2.3.4. AFILIACIONES AL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL

SEGUROS BOLÍVAR

LA ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES
DE LA COMPAÑÍA DE SEGUROS BOLÍVAR S.A.

CERTIFICA QUE:

La empresa
C I A F LTDA INGENIERIA
Identificada con NT No. 800130967

Se encuentra amparada en caso de accidente de trabajo y enfermedad laboral según lo dispuesto en la Ley 100 de 1993 y sus normas reglamentarias, a través del contrato de Riesgos Laborales número 1505666947803, a partir del 03 de Diciembre del año 2022.

La(s) persona(s) que se relaciona(n) a continuación se encuentran en nuestra base de datos de la siguiente manera:

TIPO DE IDENTIFICACIÓN	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	NOMBRE DEL EMPLEADO	CENTRO DE TRABAJO	CLASE	TASA	FECHA INICIO COBERTURA	FECHA DE RETIRO	TIPO COTIZANTE	ESTADO
CC	1012404272	JEFFERSON CORREA	OPERATIVO	5	6.96%	05/09/2023		INDEPENDIENTE AGREMIADO ASOCIADO	ACTIVO

Se expide a solicitud del interesado el 04 de Septiembre del año 2023.

Firma Representante Legal

Compañía de Seguros Bolívar S.A.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1032388748		GOMEZ RAMIREZ LORENA ANDREA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	av caracas # 35 a 17 sur	BOGOTA-BOGOTA D.E.	3735622	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2023-07	2023-07	62565521	9454015304	I	2023/08/11	2023/07/24	BANCOLOMBIA	0	$494,700

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO				PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES		
No.	Identificación		Nombres	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Dias	IBC	Aporte
1	CC	1032388748	GOMEZ RAMIREZ LORENA ANDREA	25-14	30	$1,700,000	$272,000	EPS037	30	$1,700,000	$212,500	CCF24	30	$1,700,000	$10,200		0	$0	$0	30	$0	$0
Total	**Afiliados(1)**					$1,700,000	$272,000			$1,700,000	$212,500			$1,700,000	$10,200			$0	$0		$0	$0

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$272,000	$0	$0	$272,000
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	1	$272,000	$0	$0	$272,000
CCF (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$10,200	$0	$0	$10,200
COMPENSAR	CCF24	860,066,942	7	1	$10,200	$0	$0	$10,200
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$212,500	$0	$0	$212,500
NUEVA E.P.S.	EPS037	900,156,264	2	1	$212,500	$0	$0	$212,500
TOTAL				1	$494,700	$0	$0	$494,700

2023/07/24 01:41 PM

SEGUROS BOLÍVAR

LA ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES
DE LA COMPAÑÍA DE SEGUROS BOLÍVAR S.A.

CERTIFICA QUE:

La empresa
C I A F LTDA INGENIERIA
Identificada con NT No. 800130967

Se encuentra amparada en caso de accidente de trabajo y enfermedad laboral según lo dispuesto en la Ley 100 de 1993 y sus normas reglamentarias, a través del contrato de Riesgos Laborales número 1505666947803, a partir del 03 de Diciembre del año 2022.

La(s) persona(s) que se relaciona(n) a continuación se encuentran en nuestra base de datos de la siguiente manera:

TIPO DE IDENTIFICACIÓN	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	NOMBRE DEL EMPLEADO	CENTRO DE TRABAJO	CLASE	TASA	FECHA INICIO COBERTURA	FECHA DE RETIRO	TIPO COTIZANTE	ESTADO
CC	1032388748	LORENA ANDREA GOMEZ RAMIREZ	OPERATIVO	5	6.96%	05/09/2023		INDEPENDIENTE AGREMIADO ASOCIADO	ACTIVO

Se expide a solicitud del interesado el 04 de Septiembre del año 2023.

Firma Representante Legal

Compañía de Seguros Bolívar S.A.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Colpensiones 10 años

GOBIERNO DE COLOMBIA

LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES

CERTIFICA QUE

Verificada la base de datos de afiliados, el/la señor/a **VICTOR JULIO CAÑON** identificado/a con documento de identidad **Cédula de Ciudadanía** número **7307475,** *no está afiliado/a* 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 11 de septiembre 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

compensar

CERTIFICADO DE AFILIACIÓN

CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR COMPENSAR
NIT.860.066.942-7

Bogotá D.C., 11 de Septiembre de 2.023

A QUIEN INTERESE

Compensar, Caja de Compensación Familiar, certifica que el cliente se encuentra afiliado en la modalidad TRABAJADOR DEPENDIENTE, con la siguiente información :

Tipo de Identificación	: CC
No. de Identificación	: 3172780
Nombre	: JOSE CLEMENTE BENITEZ RODRIGUEZ
Empresa/Contratante	: C I A F LTDA INGENIERIA
Idenficación Empresa	: NT
No. Identificación Empresa	: 800130967
Fecha de Afiliación a CCF	: 2023/09/11
Fecha de Ingreso a la empresa	: 2023/09/11
Estado	: Afiliado
Categoría	: A

La presente certificación se expide con destino a df y tiene vigencia de un mes a partir de la fecha de expedición.

Esta certificación no es válida para presentar los documentos requeridos para la acreditación del subsidio monetario, considerando solo validos el formato de inscripción, modificación a la Caja de Compensación

Atentamente.

Paula Andrea Ramírez

GESTIONAR INFORMACIÓN EMPRESARIAL
Elaboró: Portal Compensar

ISO 9001 icontec SC 5892-14
IQNet CERTIFIED MANAGEMENT SYSTEM

VIGILADO SuperSubsidio

compensar

CERTIFICADO DE AFILIACIÓN

CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR COMPENSAR
NIT.860.066.942-7

Bogotá D.C., 11 de Septiembre de 2.023

A QUIEN INTERESE

Compensar, Caja de Compensación Familiar, certifica que el cliente se encuentra afiliado en la modalidad TRABAJADOR DEPENDIENTE, con la siguiente información :

Tipo de Identificación	: CC
No. de Identificación	: 7309964
Nombre	: OSCAR ALFONSO PEÑA SANCHEZ
Empresa/Contratante	: C I A F LTDA INGENIERIA
Idenficación Empresa	: NT
No. Identificación Empresa	: 800130967
Fecha de Afiliación a CCF	: 2023/09/11
Fecha de Ingreso a la empresa	: 2023/09/11
Estado	: Afiliado
Categoría	: A

La presente certificación se expide con destino a df y tiene vigencia de un mes a partir de la fecha de expedición.

Esta certificación no es válida para presentar los documentos requeridos para la acreditación del subsidio monetario, considerando solo validos el formato de inscripción, modificación a la Caja de Compensación

Atentamente.

Paula Andrea Ramírez

GESTIONAR INFORMACIÓN EMPRESARIAL
Elaboró: Portal Compensar

ISO 9001 icontec SC 5892-14
CERTIFIED IQNet MANAGEMENT SYSTEM

VIGILADO SuperSubsidio

compensar

CERTIFICADO DE AFILIACIÓN

CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR COMPENSAR
NIT.860.066.942-7

Bogotá D.C., 11 de Septiembre de 2.023

A QUIEN INTERESE

Compensar, Caja de Compensación Familiar, certifica que el cliente se encuentra afiliado en la modalidad TRABAJADOR DEPENDIENTE, con la siguiente información :

Tipo de Identificación	: CC
No. de Identificación	: 7307475
Nombre	: VICTOR JULIO CAÑON
Empresa/Contratante	: C I A F LTDA INGENIERIA
Idenficación Empresa	: NT
No. Identificación Empresa	: 800130967
Fecha de Afiliación a CCF	: 2023/09/11
Fecha de Ingreso a la empresa	: 2023/09/11
Estado	: Afiliado
Categoría	: A

La presente certificación se expide con destino a df y tiene vigencia de un mes a partir de la fecha de expedición.

Esta certificación no es válida para presentar los documentos requeridos para la acreditación del subsidio monetario, considerando solo validos el formato de inscripción, modificación a la Caja de Compensación

Atentamente.

Paula Andrea Ramírez

GESTIONAR INFORMACIÓN EMPRESARIAL
Elaboró: Portal Compensar

ISO 9001 icontec SC 5892-14
CERTIFIED IQNet MANAGEMENT SYSTEM

VIGILADO SuperSubsidio

REPÚBLICA DE COLOMBIA
SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD
SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD

SOPORTE DE NOVEDADES DE REINGRESOS

nueva eps
gente cuidando gente
NIT 900.156.264-2

nueva eps NIT 900.156.264-2
1 - SEP 2023
RECIBIDO PARA ESTUDIO POR LA EPS
ESTO NO IMPLICA ACEPTACIÓN
C2091

CODIGO ASESOR Y/O PROMOTOR
C2091

AFILIACION

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

6. APELLIDOS Y NOMBRES COMPLETOS

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE
Peña	Sanchez	Oscar	Alfonso

7. TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD: X
8. NUMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD: 7309964
9. SEXO:
10. FECHA NACIMIENTO: 15 12 69
11. NACIONALIDAD: colombia.

ANEXO COPIA DEL DOCUMENTO DE IDENTIDAD

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

CIUDAD / MUNICIPIO: Tunungua
DEPARTAMENTO: Boyaca.
ZONA: CABECERA MUNICIPAL | CENTRO POBLADO | RURAL DISPERSO | RESTO RURAL
TELÉFONO FIJO
EXT.
TELÉFONO MÓVIL: 3017773017
CORREO ELECTRÓNICO
IPS
IPS ODONTOLÓGICA

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

39. Nombre o Razón Social: CGT Ingenieria ltda
40. TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD: X
41. Numero documento de identidad: 800130467
DV
42. Tipo de aportante o pagador de pensiones

43. UBICACIÓN O DIRECCIÓN: Calle 51 N° 71A - 18 Bta. Bta
3017773017

FECHA INICIO DE RELACIÓN LABORAL: 11 09 23
CARGO: Obrero
OCUPACIÓN
SALARIO: 1160000

IX. FIRMAS

Oscar Peña
61. El cotizante, cabeza de familia o beneficiario cuando aplique

Oliviana fanabria.
62. Aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva, institucional o de Oficio

VIGILADO Supersalud

Famisanar EPS

NIT 830.003.564-7

9010401080

9010401080

No. de Radicación: 26788224

Fecha de Radicación: 12 09 2023

I. DATOS DEL TRÁMITE

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

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

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

6. Apellidos y nombres			
Primer Apellido: CAÑON	Segundo Apellido:	Primer Nombre: VICTOR	Segundo Nombre: JULIO
7. Tipo de documento de identidad	**8. Número del documento de identidad**	**9. Sexo**	**10. Fecha de nacimiento**
CC	7307475	Femenino [ ] Masculino [X]	D 15 M 11 A 1966

III. DATOS COMPLEMENTARIOS (Datos personales)

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

17. Ingreso base de cotización - IBC	18. Residencia			
$1.160.000	Dirección		Teléfono fijo	Teléfono celular
Correo electrónico	Municipio / Distrito	Zona Urbana [ ] Rural [ ]	Localidad / Comuna	Departamento

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

19. Apellidos y nombres			
Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre
20. Tipo de documento de identidad	**21. Número del documento de identidad**	**22. Sexo**	**23. Fecha de nacimiento**
		Femenino [ ] Masculino [ ]	D D M M A A A A

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

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

	25. Tipo de documento de identidad	26. Número del documento de identidad	27. Sexo Femenino	Masculino	28. Fecha de nacimiento	Datos complementarios 29. Parentesco	30. Etnia
B1					D D M M A A A A		
B2					D D M M A A A A		
B3					D D M M A A A A		
B4					D D M M A A A A		
B5					D D M M A A A A		

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

Selección de la IPS Primaria

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

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

35. Nombre o razón social	36. Tipo de documento de identificación	37. Número del documento de identificación	38. Tipo de aportante o pagador de pensiones (a registrar por la EPS)
CI A F LTDA INGENIERIA	NT	800130967	

39. Ubicación				
Dirección: TV 13 114A 29	Teléfono: 2140606	Correo electrónico:	Municipio / Distrito: BOGOTA	Departamento: DISTRITO CAPITAL

B. REPORTE DE NOVEDADES

40. Tipo de Novedad

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

VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

41. Datos básicos de identificación				
Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre	
Tipo de documento de identidad	**Número del documento de identidad**	**Sexo**	**Fecha de nacimiento**	**42. Fecha novedad**
		Femenino [ ] Masculino [ ]	D D M M A A A A	D 11 M 09 A 2023

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

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

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

VIII. FIRMAS

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

IX. ANEXOS

56. Anexo copia del documento de identidad: CN RC TI CC PA CE CD SC
Cantidad [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] Total [ ]

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

X. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL

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

70. Datos del funcionario que realiza la validación			
Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre
Tipo de documento de identidad	**Número del documento de identidad**	**OBSERVACIONES:** CARGO: OBRERO DE CONSTRUCCION	
71. Firma del funcionario			

Vigilado Supersalud

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
NI	800130967-6	C I A F LTDA INGENIERIA	CL 119 14 A 25 OF 201	3106972690	ciafltda.admon@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
SUCURSAL	B – menos de 200 c	RIESGO 002	BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ. D.C.		SI

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
					4	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2023-10	2023-09	E	05/10/2023	71341140	$910.800	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD

Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS017	Famisanar EPS	830003564-7	55.800	0		0		0	0	0	0	55.800	2
EPS037	Nueva EPS	900156264-2	31.000	0		0		0	0	0	0	31.000	1
EPS041	NUEVA E.P.S. S.A. MOV	900156264-2	31.000	0		0		0	0	0	0	31.000	1

TOTALES PENSIÓN

Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
230201	Proteccion (ING + Proteccion)	800229739-0	123.800	0	0	0	0	0	0		123.800	1
230301	Porvenir	800224808-8	99.000	0	0	0	0	0	0		99.000	1
231001	Colfondos	800227940-6	123.800	0	0	0	0	0	0		123.800	1
25-14	Colpensiones	900336004-7	123.800	0	0	0	0	0	0		123.800	1

TOTALES RIESGOS LABORALES

Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-7	Seguros Bolivar S.A.	860002503-2	204.800				204.800	0	0	204.800			2.048	204.800	4

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF24	Compensar Caja	860066942-7	117.800	0	0	117.800	4

TOTALES PARAFISCALES

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

TOTALES POR SUBSISTEMA

Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	3	117.800	117.800
Pensión	4	470.400	470.400
Riesgos Laborales	1	204.800	204.800
CCF	1	117.800	117.800
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	9	910.800	910.800

PAGADA

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

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE							
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
NI	800130967-6	C I A F LTDA INGENIERIA		CL 119 14 A 25 OF 201	3106972690	ciafltda.admon@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
SUCURSAL	B – menos de 200 c	RIESGO	002	BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		SI

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					4	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2023-10	2023-09	E	05/10/2023	71341140	$910.800	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE								INFORMACIÓN NOVEDADES																		PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES				
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Colom. exterior	Exonerado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntario Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
1	CC	1076663985	CHARARI RODRIGUEZ VICTOR ANDRES	1	0			S	X																230301	618.667	99.000	0	0	0	0	EPS017	618.667	24.800	14-7	618.667	5	43.100	CCF24	618.667	24.800	0	0	0	0	0
2	CC	3172780	BENITEZ RODRIGUEZ JOSE CLEMENTE	1	0			S	X																25-14	773.334	123.800	0	0	0	0	EPS037	773.334	31.000	14-7	773.334	5	53.900	CCF24	773.334	31.000	0	0	0	0	0
3	CC	7307475	CAÑOÑ VICTOR JULIO	1	0			S	X																231001	773.334	123.800	0	0	0	0	EPS017	773.334	31.000	14-7	773.334	5	53.900	CCF24	773.334	31.000	0	0	0	0	0
4	CC	7309964	PEÑA SANCHEZ OSCAR ALFONSO	1	0			S	X																230201	773.334	123.800	0	0	0	0	EPS041	773.334	31.000	14-7	773.334	5	53.900	CCF24	773.334	31.000	0	0	0	0	0

PAGADA

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

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
NI	800130967-6	C I A F LTDA INGENIERIA		CL 119 14 A 25 OF 201	3106972690	ciafltda.admon@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
SUCURSAL	B – menos de 200 c	RIESGO	002	BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ. D.C.		SI

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					7	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2023-09	2023-09	Y	05/10/2023	71341296	$490.000	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD												
Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					

TOTALES PENSIÓN												
Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados

TOTALES RIESGOS LABORALES															
Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-7	Seguros Bolivar S.A.	860002503-2	490.000				490.000	0	0	490.000			4.900	490.000	7

TOTALES CAJAS						
Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados

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

TOTALES POR SUBSISTEMA			
Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	0	0	0
Pensión	0	0	0
Riesgos Laborales	1	490.000	490.000
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	1	490.000	490.000

PAGADA

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

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
NI	800130967-6	C I A F LTDA INGENIERIA		CL 119 14 A 25 OF 201	3106972690	ciafltda.admon@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
SUCURSAL	B – menos de 200 c	RIESGO	002	BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ. D.C.		SI

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					7	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2023-09	2023-09	Y	05/10/2023	71341296	$490.000	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE									INFORMACIÓN NOVEDADES																PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES					
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Colom. exterior	Exonerado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntario Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
1	CC	1012404272	CORREA BLANCO JEFFERSON JAIR	59	0			N	X																	0	0	0	0	0		0	0	14-7	1.005.334	5	70.000		0	0	0	0	0	0	0	0
2	CC	1016027528	SANCHEZ VALENCIA JOHANA CAMILA	59	0			N	X																	0	0	0	0	0		0	0	14-7	1.005.334	5	70.000		0	0	0	0	0	0	0	0
3	CC	1023978296	QUINTO MOSQUERA DAHIANA	59	0			N	X																	0	0	0	0	0		0	0	14-7	1.005.334	5	70.000		0	0	0	0	0	0	0	0
4	CC	1032388748	GOMEZ RAMIREZ LORENA ANDREA	59	0			N	X																	0	0	0	0	0		0	0	14-7	1.005.334	5	70.000		0	0	0	0	0	0	0	0
5	CC	60364725	RANGEL FERNANDEZ ANA TERESA	59	0			N	X																	0	0	0	0	0		0	0	14-7	1.005.334	5	70.000		0	0	0	0	0	0	0	0
6	CC	80050329	SARAY HERNANDEZ ALEANDRO ESTEVE	59	0			N	X																	0	0	0	0	0		0	0	14-7	1.005.334	5	70.000		0	0	0	0	0	0	0	0
7	CC	80545787	PINZON ACOSTA OSMAR FABIAN	59	0			N	X																	0	0	0	0	0		0	0	14-7	1.005.334	5	70.000		0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

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