x] RURAL	2023 04 29	AYUDANTE	240	[x] Básico ☐ Mesada Pensional — Comisiones ☐ SI [x] NO — VALOR 1160000 (Suma todos los conceptos salariales)

INFORMACIÓN CUENTA BANCARIA PARA PAGO DEL SUBSIDIO FAMILIAR

¿DESEA QUE EL PAGO SEA CONSIGNADO A SU CUENTA? ☐ SI [x] NO

El pago del subsidio a través de cuenta bancaria, garantiza que el mismo no prescriba (venza), acorde a lo establecido en el artículo 6 de la Ley 21/1982.

NOMBRE DEL BANCO | ☐ Cta. Ahorros ☐ Cta. Corriente | No. Cuenta

PARTE C — INFORMACIÓN DEL (A) CONYUGE Y/O COMPAÑERO (A) ACTUAL

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	FECHA DE NACIMIENTO (AÑO MES DÍA)	OCUPACIÓN/PROFESIÓN	GÉNERO
						F ☐ M ☐ I ☐

C.C☐ T.I☐ C.E☐ PAS☐ CD☐ PEP☐ PPT☐ VISA☐ OTRO☐
CUAL: No.

CONVIVEN ☐ SI ☐ NO

NOMBRE DE EMPLEADOR CON QUIEN LABORA

IDENTIFICACIÓN EMPLEADOR No.

PARTE D — DATOS DEL PADRE O MADRE BIOLÓGICO (A) DE LOS HIJOS A INSCRIBIR QUE NO CONVIVE CON EL TRABAJADOR (A)

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	FECHA DE NACIMIENTO (AÑO MES DÍA)	OCUPACIÓN/PROFESIÓN	GÉNERO
						F ☐ M ☐ I ☐

C.C☐ T.I☐ C.E☐ PAS☐ CD☐ PEP☐ PPT☐ VISA☐ OTRO☐
CUAL: No.

NOMBRE DE EMPLEADOR CON QUIEN LABORA

IDENTIFICACIÓN EMPLEADOR No.

PARTE E — INFORMACIÓN DE LAS PERSONAS A CARGO DEL TRABAJADOR (A)

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	FECHA DE NACIMIENTO			GENERO			C.T.	T. PARENTESCO					IDENTIFICACIÓN C.C-T.I-C.E.-PAS-REGISTRO CIVIL (NUIP)		USO EXCLUSIVO C.C.F.C
				AÑO	MES	DÍA	F	M	I	DISC	HIJO	PDRE	HMNO	HJTR		Tipo	Número	N/A

DISC: DISCAPACITADO HIJO: HIJO PDRE: PADRE HMNO: HERMANO HJTR: HIJASTRO

DECLARACIÓN:

Declaramos que la información suministrada en el presente formulario es verdadera, cuenta con los soportes probatorios correspondientes y podrá ser verificada en cualquier momento por parte de la Caja de Compensación Familiar del Cauca COMFACAUCA, de conformidad con lo dispuesto en el artículo 37 de la ley 21 de 1982. En el evento que la información suministrada cambie, me comprometo a reportar modificación de los datos a más tardar el día 10 del mes siguiente de ocurrida la novedad. El suministro de datos falsos por parte del empleador, a la Caja o la violación de la norma sobre salarios mínimos, es causal de desafiliación según artículo 45 de la Ley 21 de 1982.

Conforme a lo establecido en la Ley 1581 del 2012 y demás decretos reglamentarios, autorizo a la Caja de Compensación Familiar del Cauca, COMFACAUCA, para el tratamiento y manejo de mis datos personales consignados en el presente formulario, el cual consiste en recolectar, almacenar, depurar, usar, analizar, circular y cruzar información propia, con el fin de facilitar la prestación de servicios, pago de cuotas monetarias, ejercer las gestiones de cobro, reportar a centrales de riesgo cuando corresponda y en general todas las acciones que se deriven de los servicios que de conformidad con la Ley presta esta Caja de Compensación Familiar. Declaro que soy responsable de la veracidad de mis datos suministrados. Así mismo autorizo a la Caja de Compensación Familiar del Cauca, COMFACAUCA, a efectuar sus procedimientos de notificación y comunicación a la dirección de correspondencia y/o correo electrónico antes mencionados. Declaro que he sido informado de los derechos que me asisten como titular de la identificación, dirección y teléfono del responsable del tratamiento de mis datos de conformidad con la Ley 1581 del 2012 y sus decretos reglamentarios. La Caja garantiza la confidencialidad, libertad, seguridad, veracidad, transparencia, acceso y circulación restringida de mis datos.

De igual manera, autorizo a COMFACAUCA, en caso que cobre cuotas monetarias a las cuales no tenga derecho, me sean descontadas de los próximos pagos de la cuota monetaria de subsidio familiar a que hubiere lugar.

FIRMA DEL TRABAJADOR (A) No. de identificación

FIRMA Y SELLO DE LA EMPRESA

OBSERVACIONES

ESPACIO PARA RADICACIÓN COMFACAUCA

SECCIÓN SUBSIDIO FAMILIAR

2023-04-29

RECIBE		DIGITA	REVISA Y DIGITALIZA
FECHA	2023-04-29	FECHA	FECHA
NOMBRE	COMFACAUCA EN LÍNEA	NOMBRE	NOMBRE

VIGILADO Supersubsidio

MAYORES INFORMES: COMFACAUCA POPAYÁN: Calle 2 Nte. Nº 6A-54 Barrio Modelo PBX: (0928) 231868 Ext: 120-122-190-221 FAX: 8203961 nomina@comfacauca.com. - promoaportes@comfacauca.com
Santander de Quilichao: Calle 5 # 9-79 PBX: (0928) 292183 **- Puerto Tejada:** Cra. 20 # 16-25 Barrio El Centro Tel: (0928) 282189 - 282430 **- El Bordo:** Cr.7 # 4-33 PBX: 8262111
Guapi: Calle 6 Vía principal Cel: 3104681793 **- Miranda:** Calle 7 13 B #51-73 PBX: 8281487 - 8476330 **- www.comfacauca.com**

VERSION 1 / Junio 28 de 2022 ORIGINAL

comfacauca | El empleo es de todos | Mintrabajo

DECLARACIÓN JURAMENTADA

FECHA DE SOLICITUD — AÑO | MES | DÍA

CIUDAD / MUNICIPIO

YO:

identificado(a) con:
C.C☐ T.I☐ C.E☐ PAS☐ CD☐ PEP☐ PPT☐ VISA☐ OTRO☐ CUAL:

No.

Declaro bajo la gravedad de juramento que que toda la información aquí suministrada es VERÍDICA. Autorizo que por cualquier medio se verifique los datos aquí contenidos y en caso de falsedad, se apliquen las sanciones contempladas en la ley.

MOTIVO DE LA DECLARACIÓN

Marque con una X el motivo de la declaración

☐ 1. Convivencia y dependencia económica ☐ 2. Unión marital de hecho / Unión libre ☐ 3. Padres o hermanos huérfanos de padres ☐ 4. Otros

1. CONVIVENCIA Y DEPENDENCIA ECONÓMICA

A través del diligenciamiento del siguiente recuadro usted demostrará y aceptará que las personas relacionadas hacen parte de su grupo familiar (cónyuge, hijos, hijastros) conviven y dependen económicamente del trabajador(a)

NOMBRE COMPLETO DEL BENEFICIARIO	DOCUMENTO IDENTIFICACIÓN		PARENTESCO	TELÉFONO	CORREO ELECTRÓNICO
	TIPO	Número			

2. UNIÓN MARITAL DE HECHO (UNIÓN LIBRE)

A través del diligenciamiento del siguiente espacio demostrará y aceptará que usted convive y tiene una comunidad de vida singular con su compañera(o) permanente

Declaro que el (la) señor(a)_____ identificado(a) con el tipo de documento _____ número _____ es mi compañera(o) permanente y convivimos desde hace _____ años y _____ meses. Además el(la) señor(a) actualmente se desempeña como:

☐ Dependiente ☐ Independiente ☐ Pensionado(a) ☐ Estudiante ☐ No labora

3. PADRES O HERMANO(S) HUÉRFANO(S)

A través del diligenciamiento del siguiente recuadro declaro que mi padre / madre, hermano(a) huérfano(s) de padres relacionado(a) como parte del núcleo familiar, no recibe(n) subsidio familiar, salario, renta o pensión alguna, ni esta(n) afiliado(a)(s) a otra caja de compensación familiar.

NOMBRE COMPLETO DEL BENEFICIARIO	DOCUMENTO IDENTIFICACIÓN		PARENTESCO	TELÉFONO	CORREO ELECTRÓNICO
	TIPO	Número			

Firma del padre

Firma de la madre

4. OTROS

Declaro que desconozco la ubicación del señor(a)_____identificado con_____padre / madre biológico(a) del menor_____identificaco con_____ por lo que no puedo aportar los datos relacionados con su certificación laboral

NOTA: la fecha de lanzamiento de la presente declaración juramentada no puede tener una vigencia superior a treinta(30) días y deberá ser firmada por el (la) declarante. La información contiene la manifestación expresa del trabajador y su grupo familiar, y por tal razón se presume que corresponden a sus condiciones y realidad actual, no obstante, las cajas de compensación familiar podrán realizar las verificaciones internas y externas en cualquier momento durante su vinculación, con el fin de corroborar la veracidad de la información a través de los mecanismos que considere pertinentes. En todo caso de evidenciar inconsistencias en lo manifestado a través del presente documento, tendrán la facultad de retirar del grupo familiar a la (s) persona (s) a cargo y/o suspender el reconocimiento del subsidio familiar.

Firma del declarante y documento

Observaciones_____

REQUISITOS DOCUMENTALES DE AFILIACIÓN.

1 ☐ Formulario de afiliación

2 ☐ Documento de identificación del trabajador.

3 ☐ Documento de identificación del Conyuge/Compañero(a) permanente del trabajador.

4 ☐ Documento de identificación de los padres del trabajador.

5 ☐ Registro civil de nacimiento del trabajador.

6 ☐ Registro civil de nacimiento de los hijos, hijastros, hermanos.

7 ☐ Documento de identificación actualizado de los hijos, hijastros, hermanos.

8 ☐ Certificado de estudio o el boletin de calificaciones para hijos mayores de 12 años, hasta los 18 años y 11 meses. (No obligatorio Independiente y Pensionado)

9 ☐ Certificado de discapacidad o perdida de capacidad laboral expedido por la EPS o entidad competente para personas a cargo en condición de invalidez si aplica el caso.

10 ☐ Para desafiliar a un conyuge se debe presentar el documento en el que conste la cesación de efectos civiles del matrimonio, liquidación de la sociedad conyugal o unión marital de hecho.

11 ☐ Constancia laboral del Conyuge/Compañero permanente. **Si el Conyuge/Compañero(a) permanente no labora:** Diligenciar declaración juramentada establecida por Comfacauca y Ministerio de trabajo/ si el cónyuge es pensionado, anexar colilla de pago de la mesada.

12 ☐ Custodia expedida por autoridad competente. (ICBF, Comisarias, Juzgados de familia, centros de conciliación, jueces de familia, civil, promiscuo municipal y de paz, personería y en caso de no haber ninguna de las anteriores, el inspector de policía)

13 ☐ Certificado EPS, donde conste tipo de afiliación (Si el padre o la madre se encuentra afiliado al Régimen Subsidiado en Salud puede ser beneficiario del trabajador y recibir cuota monetaria)

14 ☐ Registro civil de defunción de los padres del trabajador.

15 ☐ Copia de resolución de pensión (Colfondos) que reconoce la calidad de pensionado(a), o certificado de pensión con sábana pensional (Fondos Privados)
Copia del **último desprendible de pago,** para pensionados hasta 1.5 SMMLV y Mayores 1.5 SMMLV.

16 ☐ Carta de solicitud con nombre completo del solicitante, domicilio, identificación, lugar de residencia, valor mensual de ingresos y declaración de la fuente de los ingresos y manifestación sobre si estaba o no afiliado a alguna Caja de Compensación Familiar con anterioridad a la solicitud.

17 ☐ Certificado de paz y salvo, en el caso de afiliación anterior a otra caja

18 ☐ Si uno de los padres es fallecido, Registro Civil de Defunción.

19 ☐ Certificación veteranos

20 ☐ Certificación en la que indique que es madre comunitaria con el NIT, nombre, dirección, municipio y teléfono donde labora

21 ☐ Copia de la planilla PILA con el pago de la caja de compensación

REQUISITOS DOCUMENTALES DE AFILIACIÓN SEGÚN MODALIDAD

Trabajador	Adjuntar documentos de estos numerales
Dependiente	1 2
Independiente	1 2 16 17 21
Pensionado	1 2 15 16 17
Veterano	1 2 19
Madres comunitarias	1 2 21 20
Facultativos	1 2 21

Personas a Cargo del Trabajador (Dependiente, Independiente y Pensionado 0,6 y 2% - NO APLICA para Pensionado por Fidelidad)	
Conyuge/Compañero(a) permanente sin hijos.	3
Conyuge/Compañero(a) permanente e hijos de la unión.	3 6 7 8 9 10 11
Conyuge/compañero(a) permanente e hijastro(s).	3 6 7 8 9 10 11 12
Hijos de trabajador(a) separado(a).	3 6 7 8 9 10 11
Hijos no reconocidos por uno de los padres (menores en cuyo registro civil figure únicamente uno de los padres.)	6 7 8 9
Padres.	4 5 9 10 13 18
Hermanos huerfanos de padres	5 6 7 8 9 10 14

www.comfacauca.com

REPUBLICA DE COLOMBIA

SOPORTE DE AFILIACIÓN Y/O REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS - SAT

nueva EPS

01 B 14205842

No. de Radicación SAT

C1840

CONTRIBUTIVO ✗ VINCULADO

Bolaños Luna Ruben

7621646 4

SEXO ✗

09 04 1980 col

Popayan Cauca

3122143481

IPS 7067

Punto de col ✗

Bucaramanga AN

901419847

3176428578

28 04 2023 Oficial

1760001

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:

BREINER ALEXANDER BOLAÑOS MOSQUERA, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.058.666.232**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 3 de Mayo del 2023.

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.



INGRESO EMPLEADO

DATOS DE LA EMPRESA

Tipo de Identificación:	NIT
Número de documento:	901419847
Número Afiliación:	9017092
Razón social:	PUENTES DE COLOMBIA SAS

DATOS DEL EMPLEADO:

Tipo de documento:	CÉDULA
Número de Documento	1058666232
Nombre:	BREINER ALEXANDER BOLAÑOS MOSQUERA
Fecha Ingreso:	28/04/2023
Salario básico:	1,160,000
Nit empresa en misión:	0
Código Sucursal:	1
Centro de trabajo:	1
Tasa:	6.960
Fecha hora transacción:	27/04/2023 02:27:37 p.m.

CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR DEL CAUCA
comfacauca
al servicio del trabajador y su familia

FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN AL SUBSIDIO FAMILIAR

NIT. 891.500.182-0

No. 363953

Diligencie este formulario en letra imprenta y tinta color negro

MODALIDAD DE INSCRIPCIÓN

DEPENDIENTE		INDEPENDIENTE	Indice de Aporte 0,6%	2%	PENSIONADO	Indice de Aporte 0%	0,6%	2%
Regular	☐	Regular	☐	☐	Fidelidad 25 años	☐		
Servicio Domestico	☐	Taxista	☐	☐	Menos de 1.5 SMMLV	☐	☐	☐
Madre Comunitaria	☐	Facultativos	☐	☐	Más de 1.5 SMMLV		☐	☐
Veteranos	☐	Colombiano en el Exterior	☐	☐				

PARTE A — INFORMACIÓN DE LA EMPRESA

NOMBRE O RAZÓN SOCIAL DE LA EMPRESA (Como figura en el RUT): **PUENTES DE COLOMBIA SAS**

NIT [x] C.C [ ] T.I [ ] C.E [ ] PAS [ ] — No. **901419847-1**

PARTE B — INFORMACIÓN DEL TRABAJADOR (A)

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	FECHA DE NACIMIENTO (AÑO / MES / DÍA)	GÉNERO
BOLAÑOS	MOSQUERA	BREINER	ALEXANDER	2004 / 02 / 18	F ☐ M [x] I ☐

C.C [x] T.I [ ] C.E [ ] PAS [ ] CD [ ] PEP [ ] PPT [ ] VISA [ ] OTRO [ ] — CUAL: — No. **1058666232**

ESTADO CIVIL: ☐ SOLTERO ☐ CASADO [x] UNIÓN LIBRE ☐ VIUDO ☐ SEPARADO ☐ DIVORCIADO

DIRECCIÓN DE RESIDENCIA / BARRIO / VEREDA: **Vereda DE TORRES**

SECTOR: ☐ URBANO [x] RURAL

TELÉFONO CELULAR: **3122143481** — TELÉFONO FIJO:

MUNICIPIO: **POPAYAN** — DEPARTAMENTO: **CAUCA** — PAÍS: **COLOMBIA**

E-MAIL: **BREINERALEXANDERBOLANOSMOSQUERA@GMAIL.COM**

FACTOR DE VULNERABILIDAD

- [x] No disponible
- [ ] Cabeza de familia
- [ ] Desplazado
- [ ] Población migrante
- [ ] Ejercicio del trabajo sexual
- [ ] En condición de discapacidad
- [ ] Desmovilizado o reinsertado
- [ ] Hijos (as) de desmovilizados o reinsertados
- [ ] Damnificado desastre natural
- [ ] Hijo (as) de madres cabeza de familia
- [ ] Población zonas frontera (nacionales)
- [ ] Víctima del conflicto armado (no desplazado)

NIVEL EDUCATIVO

- [ ] Preescolar
- [ ] Básica
- [ ] Secundaria
- [x] Media
- [ ] Técnico / tecnológico
- [ ] Profesional universitario
- [ ] Posgrado / maestría
- [ ] Ninguno

PERTENENCIA ÉTNICA

- [ ] Afrocolombiano
- [ ] Comunidad negra
- [ ] Indígena
- [ ] Raizal del archipiélago de San Andrés Providencia y Santa Catalina
- [ ] Palenquero
- [ ] Room/gitano
- [x] No disponible

ORIENTACIÓN SEXUAL [x] Heterosexual [ ] Homosexual [ ] Bisexual [ ] Información no disponible

MUNICIPIO DONDE LABORA	SECTOR	FECHA DE INGRESO A SU EMPRESA (AÑO / MES / DÍA)	OCUPACIÓN / PROFESIÓN	HORAS LABORADAS AL MES	SALARIO MENSUAL
POPAYAN	☐ URBANO [x] RURAL	2023 / 04 / 29	AYUDANTE	240	[x] Básico ☐ Mesada Pensional — Comisiones ☐ SI [x] NO — VALOR 1160000 (Suma todos los conceptos salariales)

INFORMACIÓN CUENTA BANCARIA PARA PAGO DEL SUBSIDIO FAMILIAR

¿DESEA QUE EL PAGO SEA CONSIGNADO A SU CUENTA? ☐ SI [x] NO

El pago del subsidio a través de cuenta bancaria, garantiza que el mismo no prescriba (venza), acorde a lo establecido en el artículo 6 de la Ley 21/1982.

NOMBRE DEL BANCO — ☐ Cta. Ahorros ☐ Cta. Corriente — No. Cuenta

PARTE C — INFORMACIÓN DEL (A) CONYUGE Y/O COMPAÑERO (A) ACTUAL

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	FECHA DE NACIMIENTO (AÑO / MES / DÍA)	OCUPACIÓN/PROFESIÓN	GÉNERO
						F ☐ M ☐ I ☐

C.C ☐ T.I ☐ C.E ☐ PAS ☐ CD ☐ PEP ☐ PPT ☐ VISA ☐ OTRO ☐ — CUAL: — No.

CONVIVEN ☐ SI ☐ NO

NOMBRE DE EMPLEADOR CON QUIEN LABORA:

IDENTIFICACIÓN EMPLEADOR — No.

PARTE D — DATOS DEL PADRE O MADRE BIOLÓGICO (A) DE LOS HIJOS A INSCRIBIR QUE NO CONVIVE CON EL TRABAJADOR (A)

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	FECHA DE NACIMIENTO (AÑO / MES / DÍA)	OCUPACIÓN/PROFESIÓN	GÉNERO
						F ☐ M ☐ I ☐

C.C ☐ T.I ☐ C.E ☐ PAS ☐ CD ☐ PEP ☐ PPT ☐ VISA ☐ OTRO ☐ — CUAL: — No.

NOMBRE DE EMPLEADOR CON QUIEN LABORA:

IDENTIFICACIÓN EMPLEADOR — No.

PARTE E — INFORMACIÓN DE LAS PERSONAS A CARGO DEL TRABAJADOR (A)

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	FECHA DE NACIMIENTO (AÑO / MES / DÍA)	GENERO (F / M / I)	C.T. (DISC)	T. PARENTESCO (HIJO / PDRE / HMNO / HJTR)	IDENTIFICACIÓN C.C-T.I-C.E.-PAS-REGISTRO CIVIL (NUIP) (Tipo / Número)	USO EXCLUSIVO C.C.F.C (N/A)

DISC: DISCAPACITADO — HIJO: HIJO — PDRE: PADRE — HMNO: HERMANO — HJTR: HIJASTRO

DECLARACIÓN:

Declaramos que la información suministrada en el presente formulario es verdadera, cuenta con los soportes probatorios correspondientes y podrá ser verificada en cualquier momento por parte de la Caja de Compensación Familiar del Cauca COMFACAUCA, de conformidad con lo dispuesto en el artículo 37 de la ley 21 de 1982. En el evento que la información suministrada cambie, me comprometo a reportar modificación de los datos a más tardar el día 10 del mes siguiente de ocurrida la novedad. El suministro de datos falsos por parte del empleador, a la Caja o la violación de la norma sobre salarios mínimos, es causal de desafiliación según artículo 45 de la Ley 21 de 1982.

Conforme a lo establecido en la Ley 1581 del 2012 y demás decretos reglamentarios, autorizo a la Caja de Compensación Familiar del Cauca, COMFACAUCA, para el tratamiento y manejo de mis datos personales consignados en el presente formulario, el cual consiste en recolectar, almacenar, depurar, usar, analizar, circular y cruzar información propia, con el fin de facilitar la prestación de servicios, pago de cuotas monetarias, ejercer las gestiones de cobro, reportar a centrales de riesgo cuando corresponda y en general todas las acciones que se deriven de los servicios que de conformidad con la Ley presta esta Caja de Compensación Familiar. Declaro que soy responsable de la veracidad de mis datos suministrados. Así mismo autorizo a la Caja de Compensación Familiar del Cauca, COMFACAUCA, a efectuar sus procedimientos de notificación y comunicación a la dirección de correspondencia y/o correo electrónico antes mencionados. Declaro que he sido informado de los derechos que me asisten como titular de la identificación, dirección y teléfono del responsable del tratamiento de mis datos de conformidad con la Ley 1581 del 2012 y sus decretos reglamentarios. La Caja garantiza la confidencialidad, libertad, seguridad, veracidad, transparencia, acceso y circulación restringida de mis datos.

De igual manera, autorizo a COMFACAUCA, en caso que cobre cuotas monetarias a las cuales no tenga derecho, me sean descontadas de los próximos pagos de la cuota monetaria de subsidio familiar a que hubiere lugar.

FIRMA DEL TRABAJADOR (A) No. de identificación

FIRMA Y SELLO DE LA EMPRESA

OBSERVACIONES

ESPACIO PARA RADICACIÓN COMFACAUCA

comfacauca

SECCIÓN SUBSIDIO FAMILIAR

2023-04-29

RECIBE		DIGITA	REVISA Y DIGITALIZA
FECHA	2023-04-29	FECHA	FECHA
NOMBRE	COMFACAUCA EN LÍNEA	NOMBRE	NOMBRE

VIGILADO SuperSubsidio

MAYORES INFORMES: COMFACAUCA POPAYÁN: Calle 2 Nte. Nº 6A-54 Barrio Modelo PBX: (0928) 231868 Ext: 120-122-190-221 FAX: 8203961 nomina@comfacauca.com. - promoaportes@comfacauca.com
Santander de Quilichao: Calle 5 # 9-79 PBX: (0928) 292183 - **Puerto Tejada:** Cra. 20 # 16-25 Barrio El Centro Tel: (0928) 282189 - 282430 - **El Bordo:** Cr.7 # 4-33 PBX: 8262111
Guapi: Calle 6 Vía principal Cel: 3104681793 - **Miranda:** Calle 7 13 B #51-73 PBX: 8281487 - 8476330 - **www.comfacauca.com**

VERSION 1 / Junio 28 de 2022 ORIGINAL

comfacauca | El empleo es de todos | Mintrabajo

DECLARACIÓN JURAMENTADA

FECHA DE SOLICITUD: AÑO | MES | DÍA

CIUDAD / MUNICIPIO

YO:

identificado(a) con:
C.C☐ T.I☐ C.E☐ PAS☐ CD☐ PEP☐ PPT☐ VISA☐ OTRO☐ CUAL:

No.

Declaro bajo la gravedad de juramento que que toda la información aquí suministrada es VERÍDICA. Autorizo que por cualquier medio se verifique los datos aquí contenidos y en caso de falsedad, se apliquen las sanciones contempladas en la ley.

MOTIVO DE LA DECLARACIÓN

Marque con una X el motivo de la declaración
☐ 1. Convivencia y dependencia económica ☐ 2. Unión marital de hecho / Unión libre ☐ 3. Padres o hermanos huérfanos de padres ☐ 4. Otros

1. CONVIVENCIA Y DEPENDENCIA ECONÓMICA

A través del diligenciamiento del siguiente recuadro usted demostrará y aceptará que las personas relacionadas hacen parte de su grupo familiar (cónyuge, hijos, hijastros) conviven y dependen económicamente del trabajador(a)

NOMBRE COMPLETO DEL BENEFICIARIO	DOCUMENTO IDENTIFICACIÓN		PARENTESCO	TELÉFONO	CORREO ELECTRÓNICO
	TIPO	Número			

2. UNIÓN MARITAL DE HECHO (UNIÓN LIBRE)

A través del diligenciamiento del siguiente espacio demostrará y aceptará que usted convive y tiene una comunidad de vida singular con su compañera(o) permanente

Declaro que el (la) señor(a)_____ identificado(a) con el tipo de documento _____ número _____
es mi compañera(o) permanente y convivimos desde hace _____ años y _____ meses. Además el(la) señor(a) actualmente se desempeña como:
☐ Dependiente ☐ Independiente ☐ Pensionado(a) ☐ Estudiante ☐ No labora

3. PADRES O HERMANO(S) HUÉRFANO(S)

A través del diligenciamiento del siguiente recuadro declaro que mi padre / madre, hermano(a) huérfano(s) de padres relacionado(a) como parte del núcleo familiar, no recibe(n) subsidio familiar, salario, renta o pensión alguna, ni esta(n) afiliado(a)(s) a otra caja de compensación familiar.

NOMBRE COMPLETO DEL BENEFICIARIO	DOCUMENTO IDENTIFICACIÓN		PARENTESCO	TELÉFONO	CORREO ELECTRÓNICO
	TIPO	Número			

Firma del padre | Firma de la madre

4. OTROS

Declaro que desconozco la ubicación del señor(a)_____identificado con_____padre / madre biológico(a) del menor_____identificaco con_____ por lo que no puedo aportar los datos relacionados con su certificación laboral

NOTA: la fecha de lanzamiento de la presente declaración juramentada no puede tener una vigencia superior a treinta(30) días y deberá ser firmada por el (la) declarante. La información contiene la manifestación expresa del trabajador y su grupo familiar, y por tal razón se presume que corresponden a sus condiciones y realidad actual, no obstante, las cajas de compensación familiar podrán realizar las verificaciones internas y externas en cualquier momento durante su vinculación, con el fin de corroborar la veracidad de la información a través de los mecanismos que considere pertinentes. En todo caso de evidenciar inconsistencias en lo manifestado a través del presente documento, tendrán la facultad de retirar del grupo familiar a la (s) persona (s) a cargo y/o suspender el reconocimiento del subsidio familiar.

Firma del declarante y documento

Observaciones_____

REQUISITOS DOCUMENTALES DE AFILIACIÓN.

1 ☐ Formulario de afiliación
2 ☐ Documento de identificación del trabajador.
3 ☐ Documento de identificación del Conyuge/Compañero(a) permanente del trabajador.
4 ☐ Documento de identificación de los padres del trabajador.
5 ☐ Registro civil de nacimiento del trabajador.
6 ☐ Registro civil de nacimiento de los hijos, hijastros, hermanos.
7 ☐ Documento de identificación actualizado de los hijos, hijastros, hermanos.
8 ☐ Certificado de estudio o el boletin de calificaciones para hijos mayores de 12 años, hasta los 18 años y 11 meses. (No obligatorio Independiente y Pensionado)
9 ☐ Certificado de discapacidad o perdida de capacidad laboral expedido por la EPS o entidad competente para personas a cargo en condición de invalidez si aplica el caso.
10 ☐ Para desafiliar a un conyuge se debe presentar el documento en el que conste la cesación de efectos civiles del matrimonio, liquidación de la sociedad conyugal o unión marital de hecho.
11 ☐ Constancia laboral del Conyuge/Compañero permanente. **Si el Conyuge/Compañero(a) permanente no labora:** Diligenciar declaración juramentada establecida por Comfacauca y Ministerio de trabajo/ si el cónyuge es pensionado, anexar colilla de pago de la mesada.
12 ☐ Custodia expedida por autoridad competente. (ICBF, Comisarias, Juzgados de familia, centros de conciliación, jueces de familia, civil, promiscuo municipal y de paz, personería y en caso de no haber ninguna de las anteriores, el inspector de policía)
13 ☐ Certificado EPS, donde conste tipo de afiliación (Si el padre o la madre se encuentra afiliado al Régimen Subsidiado en Salud puede ser beneficiario del trabajador y recibir cuota monetaria)
14 ☐ Registro civil de defunción de los padres del trabajador.
15 ☐ Copia de resolución de pensión (Colfondos) que reconoce la calidad de pensionado(a), o certificado de pensión con sábana pensional (Fondos Privados) Copia del **último desprendible de pago,** para pensionados hasta 1.5 SMMLV y Mayores 1.5 SMMLV.
16 ☐ Carta de solicitud con nombre completo del solicitante, domicilio, identificación, lugar de residencia, valor mensual de ingresos y declaración de la fuente de los ingresos y manifestación sobre si estaba o no afiliado a alguna Caja de Compensación Familiar con anterioridad a la solicitud.
17 ☐ Certificado de paz y salvo, en el caso de afiliación anterior a otra caja
18 ☐ Si uno de los padres es fallecido, Registro Civil de Defunción.
19 ☐ Certificación veteranos
20 ☐ Certificación en la que indique que es madre comunitaria con el NIT, nombre, dirección, municipio y teléfono donde labora
21 ☐ Copia de la planilla PILA con el pago de la caja de compensación

REQUISITOS DOCUMENTALES DE AFILIACIÓN SEGÚN MODALIDAD

Trabajador	Adjuntar documentos de estos numerales
Dependiente	1 2
Independiente	1 2 16 17 21
Pensionado	1 2 15 16 17
Veterano	1 2 19
Madres comunitarias	1 2 21 20
Facultativos	1 2 21

Personas a Cargo del Trabajador (Dependiente, Independiente y Pensionado 0,6 y 2% - NO APLICA para Pensionado por Fidelidad)	
Conyuge/Compañero(a) permanente sin hijos.	3
Conyuge/Compañero(a) permanente e hijos de la unión.	3 6 7 8 9 10 11
Conyuge/compañero(a) permanente e hijastro(s).	3 6 7 8 9 10 11 12
Hijos de trabajador(a) separado(a).	3 6 7 8 9 10 11
Hijos no reconocidos por uno de los padres (menores en cuyo registro civil figure únicamente uno de los padres.)	6 7 8 9
Padres.	4 5 9 10 13 18
Hermanos huerfanos de padres	5 6 7 8 9 10 14

www.comfacauca.com

ASMET Salud

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

NÚMERO DE RADICACIÓN | FECHA DE RADICACIÓN

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

1. Tipo de Trámite: A. Afiliación [X] B. Reporte de novedades [ ]
2. Tipo de Afiliación: A. Individual: Cotizante y 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 [X]; B. Independiente [ ]; C. Pensionado [ ]
Código (lo registra por la EPS) [ ]

II. AFILIACIÓN

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

6. Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre
Bolaños	Mosquera	Breiner	Alexander

7. Tipo de documento de identidad	8. Número del documento de identidad	9. Sexo	10. Fecha de nacimiento
CC [X]	1058666232	Femenino [ ] Masculino [X]	DD 18 MM 02 AAAA 2004

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

Datos personales

11. Etnia	12. Discapacidad	13. Puntaje SISBÉN	14. Grupo Poblacional
NA	Tipo NA Cond. T [ ] P [ ]		

15. Administradora de Riesgos Laborales - ARL	16. Administradora de Pensiones	17. Ingreso base de cotización - IBC
ARL SURA	PORVENIR	$1'160.000

18. Residencia
Dirección: Vereda de tomas | Teléfono fijo: | Teléfono celular: 3122423481 | Correo electrónico:
Municipio/Distrito: Popayán | Zona: Urbana [ ] Rural [X] | Localidad / Comuna: | Departamento: Cauca

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR

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

19. Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

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

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

24. Apellidos y nombres	Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre	25. Tipo de documento de identidad	26. Número del documento de identidad	27. Sexo F	27. Sexo M	28. Fecha de nacimiento
01					NA				DD MM AAAA
02					NA				DD MM AAAA
03					NA				DD MM AAAA
04					NA				DD MM AAAA
05					NA				DD MM AAAA

Datos complementarios

	29. Parentesco	30. Etnia	31. Discapacidad Tipo			Condición	
			Física	Mental cognitiva	Sensorial	T	P
01	NA	NA					
02	NA	NA					
03	NA	NA					
04	NA	NA					
05	NA	NA					

32. Datos de residencia	Zona Urbana	Zona Rural	Departamento	Teléfono Fijo y de celular	33. Valor de la UPC del afiliado adicional (a registrar por la EPS)
01					
02					
03					
04					
05					

Selección de la IPS Primaria

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

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

35. Nombre o razón social	36. Tipo de documento de identificación	37. Número del documento de identificación	38. Tipo de aportante o pagador pensiones (a registrar por la EPS)
Puentes de Colombia SAS	NA	901419 947-1	

39. Ubicación
Dirección: Km 2 antigua huila 91 | Teléfono | Correo electrónico | Municipio/Distrito: Popayán | Departamento: Cauca

Powered by CamScanner