SuAporte | REPORTE INDIVIDUAL

Fecha creación reporte 2019-08-27, 04:30:49 PM **Tipo Planilla** E **Número Planilla** 41289394

Periodo Cotización 201907 **Periodo Servicio** 201908

Cliente:

PAGADA 2019-08-27

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	PUNTO EN LINEA				
Documento	NI 901009594	**Dirección**	CENTRO COMERCIAL BOLIVAR OFI D 2		
Tipo de Empresa	EMPLEADOR	**Teléfono**	7456383		
Tipo Persona	JURÍDICA	**Forma Presentación**	ÚNICO	**Total Afiliados**	1
Ciudad	ARMENIA	**Departamento**	QUINDIO		
Representante Legal	BENITEZ MORENO HECTOR EDUARDO	**Identificación**	CC 19456895		

II. DATOS DEL AFILIADO

Documento	CC 39618731		**Residente**		**Exonerado**		**Apellidos y Nombres**	**Código Ciudad - Departamento**	**Centro de Trabajo**	**Ubicación Laboral**
Tipo Cotizante	01	00					MOLINA CASTELLANOS MARIA DEL CARMEN	25290000 - 25		CUNDINAMARCA

III. APORTE POR CADA UNA DE LAS ADMINISTRADORAS ASOCIADAS AL AFILIADO:

Novedades																											Extranjero	S. Integral	Salario	Pensión						Salud					Riesgos					Caja				Parafiscales			
INC	LNR	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	COR	RET	RLT	TDE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	Días AFP	Días ERP	Días ARL	Días CCF				Código AFP	Código Trns. AFP	Tarifa AFP	IBC	Total Aporte AFP	Total Aporte FSP	Total Aporte FSPS	Código EPS	Código Trns. EPS	Tarifa EPS	IBC EPS	Aporte Salud	Aporte UPC	Código ARL	Clase Riesgo	Tarifa ARL	IBC ARL	Aporte Riesgos	Código CCF	Tarifa CCF	IBC ARL	Aporte Caja	Tarifa SENA	Aporte SENA	Tarifa ICBF	Aporte ICBF
															0	30	30	30	30			$ 828.150	28-14		16 %	$ 828.150	$ 132.000	$ 0	$ 0	EPS017		12.5 %	$ 828.150	$ 103.500	$ 0	14-11	2	1.044 %	$ 828.150	$ 8.700	CCF22	4 %	$ 828.150	$ 33.200	0 %	$ 0	0 %	$ 0

IV. TOTALES

Total Aportes Pensión	Total Aportes FSP	Total Aportes FSPS	Total Aportes Salud	Total Aportes Riesgos	Total Aportes Cajas	Total Aportes SENA	Total Aportes ICBF	Total Aportes ESAP	Total Aportes MEN	Total Final
COLPENSIONES	FSP SOLIDARIDAD	FSP SUBSISTENCIA	FAMISANAR EPS	ARL SURA	COLSUBSIDIO	SENA	ICBF	ESAP	MEN	
$ 132.000	$ 0	$ 0	$ 103.500	$ 8.700	$ 33.200	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 277.400

uf . cocina.

Scanned with CamScanner

aportes en línea

Certificado de Aportes

Se certifica que NORA ISABEL GUTIERREZ DIAZ identificado(a) con CC 21017565 realizó los siguientes aportes al Sistema de Seguridad Social:

Periodo		Clave		Planilla		Novedades														
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Tipo	Fecha Pago	ing	ret	tde	tae	tdp	tap	vsp	cor	vst	sln	ige	lma	vac	avp	vct	irl	vip
2019-07	2019-07	487121394	8496079439	I	2019-08-27																	

Riesgo	Administradora	Días	Tarifa	IBC	Cotización
AFP	PORVENIR	30	16%	$828,116	$132,500
ARL	ARL SURA	30	1.044%	$828,116	$8,700
CCF	COLSUBSIDIO	30	4%	$828,116	$33,200
EPS	SALUDVIDA S.A. EPS MOVILIDAD	30	12.5%	$828,116	$103,600

Este certificado se expide el día 2019-08-27 a las 04:36.

Scanned with CamScanner

aportes en línea

Certificado de Aportes

Se certifica que CARMEN YOBANA BUSTOS CANTOR identificado(a) con CC 35252413 realizó los siguientes aportes al Sistema de Seguridad Social:

Periodo		Clave		Planilla		Novedades																
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Tipo	Fecha Pago	ing	ret	tde	tae	tdp	tap	vsp	cor	vst	sln	ige	lma	vac	avp	vct	irl	vip
2019-07	2019-07	487112951	8496704942	I	2019-08-27																	

Riesgo	Administradora	Días	Tarifa	IBC	Cotización
AFP	PORVENIR	30	16%	$828,116	$132,500
ARL	ARL SURA	30	1.044%	$828,116	$8,700
CCF	COLSUBSIDIO	30	4%	$828,116	$33,200
EPS	SANITAS	30	12.5%	$828,116	$103,600

Este certificado se expide el día 2019-08-27 a las 04:43.

PLANILLA PAGADA

Scanned with CamScanner

CONVIDA

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

No. de Radicación

B. REPORTE DE NOVEDADES

40. Tipo de Novedad

1. Traslado de otra Entidad Promotora de Salud
2. Traslado del régimen contributivo al subsidiado
3. Actualización y corrección de datos dentro del mismo régimen
4. Terminación de la cotización en la EPS

41. Régimen

1. Régimen Contributivo
2. Régimen Subsidiado
3. Magisterio
4. Diferente a los anteriores

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	Sexo: Masculino	Fecha de nacimiento	42. Fecha
					15/08/2019

43. EPS anterior	44. Motivo de traslado. Código	45. Tipo de cotización: Familiar o Pagador de Pensiones

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

47. Declaración de dependencia económica de los beneficiarios y afiliados adicionales

48. Selección de la modalidad de afiliación: Contributivo, Especial o de Excepción

49. Declaración de existencia de vínculos de familia cuyo estado civil no implica la entrega de los documentos que acrediten la calidad de beneficiarios

50. Declaración de actualizaciones del cotizante relativa a sus familiares beneficiarios o afiliados adicionales en una Institución Prestadora de Servicios de Salud

51. 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

52. Autorización para que la EPS consulte la información [illegible] de la afiliación y del aspirante [illegible] de afiliados [illegible] y otros relativos

53. Autorización para que la EPS [illegible] y [illegible] [illegible]

54. [illegible]

VIII. FIRMAS

Angie Viviana Dolanus.

55. [illegible]

Solicitante - Cabeza de familia o beneficiario

Firma del representante legal o responsable de la afiliación colectiva Institucional o de Grupo

XI. ANEXOS

59. Anexa copia de documento de identidad: CN RC TI CC PA CE CD SC

Cantidad: Total:

60. Copia del certificado de [illegible] expedido por la autoridad competente.

61. [illegible]

62. Copia de la escritura pública o sentencia judicial que declare el divorcio, [illegible]

63. Copia del certificado de [illegible] o acta de [illegible] del menor

64. Copia de la [illegible]

65. [illegible]

66. [illegible]

67. [illegible]

68. [illegible]

X. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL

69. [illegible]	70. [illegible] del SGSSS	69. Fecha de radicación	69. Fecha de validación

72. Datos del funcionario que realiza la validación

Primer apellido	Segundo apellido	71. [illegible]	Segundo nombre

OBSERVACIONES

Movilidad Ascendente.
Daniela Toniano

Recibido igual con la firma del [illegible] afiliado y la huella [illegible] de la información [illegible] en el capítulo VII del formulario

Scanned with CamScanner

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

CONVIDA

625290 - C215

Fecha de Radicación: 20 Agosto 19

I. DATOS DEL TRAMITE

1. Tipo de Trámite: A. Afiliación ☐ B. Reporte de Novedades ☐

2. Tipo de Afiliado: A. Individual ☐ B. Colectivo ☐ C. Institucional ☐ D. Grupo familiar ☐ E. Independiente (afiliación especial) ☐ F. De oficio ☐

3. Régimen: A. Contributivo ☒ B. Subsidiado ☐

4. Calidad del Afiliado: A. Cotizante ☒ B. Cabeza de familia ☐ C. Beneficiario ☐

5. Tipo de Afiliación: A. Trabajador ☐ B. Independiente ☐ C. Pensionado ☐ Código (a registrar por la EPS)

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

6. Apellidos y nombres: Belalcazar (Primer apellido) | Gonzalez (Segundo apellido) | Angie (Primer nombre) | Xiomara (Segundo nombre)

7. Tipo de documento de identidad: CC

8. Número del documento de identidad: 1069761619

9. Sexo: Femenino ☒ Masculino ☐

10. Fecha de nacimiento: 03011999

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

Datos personales

11. Etnia:

12. Discapacidad: Tipo ☐☐☐ Clasificación ☐☐

13. Puntaje SISBEN:

14.

15. Administradora de Riesgos Laborales - ARL: Sura

16. Administradora de Pensiones: Porvenir

17. Ingreso base de cotización - IBC: 828116

18. Residencia — Dirección: Cra 6 No 11-23 | Teléfono fijo: 3672377 | Teléfono celular: 3115152542 | Correo electrónico: Curtiembrera

Zona: Urbana ☒ Rural ☐ | 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

20. Tipo de documento de identidad

21. Número del documento de identidad

22. Sexo: Femenino ☐ Masculino ☐

23. Fecha de nacimiento

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

	24. Apellidos y nombres: Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre
B1				
B2				
B3				
B4				
B5				

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

Datos complementarios

	29. Parentesco	30. Etnia	31. Discapacidad: Tipo E	N	M	I	P
B1			☐	☐	☐	☐	☐
B2			☐	☐	☐	☐	☐
B3			☐	☐	☐	☐	☐
B4			☐	☐	☐	☐	☐
B5			☐	☐	☐	☐	☐

	32. Datos de residencia: Municipio/Distrito	Zona: Urbana	Rural	Departamento	Teléfono Fijo y/o celular	33. Valor base IPC el 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	35. Código de la IPS (a registrar por la EPS)
C		
B1		
B2		
B3		

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

36. Nombre o razón social: Tuc Servicios Empresariales Integrales SAS | 37. Tipo de documento: NIT | 38. Número de identificación: 1006924166-1 | 39. Tipo de aportante o pagador pensiones (a registrar por la EPS)

40. Dirección: Cra 9 No 19 B-17 | Municipio/Distrito: Ocaña | Departamento: Norte de Santander

Scanned with CamScanner

aportes en línea

Comprobante Liquidación

Datos Generales Del Aportante

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Correo Electrónico	Ciudad-Departamento	Celular
CC 1069761619		BOLAÑOS GONZALEZ ANGIE TATIANA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	asointegrar@yahoo.es	FUSAGASUGA CUNDINAMARCA	3115152450

Clave: 8495831326

Periodo Pensión: 2019-07 **Periodo Salud: 2019-07**

Pague hasta	Dias de Mora	Valor Mora	Total a Pagar
2019/09/02	27	$1,600	$70,100
2019/09/03	28	$1,600	$70,100
2019/09/04	29	$1,600	$70,100
2019/09/05	30	$1,700	$70,200
2019/09/06	31	$1,800	$70,300
2019/09/09	34	$1,800	$70,300
2019/09/10	35	$2,000	$70,500
2019/09/11	36	$2,000	$70,500
2019/09/12	37	$2,000	$70,500
2019/09/13	38	$2,000	$70,500

Riesgo	Administradoras	Afiliados	Total
AFP	1	1	
PORVENIR		1	
ARL	1	1	
ARL SURA		1	
EPS	1	1	
CONVIDA		1	
SUBTOTAL			
COMISION OPERADOR			
IVA			
TOTAL			

Canales de Pago

BANCARIOS

Banco AV Villas · Banco de Occidente · Banco de Bogotá

NO BANCARIOS

Puntos autorizados de la red Via
Monto máximo por transacción $1'000.000

Cajas registradoras de los almacenes
Monto máximo por transacción $9'999.999

Banco AV Villas

COMPROBANTE PAGO DE PLANILLA ASISTIDA PILA

Numero Identificación del Aportante / Pin Unico: 1069761619

Valor a Pagar $: 70.100

Si usted va a realizar el pago con el número de Planilla, diligencie esta sección

PAGO CON NÚMERO DE PLANILLA

Numero de Planilla: 84958313 26

Si usted va a realizar el pago con Pin Unico, diligencie esta sección:

PAGO CON PIN UNICO

Operador de Información:

Periodo de Cotización a Pagar: Año Mes

ESTIMADO CLIENTE:

ACE 451 20190903 14:41 SC3168 LINEA D
VR PAGADO: 70.100.00
NOMBRE:APORTES EN LINEA
CLAVE:8495831326
ID:1069761619
Fecha Aplicación:20190903 PIN:144103
Estimado cliente: Verifique los datos de su pago. Después de retirarse de la ventanilla no se aceptan reclamos.

Scanned with CamScanner

ARUS

SuAporte | REPORTE INDIVIDL

Fecha creación reporte 2019-08-06, 02:28:24 PM **Tipo Planilla** E **Número Planilla** 41060788

Periodo Cotización 201907 **Periodo Servicio** 201908

Cliente:

PAGADA 2019-08-06

DATOS DEL APORTANTE

azón Social	PUNTO EN LINEA		
ocumento	NI 901009594	**Dirección**	CENTRO COMERCIAL BOLIVAR OFI D 2
ipo de Empresa	EMPLEADOR	**Teléfono**	7456383
ipo Persona	JURÍDICA	**Forma Presentación**	ÚNICO **Total Afiliados** 1
iudad	ARMENIA	**Departamento**	QUINDIO
epresentante Legal	BENITEZ MORENO HECTOR EDUARDO	**Identificación**	CC 19456895

DATOS DEL AFILIADO

Documento	CC 1023917034		Residente	Exonerado	**Apellidos y Nombres**	**Código Ciudad - Departamento**	**Centro de Trabajo**	**Ubicación Laboral**
Tipo Cotizante	01	00			GOYENECHE MENDIVELSO LESSLY JOHANA	25290000 - 25		CUNDINAMARCA

I. APORTE POR CADA UNA DE LAS ADMINISTRADORAS ASOCIADAS AL AFILIADO:

Novedades

ING	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	COR	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	Dias AFP	Dias EPS	Dias ARP	Dias CCF	Extranjero	S. Integral	Salario
														0	07	07	07	0			$ 828.160

Pensión

Código AFP	Código Tras. AFP	Tarifa AFP	IBC	Total Aporte AFP	Total Aporte FSP	Total Aporte FSPS
230301		16 %	$ 193.235	$ 31.000	$ 0	$ 0

Salud

Código EPS	Código Tras. EPS	Tarifa EPS	IBC EPS	Aporte Salud	Aporte UPC
EPS017		12.5 %	$ 193.235	$ 7.800	$ 0

Riesgos

Código ARL	Clase Riesgo	Tarifa ARL	IBC ARL	Aporte Riesgos
14 11	2	1.044 %	$ 193.235	$ 2.100

Caja

Código CCF	Tarifa CCF	IBC ARL	Aporte Caja
	0 %	$ 0	$ 0

Parafiscales

Tarifa SENA	Aporte SENA	Tarifa ICBF	Aporte ICBF
0 %	$ 0	0 %	$ 0

/.TOTALES

Total Aportes Pensión	Total Aportes FSP	Total Aportes FSPS	Total Aportes Salud	Total Aportes Riesgos	Total Aportes Cajas	Total Aportes SENA	Total Aportes ICBF	Total Aportes ESAP	Total Aportes MEN	Total Final
PORVENIR	FSP SOLIDARIDAD	FSP SUBSISTENCIA	FAMISANAR EPS	ARL SURA	COLSUBSIDIO	SENA	ICBF	ESAP	MEN	
$ 31.000	$ 0	$ 0	$ 7.800	$ 2.100	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 40.900

OF VCRIOS

Scanned with CamScanner

Famisanar

CERTIFICA QUE:

El(La) Señor(a) LESSLY JOHANA GOYENECHE MENDIVELSO identificado(a) con CC 1023917034 se encuentra afiliado(a) a la EPS en condición de 2° COTIZANTE.

Fecha de Activación de Servicios:	**19/02/2016**
Estado de la Afiliación:	**ACTIVO**
IPS:	**COLSUBSIDIO CENTRO MEDICO FUSAGASUGA**
Categoria:	**A**

La presente certificación se expide a solicitud del(de la) interesado(a) en Bogotá para **QUIEN INTERESE** , a los 23 días del mes de agosto del año 2019 .

La certificación tiene validez de un mes con respecto a la fecha de generación.

Observaciones:

NO VÁLIDO PARA TRASLADO A OTRA EPS.

Cordialmente,

Fredy Alexander Caicedo Sierra
Director Operaciones Comerciales
EPS FAMISANAR S.A.S.

Scanned with CamScanner

SuAporte | REPORTE INDIVIDUAL

Fecha creación reporte 2019-08-27, 04:26:21 PM **Tipo Planilla** E **Número Planilla** 41289394

Periodo Cotización 201907 **Periodo Servicio** 201908

Cliente:

PAGADA 2019-08-27

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	PUNTO EN LINEA				
Documento	NI 901009594	**Dirección**	CENTRO COMERCIAL BOLIVAR OFI D 2		
Tipo de Empresa	EMPLEADOR	**Teléfono**	7456383		
Tipo Persona	JURÍDICA	**Forma Presentación**	ÚNICO	**Total Afiliados**	1
Ciudad	ARMENIA	**Departamento**	QUINDIO		
Representante Legal	BENITEZ MORENO HECTOR EDUARDO	**Identificación**	CC 19456895		

II. DATOS DEL AFILIADO

Documento			Residente		Exonerado		Apellidos y Nombres	Código Ciudad - Departamento	Centro de Trabajo	Ubicación Laboral
Tipo Cotizante	01	00					GONGORA MATTA JOSE RAUL	25290000 - 25		CUNDINAMARCA

III. APORTE POR CADA UNA DE LAS ADMINISTRADORAS ASOCIADAS AL AFILIADO:

Novedades																												Extranjero	S. Integral	Salario	Pensión						Salud						Riesgos					Caja				Parafiscales			
ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	COR	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	Días Pens	Días EPS	Días ARL	Días CCF				Código AFP	Código Trasl. AFP	Tarifa AFP	IBC	Total Aporte AFP	Total Aporte FSP	Total Aporte FSPS	Código EPS	Código Trasl. EPS	Tarifa EPS	IBC EPS	Aporte Salud	Aporte UPC	Código ARL	Clase Riesgo	Tarifa ARL	IBC ARL	Aporte Riesgos	Código CCF	Tarifa CCF	IBC ARL	Aporte Caja	Tarifa SENA	Aporte SENA	Tarifa ICBF	Aporte ICBF
													0	30	30	30	30			$ 828.150	25-14		16 %	$ 828.150	$ 132.000	$ 0	$ 0	EPS017		12.5 %	$ 828.150	$ 103.500	$ 0	14-11	2	1.044 %	$ 828.150	$ 8.700	CCF22	4 %	$ 828.150	$ 33.200	0 %	$ 0	0 %	$ 0

IV. TOTALES

Total Aportes Pensión	Total Aportes FSP	Total Aportes FSPS	Total Aportes Salud	Total Aportes Riesgos	Total Aportes Cajas	Total Aportes SENA	Total Aportes ICBF	Total Aportes ESAP	Total Aportes MEN	Total Final
COLPENSIONES	FSP SOLIDARIDAD	FSP SUBSISTENCIA	FAMISANAR EPS	ARL SURA	COLSUBSIDIO	SENA	ICBF	ESAP	MEN	
$ 132.000	$ 0	$ 0	$ 103.500	$ 8.700	$ 33.200	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 277.400

Scanned with CamScanner

aportes en línea

Certificado de Aportes

18

Se certifica que LUIS ARMANDO ULLOA AMADOR identificado(a) con CC 4106538 realizó los siguientes aportes al Sistema de Seguridad Social.

LASORANOS LOGISTICA MB SAS NI 901025587

Periodo		Clave		Planilla		Novedades														
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Tipo	Fecha Pago	ing	ret	tde	tae	tdp	tap	vsp	cor	vst	sln	ige	lma	vac	avp	vct	irl	vip
2019-07	2019-07	461599536	8493701779	E	2019-07-16																	

Riesgo	Administradora	Días	Tarifa	IBC	Cotización
AFP	PORVENIR	30	16%	$828,116	$132,550
ARL	POSITIVA	30	2.440%	$828,116	$33,200
CCF	COLSUBSIDIO	30	4%	$828,116	$33,200
EPS	FAMISANAR	30	12.5%	$828,116	$103,550

Este certificado se expide el día 2019-07-17 a las 05:21.

Scanned with CamScanner

aportes en línea

Certificado de Aportes

Se certifica que LUIS ALBERTO ALVAREZ BETANCOURT identificado(a) con CC 14280421 realizó los siguientes aportes al Sistema de Seguridad Social:

Periodo		Clave		Planilla		Novedades																
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Tipo	Fecha Pago	ing	ret	tde	tae	tdp	tap	vsp	cor	vst	sln	ige	lma	vac	avp	vct	irl	vip
2019-07	2019-07	481712395	8496714939	I	2019-08-27																	

Riesgo	Administradora	Dias	Tarifa	IBC	Cotización
AFP	PORVENIR	30	16%	$828,116	$132,500
ARL	ARL SURA	30	2.436%	$828,116	$20,200
CCF	COLSUBSIDIO	30	4%	$828,116	$33,200
EPS	NUEVA E.P.S.	30	12.5%	$828,116	$103,600

Este certificado se expide el día 2019-08-27 a las 04:41.

PLANILLA PAGADA

Scanned with CamScanner

aportes en línea

Certificado de Aportes

Se certifica que LUZ DARY QUINTERO MURCIA identificado(a) con CC 52621683 realizó los siguientes aportes al Sistema de Seguridad Social:

Periodo		Clave		Planilla		Novedades																
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Tipo	Fecha Pago	ing	ret	tde	tae	tdp	tap	vsp	cor	vst	sln	ige	lma	vac	avp	vct	irl	vip
2019-07	2019-07	4823147774	8496079440	I	2019-08-27																	

Riesgo	Administradora	Días	Tarifa	IBC	Cotización
AFP	COLPENSIONES	30	16%	$828,116	$132,500
ARL	ARL SURA	30	2.436%	$828,116	$20,200
CCF	COLSUBSIDIO	30	4%	$828,116	$33,200
EPS	NUEVA E.P.S.	30	12.5%	$828,116	$103,600

Este certificado se expide el día 2019-08-27 a las 04:38.

PLANILLA PAGADA

Scanned with CamScanner

FORMULARIO UNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

Famisanar

Nit 830.003.564-7

* 06 2586997 *

Lea las instrucciones que se encuentran dentro del formulario antes de diligenciarlo

I. DATOS DEL TRAMITE

1. Tipo de Trámite
2. Tipo de Afiliación
3. Régimen
4. Tipo de afiliado
5. Tipo de cotizante
6. Ingreso Base de Cotización

A. AFILIACIÓN B. DATOS BASICOS DE IDENTIFICACIÓN (del cotizante o cabeza de familia)

8. Apellidos y nombres
7. Tipo de documento de identidad
9. Número del documento de identidad
9. Sexo Femenino Masculino
10. Fecha de nacimiento

III. DATOS COMPLEMENTARIOS (Datos personales)

11. Etnia
12. Discapacidad
13. Puntaje SISBEN
14. Grupo de población especial
15. Administradora de riesgos laborales - ARL
16. Administradora de pensiones
17. Ingreso base de cotización - IBC
18. Residencia
Zona Urbana Rural

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

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

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

	24. Apellidos y nombres: Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre
61				
62				
63				
64				
65				

	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
61						
62						
63						
64						
65						

	31. Discapacidad	32. Datos de residencia: Código	Municipio - Distrito	Zona Urbana / Rural	Departamento	Teléfono fijo y/o celular	33. Valor de la UPC del afiliado adicional (a registrar por la EPS)
61							
62							
63							
64							
65							

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		
E		
B1		

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)
39. Ubicación

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 afiliación en la EPS ☐ Código ☐ 6. Reincorporación en la EPS ☐ 7. Inclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales ☐ 8. Exclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales ☐ 9. Unión 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. Cambio cotización de una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas ☐ 13. Movilidad A. Régimen Contributivo ☐ B. Régimen Subsidiado ☐ 14. Traslado A. Mismo Régimen ☐ B. Diferente Régimen ☐ 15. Reporte de fallecimiento ☐ 16. Reporte del traslado de protección al cesante ☐ 17. Reporte de la calidad de Prepensionado ☐ 18. Reporte de la calidad de Pensionado ☐

VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

41. Datos básicos de identificación

Tipo de documento de identidad	Número del documento de identidad	Sexo Femenino / Masculino	Fecha de nacimiento	42. Fecha novedad

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

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

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

VIII. FIRMAS

IX. ANEXOS

56. Anexo copia del documento de identidad (CC, RC, TI, CE, PA, CD, SC)
Cantidad Total
57. Copia del dictamen de discapacidad 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 sentencias judicial que declare el divorcio, sentencia judicial que declare la separación de cuerpos y escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declara la terminación de la unión marital
60. Copia del certificado de adopción o acta de entrega del menor.
61. Copia de la orden judicial o del acto administrativo de custodia
62. Copia del documento en que conste la pérdida de la patria potestad o el certificado de defunción de los padres o la declaración suscrita por el cotizante sobre la ausencia de los dos padres
63. Copia de la autorización de traslado por parte de la Superintendencia Nacional de Salud.
64. Certificación de vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.
65. Copia del acto administrativo o providencia de las autoridades competentes en la que conste la calidad de beneficiario o se ordene la afiliación de oficio

X. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL

66. Identificación de la Entidad Territorial: Código del municipio / Código del departamento
67. Datos del SISBEN: Número de la ficha / Puntaje / Nivel
68. Fecha de radicación
69. Fecha de validación
70. Datos del funcionario que realiza la validación

Tipo de documento de identidad	Número del documento de identidad	OBSERVACIONES

71. Firma del funcionario

Recuerde que con la firma del cotizante o afiliado adicional se verifica que la información registrada y de sus beneficiarios corresponde con el contenido del formulario

2a. COPIA AFILIADO

05/04/2024

Scanned with CamScanner

PAGOSIMPLE | Pago a las Administradoras

Fecha Creación Reporte: 2019-08-30, 09:46:29 AM Tipo Planilla: Planilla Independientes

Número Planilla: 1023488218

Periodo Cotización: julio de 2019

Referencia pago (PIN): 8819554460

Periodo Servicio: julio de 2019

PAGADO 28/08/2019

Filtro Seleccionado
Ubicación Laboral CUNDINAMARCA

Datos del Aportante

Razón Social	MARIA DINEYA COELLO DOSANTOS		
Documento	CC41055704	Dirección	CRA 72 # 19 D 27
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	Teléfono	8670698
Tipo Persona	NATURAL	Forma Presentación	ÚNICO
Ciudad	BOGOTA D.C.	Departamento	BOGOTA D.C.
Representante Legal		Identificación	

Detalle de los Pagos por Administradora

Nit	Código	Nombre Administradora	Afiliados	Valor Sin Mora	Valor Mora	Total Pagado
N800224808	230301	PORVENIR	1	$ 35.400	$ 700	$ 36.100
N830003564	EPS017	FAMISANAR EPS	1	$ 27.700	$ 600	$ 28.300
N860011153	14-23	POSITIVA DE SEGUROS	1	$ 5.400	$ 200	$ 5.600
N899999034	PASENA	SENA	1	$ 0	$ 0	$ 0
N899999239	PAICBF	ICBF	1	$ 0	$ 0	$ 0
Total Pagado				$ 68.500	$ 1.500	$ 70.000

Señor empleador, este reporte contiene el valor total de su planilla para el filtro por ubicacion laboral CUNDINAMARCA. No incluye el descuento de Incapacidades ni saldos a favor, estos se descuentan en el informe sin filtros.

Lineas de Servicio FonoSIMPLE: Bogotá 343 2949 - Cali: 554 0515 - Medellín: 514 66 69 - Bucaramanga: 643 80 00 - Cartagena: 694 54 44 - Pereira: 340 25 82 - Barranquilla: 361 88 50 - Resto del País: 018000 971 971 - ¡Más que Fácil, SIMPLE!

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

¡El Poder de lo SIMPLE!

Scanned with CamScanner

aportes en línea

Certificado de Aportes

Se certifica que **YEIMMY ALEXANDRA RUIZ** identificado(a) con CC **1032367199** realizó los siguientes aportes al Sistema de Seguridad Social:

RED GLOBALB S.A.S NI 901052784-4

Periodo		Clave		Planilla		Novedades														
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Tipo	Fecha Pago	ing	ret	tde	tae	tdp	tap	vsp	cor	vst	sln	ige	lma	vac	avp	vct	irl	vip
2019-07	2019-07	92280198	4929948708	E	2019-08-22																	

Riesgo	Administradora	Días	Tarifa	IBC	Cotización
AFP	COLPENSIONES	30	16%	$828,116	$132,500
ARL	POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	30	4.35%	$828,116	$20,200
CCF	COLSUBSIDIO	30	4%	$828,116	$33,250
EPS	FAMISANAR	30	12.5%	$828,116	$103,525

Este certificado se expide el día 2019-08-22 a las 10:20.

Scanned with CamScanner

(10)

compensar | miplanilla.com

CERTIFICADO DE APORTES AL SISTEMA DE PROTECCIÓN SOCIAL

La empresa **CS SOLUCIONES Y ASESORIAS SAS**, identificada con **NI** número **901172661**, aportó por el empleado **GUEVARA RODRIGUEZ MARTHA ISABEL** identificado(a) con **CC** número **28789342** quien se encuentra registrado(a) a la fecha por concepto de aportes obligatorios al sistema General de Seguridad Social mediante la Planilla Integrada de Liquidación de aportes, para los periodos de pensión comprendidos entre 07 - 2019 y 07 - 2019 de la siguiente forma.

CODIGO	NOMBRE ADMINISTRADORA	COTIZANTE	INGRESO	RETIRO	TDA	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	COTIZACION	DIAS	IBC	TARIFA APORTE	COTIZACION NO APORTE	FSP SOLIDARIDAD	FSP SUBSISTENCIA	PERIODO	NUMERO DE PLANILLA	FECHA DE PAGO	EXONERADO
CCF22	Colsubsidio	1															0	30	$828.116	0.04000	$33.200	$0	$0	Julio - 2019	35215314	22/07/2019	Si
E[redacted]	Compensar	1															0	30	$828.116	0.12000	$103.600	$0	$0	Julio - 2019	35215314	22/07/2019	Si
AFP230501	Porvenir	1															0	30	$828.116	0.16000	$135.000	$0	$0	Julio - 2019	35215314	22/07/2019	Si
14-4	Seguros de vida Colpatria S.A	1															0	30	$828.116	0.52200	$4.400	$0	$0	Julio - 2019	35215314	22/07/2019	Si

El presente certificado se expide a los 22 días del mes Agosto de 2019

Este documento está clasificado como privado por parte de Compensar Operador de información.

Scanned with CamScanner

salud

Corporación Social de Colombia

					819
EMSERFUSA	TELEFONO:	3202705075 - 3127884868	N° DE PAGO		
	FECHA IMPRECION:	27/08/2019	FECHA DE PAGO:	27/08/2019	

DIRECCION:	Cr 5 N° 7 – 65 DIAGONAL A		
CORREO	CORPSALUDCT@GMAIL.COM		
	DATOS DEL AFILIADO	TELEFONO:	3214773991
		DIRECCION:	CRA 1 # 5 32
	35254216	CORREO:	YANETHMORENO2627@GMAIL.COM
CEDULA:	MYRIAM YANETH MORENO GOMEZ		POSITIVA R3
NOMBRE:	AUX DE ENFERMERIA	ARL:	PROTECCION
ACT. LABORAL	FOSYGA	F. PENSIONES:	
EPS:	COLSUBSIDIO		

C.COMPENSACIO			
N°	CODIGO	DESCRIPCION	VALOR
1	S	PAGO DE SALUD	$ 103.600
2	R3	PAGO DE ARL	$ 20.200
3	CCF	PAGO DE C.COMPENSACION	$ 33.200
4	FP	PAGO DE F.PENSIONES	$ 132.500
5			
6		TOTAL	$ 289.500

OBSERVACIONES: APORTES MES DE JULIO DE 2019

FIRMA ASESOR

FIRMA CLIENTE

Recuerde realizar sus pagos los primeros 5 dias del mes.

Con mi firma doy fe, que he sido notificado y exonero a CORPSALUD CT SAS de toda responsabilidad legal, contractual y estracontractualmente, por tratarse de un contrato de adhesion acepto sus condiciones y restricciones. CORPSALUD CT SAS brinda un servicio de asesoria y tramite al S.G.S.S.C por lo tanto no existe un vinculo laboral.

9:21:41 a m

Scanned with CamScanner

aportes en línea

Certificado de Aportes

Se certifica que CORPSALUD CT SAS identificado(a) con NI 901195455 realizó los siguientes aportes al Sistema de Seguridad Social para MYRIAM YANETH MORENO GOMEZ identificado(a) con CC 35254216

Clave Planilla	Clave Pago	Tipo Planilla	Fecha Pago	Riesgo	Código	Administradora	Concepto	Periodo	Días
8495749860	482837178	E	2019-08-15	EPS	MIN002	FOSYGA RÉGIMEN DE EXCEPCIÓN	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2019-08	30
8495749860	482837178	E	2019-08-15	AFP	230201	PROTECCION	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2019-07	30
8495749860	482837178	E	2019-08-15	AFP	230201	PROTECCION	FONDO DE SOLIDARIDAD PENSIONAL	2019-07	30
8495749860	482837178	E	2019-08-15	AFP	230201	SUBCUENTA DE SUBSISTENCIA	SUBCUENTA DE SUBSISTENCIA	2019-07	30
8495749860	482837178	E	2019-08-15	AFP	230201	PROTECCION	COTIZACIÓN VOLUNTARIA EMPLEADOR	2019-07	30
8495749860	482837178	E	2019-08-15	AFP	230201	PROTECCION	COTIZACIÓN VOLUNTARIA AFILADO	2019-07	30
8495749860	482837178	E	2019-08-15	ARL	14-23	POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2019-07	30
8495749860	482837178	E	2019-08-15	CCF	CCF22	COLSUBSIDIO	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2019-07	30

Este certificado se expide el día 2019-08-27 a las 08:30.

Scanned with CamScanner

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 901195485	3	CORPSALUD CT SAS	C - MIPYMES	PRINCIPAL	CLL 18 #4 65 BALMORAL	PUSAGASUGA-CUNDINAMARCA	8677071	SI

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2019-07	2019-07	[redacted]37178	8495749860	E	2019/08/15	2019/08/15	BANCO CAJA SOCIAL	0	$289,500

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 35254216	[redacted]	230201	30	$828,116	$132,500	MINOO2	30	$828,116	$103,600	CCF22	30	$828,116	$33,200	14-23	30	$828,116	$20,200	30	$0	$0
Total Afiliados(1)					$828,116	$132,500			$828,116	$103,600			$828,116	$33,200			$828,116	$20,200		$0	$0

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)								
PROTECCION	230201	800,229,739	0	1	$132,500	$0	$0	$132,500
				1	$132,500	$0	$0	$132,500
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)								
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	$20,200	$0	$0	$20,200
				1	$20,200	$0	$0	$20,200
CCF (ADMINISTRADORAS: 1)								
COLSUBSIDIO	CCF22	860,007,336	1	1	$33,200	$0	$0	$33,200
				1	$33,200	$0	$0	$33,200
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)								
FOSYGA RÉGIMEN DE EXCEPCIÓN	MINOO2	901,037,916	1	1	$103,600	$0	$0	$103,600
				1	$103,600	$0	$0	$103,600
TOTAL				1	$67,600	$0	$0	$289,500

Scanned with CamScanner

DIRECCION: Cr 5 N° 7 - 65 DIAGONAL A ENSERFUSA
CORREO: COMPSALUD1@GMAIL.COM
TELEFONO: 3202705075 - 3127884868
N° DE PAGO: 720
FECHA IMPRECION: 25/07/2019
FECHA DE PAGO: 25/07/2019

CEDULA: 35254216
NOMBRE: MYRIAM YANETH MORENO GOMEZ
ACT. LABORAL: AUX DE ENFERMERIA
EPS: FOSYGA
C. COMPENSACION: COLSUBSIDIO

DATOS DEL AFILIADO

TELEFONO: 3214773991
DIRECCION: CRA 1 # 5 32
CORREO: YANETHMORENO2627@GMAIL.COM
ARL: POSITIVA R3
F. PENSIONES: PROTECCION

N°	CODIGO	DESCRIPCION	VALOR
1	OT	AFILIACION	$ 70.000
2			
3			
4			
5			
6			

OBSERVACIONES: AFILIACION MES DE JUNIO 2019 AC GR

TOTAL $ 70.000

FIRMA CLIENTE

Recuerde realizar sus pagos los primeros 5 días

Con esta firma doy fe, que he sido notificado y enterado a COMPSALUD CT SAS de toda responsabilidad legal, contractual y extracontractualmente, por el alcance de un contrato de afiliación acorde a sus condiciones y restricciones. COMPSALUD CT SAS brinda un servicio de asesoría

Recuerde que el SGSS es solo lo referente a un vínculo laboral

5:23:16 p m

PHOTO-2019-08-06-12-29-59.jpg

6/8/2019

Scanned with CamScanner