ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.

IDRD

BOGOTÁ

CONTRATO IDRD - CTO-3232-2023

"CONTRATAR LAS OBRAS Y ACTIVIDADES COMPLEMENTARIAS DEL VELÓDROMO UBICADO EN EL PARQUE METROPOLITANO EL PORVENIR (GIBRALTAR), EN LA LOCALIDAD DE KENNEDY EN BOGOTÁ"

INFORME MENSUAL DE SST N°. 3

PERIODO 01 DE ABRIL AL 30 DE ABRIL DE 2024

UNIÓN TEMPORAL
METROPOLITANO
PORVENIR

CONSORCIO INTERVENTORIAS GIBRALTAR
CONTRATO IDRD - CTO-3219 DE 2023

MAYO DE 2024
BOGOTÁ

INSTITUTO DISTRITAL DE RECREACION Y DEPORTE
Fecha de firmado: 2024.06.05 10:35:05 COT
Firmado digitalmente desde SGD-OrfeoJADE

Control de versiones

Versión	Fecha	Descripción Modificación	Folios
1	04/05/2024	Versión inicial del documento	25
2	10/05/2024	Atención observaciones de la Interventoría con la comunicación CIG-IDRD-VEL-0238-2024.	23
3	17/05/2024	Atención observaciones de la Interventoría con la comunicación CIG-IDRD-VEL-0251-2024.	28

UNIÓN TEMPORAL METROPOLITANO PORVENIR

CONTRATISTA		
Elaborado por:	**Revisado por:**	**Aprobado por:**
Ing. Natalia Quecho S Profesional SG-SST	**Ing. Natalia Quecho S** Profesional SG-SST	**Ing. Alfonso Peñaranda** Director de proyecto

INTERVENTORÍA	
Revisado por:	**Aprobado por:**
Ing. Lindy Rubiano Moya Profesional SST	**Ing.** Director de Interventoría Raúl Andrés Pinzón

CONTENIDO

1. INTRODUCCIÓN 5
2. DESCRIPCION DEL ESTADO DEL CONTRATO DE OBRA 6
3. ACTIVIDADES EJECUTADAS EN EL PERIODO 7
3.1. ACTIVIDADES SOCIALES 7
3.2. ACTIVIDADES EN EL PREDIO 7
3.3. APOYO A ACTIVIDADES DEL IDRD 9
3.4. GESTIÓN SST DURANTE EL PERIODO 10
3.4.1. SG SST 10
3.4.2. Informes mensuales 11
4. SEGUIMIENTO A LA EJECUCION DEL PERIODO INFORMADO 12
4.1. LISTADO DE PERSONAL PARA EL CONTRATO (DIRECTO APROBADO) 12
4.2. SEGUIMIENTO DE APROBACION DE HOJAS DE VIDA 14
4.3. PERSONAL DE APOYO 14
4.4. RESPONSABLE DEL COMPONENTE SST 17
4.5. RETIROS 17
4.6. SEGURIDAD SOCIAL Y SALARIOS U HONORARIOS 18
4.7. EXAMENES MEDICOS OCUPACIONALES – EMO 18
4.8. MATRIZ DE IDENTIFICACION DE PELIGROS Y VALORACION DE RIESGOS 19
4.9. REGISTRO DE CUMPLIMIENTO DE PROGRAMA DE INSPECCIONES PLANEADAS 20
4.10. PROGRAMA DE CAPACITACIONES SST 20
4.11. COPASST Y CCL 21
4.12. OBJETIVOS E INDICADORES 21
4.13. ENTREGA DE EPP Y DOTACION 25

4.14. REGISTRO DE PERMISOS DE TRABAJO 25
4.15. ORDEN Y ASEO EN OBRA 25
5. CONCLUSIONES 26
6. ANEXOS 27
6.1. PERMISOS DE TRABAJO NOCTURNO 27
6.2. SEÑALIZACION 27
6.3. SEÑALIZACION DE CUMPLIMIENTO PMT 27
6.4. IMPLEMENTACION DEL PLAN DE EMERGENCIA 28
6.5. PUBLICACION DOCUMENTOS INTEGRALES DEL SG SST 28

LISTADO DE TABLAS

Tabla 1. Datos del contrato de obra 6
Tabla 2. Profesionales contractuales aprobados 13
Tabla 3. *Personal de apoyo vinculado al contrato* 15
Tabla 4. Personal de Subcontratistas 16
Tabla 5. Responsables del componente. 17
Tabla 6. Personal retirado en el periodo 17
Tabla 7. Consolidado indicadores Res. 0312 24

1. INTRODUCCIÓN

En el presente informe N°. 03 se detallan las actividades del componente SST desarrolladas durante el periodo del 1 de abril al 30 de abril de 2024 asociadas a las obligaciones contractuales del proyecto del velódromo ubicado en el parque metropolitano el porvenir (Gibraltar), en la localidad de Kennedy en Bogotá. La información recopilada a la fecha es parte integral del documento "Sistema de gestión en seguridad y salud en el trabajo" de la Unión Temporal Metropolitano Porvenir y el cumplimiento de los requisitos contractuales pactados con el Instituto de Desarrollo Urbano IDRD.

2. DESCRIPCION DEL ESTADO DEL CONTRATO DE OBRA

Contratista	**Unión Temporal Metropolitano Porvenir**
NIT	901781400-1
Contrato N°	3232 de 2023
Objeto del contrato	CONTRATAR LAS OBRAS Y ACTIVIDADES COMPLEMENTARIAS DEL VELÓDROMO UBICADO EN EL PARQUE METROPOLITANO EL PORVENIR (GIBRALTAR), EN LA LOCALIDAD DE KENNEDY EN BOGOTÁ.
Representante legal:	Jose Luis Clavijo Olmos (P), Ernesto Yugueros Rodriguez (S)
Fecha de firma del contrato:	21 de diciembre de 2023
Fecha de firma de acta de inicio:	6 de febrero de 2024
Plazo de ejecución:	26 meses
Fecha de terminación del contrato:	5 de abril de 2026
Etapas del contrato:	1. Etapa de inicio 2. Etapa de obra
Valor del contrato:	$ 138.575.054.959,00
ARL	Axa Colpatria
Riesgo	V – I
Interventoría:	ANDRES MARTINEZ VESGA
Supervisor del contrato	ING OSCAR RICARDO TAMAYO TAMAYO ING NANCY ELENA HERNANDEZ ANAYA

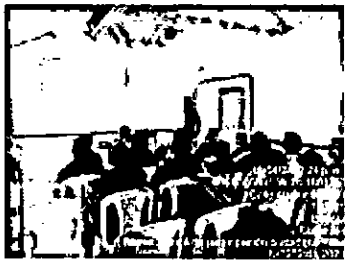
Tabla 1. Datos del contrato de obra
***Fuente:** Propia*

3. ACTIVIDADES EJECUTADAS EN EL PERIODO

Durante el periodo comprendido entre el 1 de abril al 30 de abril de 2024, se adelantaron las siguientes actividades:

3.1. ACTIVIDADES SOCIALES

Durante el periodo abordado en el presente informe, se desarrolló el día 18-abr-2024 la socialización mensual a la comunidad en la que participaron todos los componentes del proyecto.


3.2. ACTIVIDADES EN EL PREDIO

Como parte de la ejecución de las actividades preliminares, se realizó el reforzamiento del cerramiento existente en lámina de zinc:





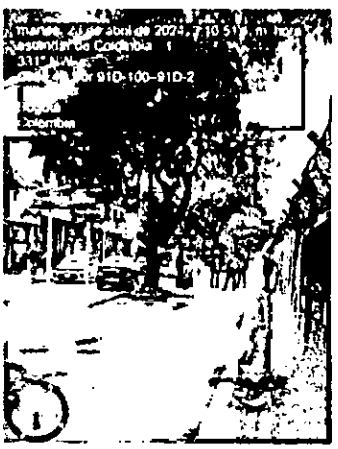


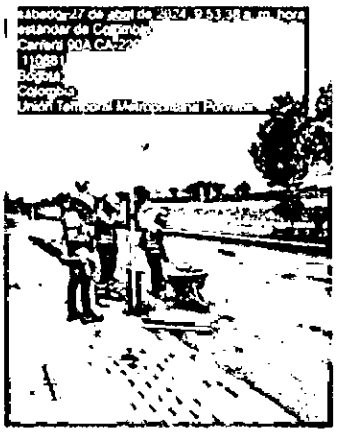
Durante el periodo se instaló la señalización del Plan de Manejo de Tránsito – PMT:













3.3. APOYO A ACTIVIDADES DEL IDRD

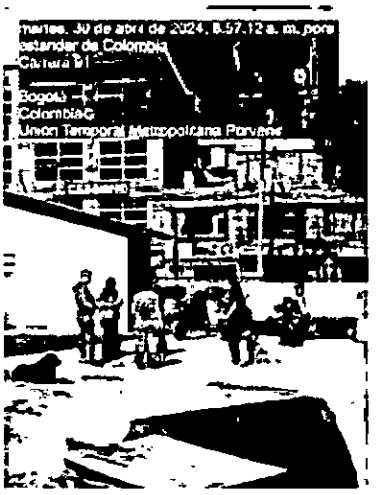
Durante el periodo, se recibió visita de los profesionales en veterinaria del IDRD quienes verificaron el estado de salud de los caninos del predio y suministraron recomendaciones a tener en cuenta en su alimentación y cuidado:













3.4. GESTIÓN SST DURANTE EL PERIODO

Durante este periodo del 1 al 30 de abril como actividades del componente SST en términos documentales tenemos:

3.4.1. SG SST

- El día 1 de abril se realizó mesa de trabajo en conjunto con los profesionales de SST de Interventoría y Contratista, con el fin de revisar el SG SST, de lo anterior se deja registro en acta la cual está incluida en el anexo A6.
- Con la comunicación CE-206-125-0202 del 2 de abril de 2024 se entregó a la Interventoría el Plan de Seguridad y la Salud en el Trabajo – SST, Versión No. 4.
- El día 4 de abril de 2024 se recibió la comunicación CIG-IDRD-VEL-0134-2024 de parte de la Interventoria, con la cual es aprobado el SISTEMA DE GESTION EN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO Versión No. 04.

Ver anexo ***A6. Documentos SST – Subcarpeta SGSST***

3.4.2. Informes mensuales

- El día 5 de abril de 2024 se recibe correo electrónico de la Interventoría en el que Aprueba el Informe Mensual SST No. 01 en su Versión No. 02. En el anexo A6 se adjunta la lista de chequeo de aprobación recibida.
- Con la comunicación CIG-IDRD-VEL-0165-2024 del 13 de abril de 2024, la Interventoría remite las observaciones producto de la revisión al Informe Mensual SST No. 02; la comunicación se ha incluido en la carpeta A6.
- En el comunicado CIG-IDRD-VEL-0178-2024 del 17 de abril de 2024, la Interventoría emite observaciones producto de la revisión al Informe Mensual SST No. 02 – Versión No. 02; el comunicado se ha incluido en la carpeta A6.
- El 18 de abril de 2024 con la comunicación CE-206-125-0258, se remite a Interventoría el Informe Mensual SST No.2 V3; dicha comunicación se adjunta en el anexo A6.
- El 22 de abril de 2024 se recibe correo electrónico de la Interventoría en el que Aprueba el Informe Mensual SST No. 02 Versión 03. En el anexo A6 se adjunta la lista de chequeo de la aprobación recibida.

Ver anexo ***A6. Documentos SST – Subcarpeta INF_SST_2***

4. SEGUIMIENTO A LA EJECUCION DEL PERIODO INFORMADO

4.1. LISTADO DE PERSONAL PARA EL CONTRATO (DIRECTO APROBADO)

Durante este periodo del 1 de abril al 30 de abril de 2024 a continuación, se presenta la relación del personal contractual aprobado y que realizó actividades para el proyecto durante el periodo del presente informe:

#	TRABAJADOR	No. Identificación	Cargo	Fecha Ingreso	Tipo de Contrato	EMO
1	PEÑARANDA SUAREZ JESÚS ALFONSO	88235391	Director de Proyecto	6-feb-24	Laboral	1-mar-2024
2	SANCHEZ CASTAÑEDA ANGELA MILENA	1020739111	Residente de Programación y Presupuestos	4-mar-24	Laboral	28-feb-2024
3	ORTIZ DOMINGUEZ DIANA MARCELA	1014212007	Profesional Social	6-feb-24	Laboral	24-ene-2024
4	ESPINEL SILVA JUAN JAIVER	10170956933	Profesional Forestal	6-feb-24	Orden de Trabajo	23-feb-2024
5	BARRETO ALVARADO GUSTAVO ADOLFO	16755981	Profesional Paisajista	6-feb-24	OPS	22-feb-2022
6	RAMOS PEÑA JOHN HAWUART	800002268	Profesional BIM	6-feb-24	Laboral	24-ene-2024
7	CHAPARRO GORDILLO SARA EULALIA	1057581903	Profesional Hidrogeólogo	15-feb-24	OPS	28-feb-2024
8	INFANTE JAIMES CLAUDIA	68248723	Bióloga	24-feb-24	OPS	23-jun-2023
9	QUECHO SARMIENTO NATALIA	37901187	Profesional SGSST	6-feb-24	Laboral	17-abr-2024
10	BLANCO ALARCON PAULA ALEJANDRA	1073383630	Residente Ambiental	20-mar-24	Laboral	19-mar-2024

#	TRABAJADOR	No. Identificación	Cargo	Fecha Ingreso	Tipo de Contrato	EMO
11	GALEANO VALENZUELA JOSE MANUEL	80031322	Residente Estructural	11-mar-24	Laboral	8-mar-2024
12	FERNANDEZ SOLER CESAR WILLREÑN	80109419	Profesional Ambiental en Manejo de Suelos Contaminados	13-mar-24	OPS	14-mar-2024
13	LAURA MILENA RAMÍREZ QUIMBAYO	52764737	Profesional de Calidad	13-mar-24	Orden de Trabajo	18-may-2023
14	BARRIENTOS MURCIA INGRID JOHANNA	1090495553	Profesional en Gestión del Riesgo de Desastres	13-mar-24	Orden de Trabajo	18-abr-2024
15	CORREDOR REYES EDUARD ANTONIO	80383913	Residente de Instalaciones Eléctricas	4-abr-2024	Laboral	3-abr-2024
16	UBAQUE RODRIGUEZ PEDRO ANTONIO	19474886	Almacenista	6-abr-2024	Laboral	5-abr-2024
17	HERNANDEZ AMORTEGUI ORLANDO YESID	80756447	Residente Diseño Control de Obra	6-abr-2024	Laboral	5-abr-2024

Tabla 2. Profesionales contractuales aprobados

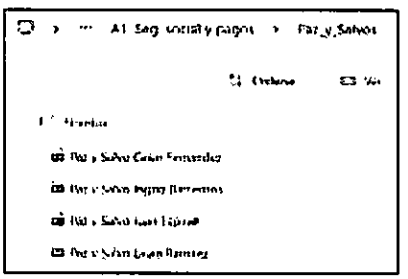
De los colaboradores mencionados anteriormente, se adjunta la planilla de seguridad social ubicada en el anexo ***A1. Seguridad social y pagos.***

En cuanto a las Evaluaciones Médicas Ocupacionales – EMO's, en el presente informe se incluye en la carpeta A2 la evaluación periódica de la Profesional SGSST y la de ingreso de la Profesional en Gestión del Riesgo de Desastres.

Informamos que el Profesiograma del proyecto en la actualidad se encuentra en revisión por parte de la profesional de toxicología en la que se está teniendo en cuenta las actividades específicas constructivas en las diferentes etapas de la obra, con el fin de identificar las valoraciones médicas que corresponden a cada cargo; dicho documento

será incluido en el informe del siguiente periodo con las evidencias de implementación que correspondan.

Para los trabajadores que se encuentran prestando sus servicios con orden de trabajo, se incluye la certificación de paz y salvo firmado por ellos en una subcarpeta del anexo A1 llamada Paz y Salvos, así:



En el informe SST del mes de mayo de 2024 se incluirán los soportes de pago de los profesionales Gustavo Adolfo Barreto Alvarado, Sara Eulalia Chaparro Gordillo y Claudia Infante Jaimes, dado que a la fecha no han hecho cobro del servicio prestado.

4.2. SEGUIMIENTO DE APROBACION DE HOJAS DE VIDA

Durante el mes de abril de 2024 no se realizó trámite para aprobación de hojas de vida de profesionales.

4.3. PERSONAL DE APOYO

Por otra parte, el contrato IDRD CTO 3232-2023 recibió apoyo de los siguientes profesionales que, aunque no se vincularon laboralmente, prestaron un servicio o apoyo para cumplir con los compromisos y obligaciones contractuales. De estos también presentamos también soportes de planillas de seguridad social.

#	TRABAJADOR	No. Identificación	Cargo	Fecha Ingreso	Tipo de Contrato	EMO	Observaciones
1	VEGA GONZALEZ ANDRES YOHANY	79882811	Director de Obra	18-mar-24	Laboral	15-mar-24	
2	SANCHEZ SUAREZ JULIO CESAR	1023936963	Auxiliar de Ingeniería	14-mar-24	Laboral	13-mar-24	
3	GUALTEROS ALVAREZ CLAUDIA NATHALY	1073522014	Auxiliar de Ingeniería	13-mar-24	Laboral	12-mar-24	
4	ARGÜELLO VALENZUELA NIDIA MARCELA	52961023	Profesional SGSST	21-mar-24	Laboral	20-mar-24	
5	AYURE SANABRIA EUSEBIO	19258317	Comisión Topográfica	6-feb-24	OPS	No han presentado EMO	Retirado el 27-abr-2024
6	MENDOZA VANEGAZ JELVER JULIAN	1018489255	Comisión Topográfica	6-feb-24	OPS	No han presentado EMO	
7	FERREIRA BARRIOS ALFREDO	79946424	Residente Instalaciones Hidráulicas	5-abr-2024	Laboral	4-abr-2024	
8	HENAO TARACHE LIGIA VIVIANA	1118541198	Inspector SST	4-abr-2024	Laboral	3-abr-2024	
9	GARZÓN BELTRÁN LEYLA CONSUELO	52421722	Coordinadora Administrativa	18-mar-24	Laboral	15-mar-24	
10	GUZMAN SANCHEZ CARLOS EDUARDO	79617588	Residente de Obra	12-abr-24	Laboral	9-abr-2024	

***Tabla 3.** Personal de apoyo vinculado al contrato*

El señor Eusebio Ayure Sanabria quien realizó labores de Topografía para el proyecto, se retiró del proyecto pero continúa trabajando para su empleador; razón por la cual, se adjunta Paz y Salvo con fecha de expedición del 30-abr-2024 y se ha incluido en la subcarpeta Liquidaciones del anexo A1.

En el mes de abril ingresaron las siguientes personas a través de subcontratistas:

#	TRABAJADOR	Tipo Ident.	No. Identificación	Cargo	F_Ingreso	Subcontratista	EMO
1	PANTOJA PINZON EDGAR MIGUEL	CC	14251174	Auxiliar de Obra	1-abr-24	Manos a la Obra	27-mar-2024
2	CALDERÓN ROMERO JOSÉ HÉCTOR	CC	93286647	Maestro	1-abr-24	Manos a la Obra	24-feb-2023
3	PARRA ARIAS WILMER ALEXANDER	PPT	5330880	Auxiliar de Obra	1-abr-24	Manos a la Obra	27-mar-2024
4	GRILLO MORA WINSOR JAVIER	PPT	5725745	Auxiliar de Obra	1-abr-24	Manos a la Obra	7-nov-2023
5	FERNANDEZ CABELLO LUIS	PPT	2659086	Auxiliar de Obra	9-abr-24	Manos a la Obra	2-abr-2024
6	PANTOJA BARRIOS DIEGO ARMANDO (*)	CC	1106890601	Soldador	26-abr-24	Manos a la Obra	4-abr-2024
7	PANTOJA BARRIOS JUAN DAVID (*)	CC	1070589636	Soldador	26-abr-24	Manos a la Obra	4-abr-2024
8	CALDERON ROMERO SANDRA MILENA (*)	CC	53100080	Auxiliar de Obra	26-abr-24	Manos a la Obra	16-abr-2024
9	ROMERO SOLANO AGUSTÍN	CC	7307339	Vigilante	24-abr-24	Vigilancia Ralco	22-abr-2024
10	FRESNEDO OVALLE MARIA AYDEE	CC	40380180	Vigilante	1-abr-24	Vigilancia Ralco	9-feb-2024
11	GONZALEZ RAMOS BENIGNO RICARDO	CC	15049254	Vigilante	4-abr-24	Vigilancia Ralco	22-abr-2024
12	PAIBA TOQUICA HERNAN	CC	1122142852	Supervisor de Vigilancia	6-abr-24	Vigilancia Ralco	3-may-2024
13	RODRIGUEZ CESPEDES LUIS ALBERTO (*)	CC	1033720695	Coord. TSA	---	Instalación Valla	9-ene-2024
14	QUINTERO VERA ALDEI (*)	CC	80020991		---	Instalación Valla	16-sep-2023

Tabla 4. *Personal de Subcontratistas*

Las personas que al final del nombre tienen un asterisco (*), significa que tienen aprobación de ingreso desde el 26-abr-2024 de parte de la Interventoría, pero debido a no tener aval para inicio de obra, no han podido realizar actividades en el predio del proyecto del velódromo. Los documentos de todas las personas que se relacionan en la Tabla 4, están en los anexos A1 y A2 del presente informe, según corresponda.

El señor Salamanca Moreno José Arnaydo a pesar de tener aval de Interventoría para ingresar al proyecto, no se incluyó en la lista del informe porque desistió de hacer parte del equipo de trabajo del subcontratista Manos a la Obra; esta persona no va a trabajar en el proyecto.

Los señores Quintero Vera Aldei y Rodríguez Céspedes Luis Alberto no se incluyeron en los reportes del personal del periodo porque como no se realizó la instalación de la valla por no contar con aval para inicio de obra. Sin embargo, las personas mencionadas se incluyen en la Tabla 4 y los documentos en el anexo que corresponda para los subcontratistas.

4.4. RESPONSABLE DEL COMPONENTE SST

Cargo	Nombre	Cedula	Etapa
Profesional SG-SST	Natalia Quecho Sarmiento	37.901.187	No 1

Tabla 5. *Responsables del componente.*
Fuente: *UT Metropolitano Porvenir*

4.5. RETIROS

Para el cierre de este periodo, se presentó el retiro de una persona del proyecto a quien se relaciona en la Tabla 6; se adjunta a este informe el paz y salvo con fecha de expedición del 30-abr-2024 en la subcarpeta Liquidaciones del anexo A1:

#	FECHA	NOMBRE DEL TRABAJADOR	CC	CARGO
1	27-abr-24	AYURE SANABRIA EUSEBIO	19258317	Comisión Topográfica

Tabla 6. *Personal retirado en el periodo*

4.6. SEGURIDAD SOCIAL Y SALARIOS U HONORARIOS

Para el periodo del 1 de abril al 30 de abril de 2024 el personal vinculado laboralmente a la UT recibió el pago de su salario y se realizó el pago de la seguridad social; los soportes de dichos pagos están en el anexo ***A1. Seguridad social y pagos.***

Se aclara que los paz y salvos del personal de vigilancia y de Manos a la Obra que están en la subcarpeta Paz_y_Salvos del anexo A1 tienen fecha del 2 de mayo de 2024 como constancia que hasta esa fecha sus empleadores no les adeudan dinero por ningún concepto relacionado con las actividades realizadas por ellos, para la obra de la Unión Temporal. En los paz y salvos del siguiente informe SST a presentar a Interventoría, se especificará el periodo que cubre el documento.

4.7. EXAMENES MEDICOS OCUPACIONALES – EMO

En este periodo se presentan los exámenes médicos de ingreso realizados a los trabajadores o contratistas que ingresaron por las diferentes modalidades de contratación durante el mes de abril de 2024; de acuerdo a las actividades a realizar por la persona según el cargo, se podía requerir la inclusión de las pruebas sugeridas por el medico ocupacional y la especialista en toxicología, las cuales quedaron debidamente establecidos en el profesiograma del SG SST, el cual se adjunta en el anexo A2. Por lo anterior, la evaluación médica ocupacional de ingreso del cargo Residente de Obra incluye pruebas de Arsénico en Orina y Recuento de Reticulocitos; se recomienda que dichas pruebas se les realicen a los mismos cargos de la Interventoría que las solicitan en el Profesiograma validado por la especialista en toxicología.

Se incluyen en la carpeta A2 los conceptos de la evaluación médica realizada por las personas que ingresaron en el mes de abril de 2024, las cuales se indican en las Tablas 2, 3 y 4 del presente documento.

Ver anexo ***A2. EMO***

Para el caso de las personas que se vincularán durante la ejecución de la obra, se dará cumplimiento a lo indicado por el Profesiograma; el cual ha sido elaborado, es revisado y actualizado en cumplimiento por lo estipulado en la Resolución 2346 de 2007 y demás legislación aplicable.

Informamos que el Profesiograma del proyecto en la actualidad se encuentra en revisión por parte de la profesional de toxicología en la que se está teniendo en cuenta las actividades específicas constructivas en las diferentes etapas de la obra, con el fin de identificar las valoraciones médicas que corresponden a cada cargo; dicho documento será incluido en el informe del siguiente periodo con las evidencias de implementación que correspondan.

4.8. MATRIZ DE IDENTIFICACION DE PELIGROS Y VALORACION DE RIESGOS

La matriz de IPERV fue actualizada con los hallazgos SST del Plan de Contingencia; se incluyó el análisis de identificación y controles a implementar ante la presencia de roedores en el predico del proyecto, los cuales fueron revisados, validados y firmados por un especialista en toxicología. Se adjunta en el anexo A3 la matriz de revisión No. 2 que es la vigente en la actualidad.

A la fecha, los controles se resumen en lo relacionado con evaluaciones médicas ocupacionales y verificación de competencias (*educación, formación y experiencia*) porque las actividades realizadas para el proyecto en su mayoría han sido administrativas.

Como mecanismo para la identificación de peligros, valoración de riegos y determinación de los controles a implementar, durante el periodo se realizaron Análisis de Trabajo Seguro – ATS, los cuales se han incluido en el anexo A10.

4.9. REGISTRO DE CUMPLIMIENTO DE PROGRAMA DE INSPECCIONES PLANEADAS

Las inspecciones que se realizaron en abril de 2024 fueron de herramientas y elementos de protección personal; los registros están en la carpeta A9.

La inspección realizada a elementos de protección personal y dotación no se realizó a todo el personal, se hizo de forma aleatoria porque el SC-002-049 Procedimiento de Inspecciones aprobado para el proyecto, no solicita que se deba hacer a todo el personal, sólo establece una frecuencia mensual. Un factor que influyó en realizar la inspección aleatoria fue el hecho que la entrega de los elementos y dotación haya sido durante el mes de abril de 2024.

4.10. PROGRAMA DE CAPACITACIONES SST

Durante el periodo del presente informe se realizaron actividades de capacitación como inducciones con evaluación, charlas y notificación de peligros; las listas de asistencia se encuentran en el anexo A8.

A continuación, se comparte registro fotográfico de algunas inducciones:





4.11. COPASST Y CCL

Respecto a la conformación de los comités de COPASST Y CCL, según lo acordado en el comité del día 18 de abril de 2024, este se conformará en el mes de mayo y una vez se de inicio con la etapa de obra del contrato, considerando la importancia de contar con la plantilla mínima contratada y de acuerdo con los lineamientos establecidos por la legislación aplicable en seguridad y salud en el trabajo y la Ley 80 de 1993 que rige la contratación pública en Colombia.

4.12. OBJETIVOS E INDICADORES

Teniendo en cuenta el compromiso por cumplir con los requisitos legales en materia de seguridad y salud en el trabajo, a continuación, se detallan los indicadores establecidos en la Resolución 0312 de 2019, con su respectivo resultado de seguimiento y medición

del periodo vigente, así mismo se lleva una tabla en Excel con la medición y seguimiento mensual de estos. ***A4. Indicadores.***

A continuación, se presenta los resultados de los indicadores de gestión de abril de 2024:

NOMBRE DEL INDICADOR	INTERPRETACION DEL INDICADOR	DESCRIPCION DE VARIABLES		FORMULA	META	MES 3: ABR	
						Datos formula	resultado
Cumplimiento de requisitos de estructura del SG SST	Porcentaje de cumplimiento de criterios de estructura para el Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo.	a= No. de criterios legales de estructura del SG SST cumplidos.	b= No. total de criterios legales de estructura del SG SST.	(a / b)*100	100%	Anual Feb 2025	NA
Evaluación inicial	Porcentaje de cumplimiento de los requisitos mínimos de la Resolución 0312 de 2019 del SG SST en la organización.	a= Número de estándares que presentan cumplimiento de la Resolución 0312 de 2019.	b= Número total de estándares mínimos de la Resolución 0312 de 2019.	(a / b)*100	95%	Anual Feb 2025	NA
Ejecución del plan de Trabajo anual	Porcentaje de ejecución del Plan de Trabajo Anual del SG SST	a= Número de actividades del Plan de Trabajo del SGSST ejecutadas en el periodo	b= Número de actividades del Plan de Trabajo del SGSST programadas en el periodo	(a / b)*100	90%	Anual Feb 2025	NA
Ejecución del plan de Capacitación	Porcentaje de ejecución del Plan de Capacitación Anual del SG SST	a= Número de actividades del Plan de capacitación del SGSST ejecutadas en el periodo	b= Número de Actividades del Plan de capacitación del SGSST programadas en el periodo	(a / b)*100	90%	a = 5 b = 6	83%
Gestión de riesgos prioritarios	Porcentaje de controles implementados en la gestión de riesgos prioritarios	a= Número de controles operacionales implementados	b= Número de controles operacionales planificados	(a / b)*100	90%	Semestral Ago 2024	NA

NOMBRE DEL INDICADOR	INTERPRETACION DEL INDICADOR	DESCRIPCION DE VARIABLES		FORMULA	META	MES 3: ABR	
						Datos formula	resultado
Severidad de los accidentes de trabajo	Por cada cien (100) colaboradores y contratistas que laboraron en el mes, se perdieron X días por accidentes de trabajo	a= Número de días de incapacidad por accidente de trabajo en el mes + el número de días cargados en el mes.	b= Número de colaboradores ycontratistas en el mes	(a / b)*100	<=10 dias perdidos	Mensual	0%
Mortalidad de accidentes Laborales	En el año X% de accidentes de trabajo fueron mortales	a= Número de accidentes de trabajo mortales que se presentaron en el año.	b= Total de accidentes de trabajo que se presentaron en el año.	(a / b)*100	0%	Anual Feb 2025	NA
Prevalencia de enfermedades laborales	Por cada 100.000 trabajadores existen X casos de enfermedad laboral en el periodo Z.	a= Número de casos nuevos y antiguos de enfermedad laboral en el periodo Z.	b= Promedio de colaboradores y contratistas en el periodo Z.	(a / b) * 100.000	0%	Anual Feb 2025	NA
Incidencia de enfermedades laborales	Por cada 100.000 trabajadores existen X casos nuevos de enfermedad laboral en el periodo Z.	a= Número de casos nuevos de enfermedad laboral en el periodo Z.	b= Promedio colaboradores y contratistas en el periodo Z.	(a / b) * 100.000	0%	Anual Feb 2025	NA
Ausentismo laboral	Porcentaje de días de ausentismo por incapacidad médicas laboral o común en el periodo evaluado.	a= Número de días de ausencia por incapacidad laboral o común en el mes.	b= Número de días de trabajo programados en el mes.	(a / b)*100	Por cada 50 trabajadores < 3	a = 0 b = 30	0%
Cumplimiento de requisitos legales	Porcentaje de requisitos legales que se cumplieron durante el periodo anual	a= N° de requisitos legales cumplidos	b= No. de requisitos legales totales aplicables	Requisitos legales cumplidos/ Requisitos legales exigidos	100%	Anual Feb 2025	NA
Participación y consulta de trabajadores	Porcentaje de gestión en la participación y consulta de los trabajadores en temas de SST	a= No. de consultas o participaciones atendidas o resultas	b= No. de consultas o participaciones presentadas por los trabajadores	(a / b)*100	100%	Trimestral May 2024	NA

***Tabla 7.** Consolidado indicadores Res. 0312*

5. CONCLUSIONES

- Las actividades realizadas durante el periodo del presente informe, consistieron principalmente en la instalación de la señalización del PMT y del refuerzo del cerramiento existente.
- Durante el periodo no se presentaron eventos que constituyeran accidente o enfermedad con origen laboral.
- En abril de 2024 se realizaron inducciones y entrega de dotación y elementos de protección personal a las personas que hacen parte de la Unión Temporal y del Subcontratista Manos a la Obra.
- El presente informe contiene el concepto médico ocupacional con prueba de arsénico y recuento de reticulocitos para el cargo Residente de Obra por ser el único rol de ingreso que se tuvo en abril de 2024, que de acuerdo al profesiograma del proyecto, requiriere dichas pruebas.
- El anexo A6 incluye el Listado Maestro de Documentos del proyecto, el cual permite hacer seguimiento y control de los documentos del Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo.

6.4. IMPLEMENTACION DEL PLAN DE EMERGENCIA

El plan de emergencia que se implementará en el desarrollo de la ejecución de la obra, corresponde al plan de contingencia el cual integra los componentes, SST, riesgos y desastres y el componente ambiental. A la fecha este documento se encuentra en elaboración.

6.5. PUBLICACION DOCUMENTOS INTEGRALES DEL SG SST

Una vez se cuente con campamento de obra y definición de lugares de trabajo, la UT instalará la cartelera con la información básica (reglamento interno y de higiene, Políticas, Medevac, entre otros).

ANEXO No. 01
SEGURIDAD SOCIAL Y PAGOS

1. LIQUIDACIONES

Bogotá, 30 de abril de 2024

Señor:
JULIO GOYENECHE COBO
Proyecto Construcción Velódromo
Ciudad.

Asunto: **PAZ Y SALVO**

Respetados Señores.

Por medio de la presente yo EUSEBIO AYURE SANABRIA, identificado con cédula de ciudadanía número 19258317, certifico que estoy vinculado al Contrato de con la UNIÓN TEMPORAL METROPOLITANO PORVENIR, en calidad de CADENERO, y me permito certificar que JULIO GOYENECHE COBO, está a PAZ Y SALVO por concepto de obligaciones contractuales, pago de honorarios, de riesgos laborales y demás conceptos de seguridad social, de conformidad con lo dispuesto en el Artículo 50 de la Ley 789 de 2002 y Artículo 23 de la Ley 1150 de 2007.

El presente PAZ y SALVO se firma en la ciudad de Bogotá a los 30 días del mes abril del año 2024.

Firma:
Nombre: **EUSEBIO AYURE SANABRIA**
Cargo: Cadenero
C.C.: 19258317

31

2. PAGOS

UNION TEMPORAL METROPOLITANO PORVENIR

COMPROBANTE DE PAGO

UNION TEMPORAL METROPOLITANO PORVENIR
CC. 901,781,400

Cliente: UNION TEMPORAL METROPOLITANO PORVENIR **Número:** 12/17
Sucursal: Principal
Nómina: UNION TEMPORAL METROPOLITANO **Periodo:** 01/04/2024 - 15/04/2024
Ciudad: BOGOTÁ D.C.

Identificación: CC 88235391
Nombre: PEÑARANDA SUAREZ JESUS ALFONSO
Fecha Ingreso: 01/03/2024
Salario Básico: 5,430,000
Ciudad: BOGOTÁ D.C.
Código Emp: 3
Cargo DIRECTOR DE PROYECTO

Centro Costo : UNION TEMPORAL METROPOLITANO PORVENIR (VELODROMO)
Dependencia: RIESGO 5
Banco: BANCOLOMBIA S.A.
Cuenta: 69553669219

Código	Descripción	Cant.	Devengado	Deducido	Neto	Saldo
97	Descuento Pago por Fuera de Nomina			3,620,000	-3,620,000	
P01	Sueldo Basico	117.5 H	2,715,000		2,715,000	
P133	Bonificacion No Salarial		3,620,000		3,620,000	
	TOTALES:		6,335,000	-3,620,000	2,715,000	

Porcentaje de Tiempo Trabajado: 100 % Valor Hora: 23,106

Firma: _____
C.C. 88235391 de CTA

UNION TEMPORAL METROPOLITANO PORVENIR

COMPROBANTE DE PAGO

Cliente: UNION TEMPORAL METROPOLITANO PORVENIR **Número:** 12/17
Sucursal: Principal

UNION TEMPORAL METROPOLITANO PORVENIR
CC. 901,781,400

Nómina: UNION TEMPORAL METROPOLITANO **Periodo:** 16/04/2024 - 30/04/2024
Ciudad: BOGOTÁ D.C.

Identificación: CC 88235391
Nombre: PEÑARANDA SUAREZ JESUS ALFONSO
Fecha Ingreso: 01/03/2024
Salario Básico: 5,430,000
Ciudad: BOGOTÁ D.C.
Código Emp: 3
Cargo DIRECTOR DE PROYECTO

Centro Costo : UNION TEMPORAL METROPOLITANO PORVENIR (VELODROMO)
Dependencia: RIESGO 5
Banco: BANCOLOMBIA S.A.
Cuenta: 69553669219

Código	Descripción	Cant.	Devengado	Deducido	Neto	Saldo
P01	Sueldo Basico	117.5 H	2,715,000		2,715,000	
P131	Bonificacion Salarial		1,267,000		1,267,000	
P133	Bonificacion No Salarial		844,667		844,667	
P133	Bonificacion No Salarial	235 H	3,620,000		3,620,000	
D01	Salud SANITAS			368,375	-368,375	
D02	Pension COLPENSIONES			368,375	-368,375	
D03	Fondo de Solidaridad Pensional COLPENSIONES			92,094	-92,094	
D07	Retencion en la Fuente			1,350,000	-1,350,000	
	TOTALES:		8,446,667	-2,178,844	6,267,823	

Porcentaje de Tiempo Trabajado: 100 % Valor Hora: 23,106

Firma: _____

C.C. 88235391 de C/G

UNION TEMPORAL METROPOLITANO PORVENIR

COMPROBANTE DE PAGO

UNION TEMPORAL METROPOLITANO PORVENIR
CC. 901,781,400

Cliente: UNION TEMPORAL METROPOLITANO PORVENIR **Número:** 4/17
Sucursal: Principal
Nómina: UNION TEMPORAL METROPOLITANO **Período:** 01/04/2024 - 15/04/2024
Ciudad: BOGOTÁ D.C.

Identificación: CC 79946424
Nombre: FERREIRA BARROS ALFREDO
Fecha Ingreso: 05/04/2024
Salario Básico: 5,000,000
Ciudad: BOGOTÁ D.C.
Código Emp: 16
Cargo RESIDENTE INSTALACION HIDRAULICAS

Centro Costo : UNION TEMPORAL METROPOLITANO PORVENIR (VELODROMO)
Dependencia: RIESGO 5
Banco: BANCO DAVIVIENDA S.A.
Cuenta: 004300201888

Código	Descripción	Cant.	Devengado	Deducido	Neto	Saldo
P01	Sueldo Basico	86,17 H	1,833,333		1,833,333	
	TOTALES:		1,833,333		1,833,333	

Porcentaje de Tiempo Trabajado: 100 % Valor Hora: 21,277

Firma: Alfredo Ferreira B.
C.C. 79.946.424 de Bta

UNION TEMPORAL METROPOLITANO PORVENIR

COMPROBANTE DE PAGO

Cliente: UNION TEMPORAL METROPOLITANO PORVENIR **Número:** 17/17

Sucursal: Principal

Nómina: UNION TEMPORAL METROPOLITANO **Período:** 01/04/2024 15/04/2024

Ciudad: BOGOTÁ D.C.

UNION TEMPORAL METROPOLITANO PORVENIR
CC. 901,781,400

Identificación: CC 79882811
Nombre: VEGA GONZALEZ ANDRES YOHANY
Fecha Ingreso: 18/03/2024
Salario Básico: 10,000,000
Ciudad: BOGOTÁ D.C.
Código Emp: 11
Cargo DIRECTOR TECNICO

Centro Costo : UNION TEMPORAL METROPOLITANO PORVENIR (VELODROMO)
Dependencia: RIESGO 5
Banco: BANCO DAVIVIENDA S.A.
Cuenta: 0550009400882768

Código	Descripción	Cant.	Devengado	Deducido	Neto	Saldo
P01	Sueldo Basico	117.5 H	5,000,000		5,000,000	
	TOTALES:		5,000,000		5,000,000	

Porcentaje de Tiempo Trabajado: 100 % Valor Hora: 42,553

Firma:
C.C. 79882811 de Bogotá

Cantidad de volantes impresos: **17**
Total Devengado:**44,676,666** Total Deducido:**-3,820,000** Total Neto:**40,856,666 (No Incluye Primas)**

UNION TEMPORAL METROPOLITANO PORVENIR

COMPROBANTE DE PAGO

Cliente: UNION TEMPORAL METROPOLITANO PORVENIR **Número:** 17/17

Sucursal: Principal

Nómina: UNION TEMPORAL METROPOLITANO **Periodo:** 16/04/2024 30/04/2024

Ciudad: BOGOTÁ D.C.

UNION TEMPORAL METROPOLITANO PORVENIR
CC. 901,781,400

Identificación: CC 79882811

Nombre: VEGA GONZALEZ ANDRES YOHANY

Fecha Ingreso: 18/03/2024

Salario Básico: 10,000,000

Ciudad: BOGOTÁ D.C.

Código Emp: 11

Cargo DIRECTOR TECNICO

Centro Costo : UNION TEMPORAL METROPOLITANO PORVENIR (VELODROMO)

Dependencia: RIESGO 5

Banco: BANCO DAVIVIENDA S.A.

Cuenta: 0550009400882768

Código	Descripción	Cant.	Devengado	Deducido	Neto	Saldo
P01	Sueldo Basico	117.5 H	5,000,000		5,000,000	
D01	Salud ALIANSALUD			400,000	-400,000	
D02	Pension COLPENSIONES			400,000	-400,000	
D03	Fondo de Solidaridad Pensional COLPENSIONES			100,000	-100,000	
D07	Retencion en la Fuente			447,000	-447,000	
	TOTALES:		5,000,000	-1,347,000	3,653,000	

Porcentaje de Tiempo Trabajado: 100 % Valor Hora: 42,553

Firma: _____

C.C. 79882811 de Bogotá

Cantidad de volantes impresos: **17**

Total Devengado:**51,719,167** Total Deducido:**-10,105,843** Total Neto:**41,613,324 (No incluye Primas)**

UNION TEMPORAL METROPOLITANO PORVENIR

COMPROBANTE DE PAGO

Cliente: UNION TEMPORAL METROPOLITANO PORVENIR
Número: 14/17
Sucursal: Principal

UNION TEMPORAL METROPOLITANO PORVENIR
CC. 901,781,400

Nómina: UNION TEMPORAL METROPOLITANO
Periodo: 01/04/2024 - 15/04/2024
Ciudad: BOGOTÁ D.C.

Identificación: CC 1020739111
Centro Costo : UNION TEMPORAL METROPOLITANO PORVENIR (VELODROMO)
Nombre: SANCHEZ CASTAÑEDA ANGELA MILENA
Dependencia: RIESGO 5
Fecha Ingreso: 04/03/2024
Banco: BANCO DAVIVIENDA S.A.
Salario Básico: 7.000,000
Cuenta: 000100877411
Ciudad: BOGOTÁ D.C.
Código Emp: 4
Cargo INGENIERO(A) DE PROGRAMACION DE OBRA Y PRESUPUESTO

Código	Descripción	Cant.	Devengado	Deducido	Neto	Saldo
P01	Sueldo Basico	117.5 H	3,500,000		3,500,000	
	TOTALES:		3,500,000		3,500,000	

Porcentaje de Tiempo Trabajado: 100 % Valor Hora: 29,787

Firma: _____

C.C. 1.020.739.111 de Bogotá

UNION TEMPORAL METROPOLITANO PORVENIR

COMPROBANTE DE PAGO

Cliente: UNION TEMPORAL METROPOLITANO PORVENIR
Sucursal: Principal
Número: 14/17

UNION TEMPORAL METROPOLITANO PORVENIR
CC. 901,781,400

Nómina: UNION TEMPORAL METROPOLITANO
Ciudad: BOGOTÁ D.C.
Período: 16/04/2024 - 30/04/2024

Identificación: CC 1020739111
Nombre: SANCHEZ CASTAÑEDA ANGELA MILENA
Fecha Ingreso: 04/03/2024
Salario Básico: 7,000,000
Ciudad: BOGOTÁ D.C.
Código Emp: 4
Cargo INGENIERO(A) DE PROGRAMACION DE OBRA Y PRESUPUESTO

Centro Costo : UNION TEMPORAL METROPOLITANO PORVENIR (VELODROMO)
Dependencia: RIESGO S
Banco: BANCO DAVIVIENDA S.A.
Cuenta: 006100877411

Código	Descripción	Cant.	Devengado	Deducido	Neto	Saldo
P01	Sueldo Basico	117.5 H	3,500,000		3,500,000	
D01	Salud SANITAS			280,000	-280,000	
D02	Pension PORVENIR			280,000	-280,000	
D03	Fondo de Solidaridad Pensional PORVENIR			70,000	-70,000	
D07	Retencion en la Fuente			58,000	-58,000	
	TOTALES:		3,500,000	-688,000	2,812,000	

Porcentaje de Tiempo Trabajado: 100 % Valor Hora: 29,787

Firma:
c.c. 1.020.739.111 de Bogotá

UNION TEMPORAL METROPOLITANO PORVENIR

COMPROBANTE DE PAGO

Cliente: UNION TEMPORAL METROPOLITANO PORVENIR **Número:** 8/17

Sucursal: Principal

Nómina: UNION TEMPORAL METROPOLITANO **Periodo:** 01/04/2024 - 15/04/2024

Ciudad: BOGOTÁ D.C.

UNION TEMPORAL METROPOLITANO PORVENIR
CC. 901,781,400

Identificación: CC 79617588
Nombre: GUZMAN SANCHEZ CARLOS EDUARDO
Fecha Ingreso: 11/04/2024
Salario Básico: 6,000,000
Ciudad: BOGOTÁ D.C.
Código Emp: 17
Cargo INGENIERO RESIDENTE DE OBRA

Centro Costo : UNION TEMPORAL METROPOLITANO PORVENIR (VELODROMO)
Dependencia: RIESGO 5
Banco: BANCOLOMBIA S.A.
Cuenta: 65069692570

Código	Descripción	Cant.	Devengado	Deducido	Neto	Saldo
P01	Sueldo Basico	39.163333 H	1,000,000		1,000,000	
D31	Licencia No remunerada	7.833333 H		200,000	-200,000	
	TOTALES:		1,000,000	-200,000	**800,000**	

Porcentaje de Tiempo Trabajado: 100 % Valor Hora: 25,532

Firma: _____

C.C. 79'617.538 de BTA.

UNION TEMPORAL METROPOLITANO PORVENIR

COMPROBANTE DE PAGO

Cliente: UNION TEMPORAL METROPOLITANO PORVENIR **Número:** 8/17

Sucursal: Principal

Nómina: UNION TEMPORAL METROPOLITANO **Período:** 16/04/2024 - 30/04/2024

Ciudad: BOGOTÁ D.C.

UNION TEMPORAL METROPOLITANO PORVENIR
CC. 901,781,400

Identificación: CC 79617588
Nombre: GUZMAN SANCHEZ CARLOS EDUARDO
Fecha Ingreso: 11/04/2024
Salario Básico: 6,000,000
Ciudad: BOGOTÁ D.C.
Código Emp: 17
Cargo INGENIERO RESIDENTE DE OBRA

Centro Costo : UNION TEMPORAL METROPOLITANO PORVENIR (VELODROMO)
Dependencia: RIESGO 5
Banco: BANCOLOMBIA S.A.
Cuenta: 05069692570

Código	Descripción	Cant.	Devengado	Deducido	Neto	Saldo
P01	Sueldo Basico	117.5 H	3,000,000		3,000,000	
D01	Salud FAMISANAR			152,000	-152,000	
D02	Pension COLFONDOS			152,000	-152,000	
TOTALES:			3,000,000	-304,000	**2,696,000**	

Porcentaje de Tiempo Trabajado: 100 % Valor Hora: 25,532

Firma:
C.C. 79617588 de BTA

UNION TEMPORAL METROPOLITANO PORVENIR

COMPROBANTE DE PAGO

Cliente: UNION TEMPORAL METROPOLITANO PORVENIR **Número:** 7/17
Sucursal: Principal

UNION TEMPORAL METROPOLITANO PORVENIR
CC. 901,781,400

Nómina: UNION TEMPORAL METROPOLITANO **Período:** 01/04/2024 - 15/04/2024
Ciudad: BOGOTÁ D.C.

Identificación: CC 1073522014
Nombre: GUALTEROS ALVAREZ CLAUDIA NATHALY
Fecha Ingreso: 18/03/2024
Salario Básico: 3,000,000
Ciudad: BOGOTÁ D.C.
Código Emp: 7
Cargo AUXILIAR DE INGENIERIA

Centro Costo : UNION TEMPORAL METROPOLITANO PORVENIR (VELODROMO)
Dependencia: RIESGO 5
Banco: BANCO DE BOGOTÁ
Cuenta: 034768978

Código	Descripción	Cant.	Devengado	Deducido	Neto	Saldo
P01	Sueldo Basico	117.5 H	1,500,000		1,500,000	
	TOTALES:		1,500,000		**1,500,000**	

Porcentaje de Tiempo Trabajado: 100 % Valor Hora: 12,766

Firma: _____

C.C. 1073522014 de Funza

43

UNION TEMPORAL METROPOLITANO PORVENIR

COMPROBANTE DE PAGO

Cliente: UNION TEMPORAL METROPOLITANO PORVENIR **Número:** 7/17

Sucursal: Principal

UNION TEMPORAL METROPOLITANO PORVENIR
CC. 901,781,400

Nómina: UNION TEMPORAL METROPOLITANO **Periodo:** 16/04/2024 - 30/04/2024

Ciudad: BOGOTÁ D.C.

Identificación: CC 1073522014
Centro Costo : UNION TEMPORAL METROPOLITANO PORVENIR (VELODROMO)

Nombre: GUALTEROS ALVAREZ CLAUDIA NATHALY
Dependencia: RIESGO 5

Fecha Ingreso: 18/03/2024
Banco: BANCO DE BOGOTÁ

Salario Básico: 3,000,000
Cuenta: 034766978

Ciudad: BOGOTÁ D.C.

Código Emp: 7

Cargo AUXILIAR DE INGENIERIA

Código	Descripción	Cant.	Devengado	Deducido	Neto	Saldo
P01	Sueldo Basico	117.5 H	1,500,000		1,500,000	
D01	Salud FAMISANAR			120,000	-120,000	
D02	Pension PORVENIR			120,000	-120,000	
	TOTALES:		1,500,000	-240,000	**1,260,000**	

Porcentaje de Tiempo Trabajado: 100 % Valor Hora: 12,766

Firma: _____

C.C. 1073522014 de Funza

UNION TEMPORAL METROPOLITANO PORVENIR

COMPROBANTE DE PAGO

Cliente: UNION TEMPORAL METROPOLITANO PORVENIR **Número:** 6/17

Sucursal: Principal

UNION TEMPORAL METROPOLITANO PORVENIR
CC. 901,781,400

Nómina: UNION TEMPORAL METROPOLITANO **Periodo:** 01/04/2024 - 15/04/2024

Ciudad: BOGOTÁ D.C.

Identificación: CC 52421722
Nombre: GARZON BELTRAN LEYLA CONSUELO
Fecha Ingreso: 18/03/2024
Salario Básico: 5,000,000
Ciudad: BOGOTÁ D.C.
Código Emp: 10
Cargo COORDINADOR ADMINISTRATIVO

Centro Costo : UNION TEMPORAL METROPOLITANO PORVENIR (VELODROMO)
Dependencia: RIESGO 5
Banco: BANCO DAVIVIENDA S.A.
Cuenta: 488414256898

Código	Descripción	Cant.	Devengado	Deducido	Neto	Saldo
P01	Sueldo Basico	117.5 H	2,500,000		2,500,000	
	TOTALES:		2,500,000		2,500,000	

Porcenta e de Tiempo Trabajado: 100 % Valor Hora: 21,277

Firma: Consuelo Garzon
C.C. 52421722 de Bogotá

UNION TEMPORAL METROPOLITANO PORVENIR

COMPROBANTE DE PAGO

Cliente: UNION TEMPORAL METROPOLITANO PORVENIR **Número:** 6/17
Sucursal: Principal
Nómina: UNION TEMPORAL METROPOLITANO **Período:** 16/04/2024 - 30/04/2024
Ciudad: BOGOTÁ D.C.

UNION TEMPORAL METROPOLITANO PORVENIR
CC. 901,781,400

Identificación: CC 52421722
Nombre: GARZON BELTRAN LEYLA CONSUELO
Fecha Ingreso: 18/03/2024
Salario Básico: 5,000,000
Ciudad: BOGOTÁ D.C.
Código Emp: 10
Cargo COORDINADOR ADMINISTRATIVO

Centro Costo : UNION TEMPORAL METROPOLITANO PORVENIR (VELODROMO)
Dependencia: RIESGO 5
Banco: BANCO DAVIVIENDA S.A.
Cuenta: 488414256898

Código	Descripción	Cant.	Devengado	Deducido	Neto	Saldo
P01	Sueldo Basico	117.5 H	2,500,000		2,500,000	
D01	Salud ALIANSALUD			200,000	-200,000	
D02	Pension PORVENIR			200,000	-200,000	
TOTALES:			2,500,000	-400,000	**2,100,000**	

Porcentaje de Tiempo Trabajado: 100 % Valor Hora: 21,277

Firma: Consuelo Garzon
C.C. 52 421722 de Bogotá

Porcentaje de Tiempo Trabajado: 100 % Valor Hora: 21,277

Firma: _____

C.C. _____ de _____

UNION TEMPORAL METROPOLITANO PORVENIR

COMPROBANTE DE PAGO

Cliente: UNION TEMPORAL METROPOLITANO PORVENIR **Número:** 11/17

Sucursal: Principal

UNION TEMPORAL METROPOLITANO PORVENIR
CC. 901,781,400

Nómina: UNION TEMPORAL METROPOLITANO **Período:** 01/04/2024 - 15/04/2024

Ciudad: BOGOTÁ D.C.

Identificación: CC 1014212007
Nombre: ORTIZ DOMINGUEZ DIANA MARCELA
Fecha Ingreso: 30/01/2024
Salario Básico: 4,800,000
Ciudad: BOGOTÁ D.C.
Código Emp: 1
Cargo RESIDENTE SOCIAL

Centro Costo : UNION TEMPORAL METROPOLITANO PORVENIR (VELODROMO)
Dependencia: RIESGO 5
Banco: BANCOLOMBIA S.A.
Cuenta: 33777977976

Código	Descripción	Cant.	Devengado	Deducido	Neto	Saldo
P01	Sueldo Basico	117.5 H	2,400,000		2,400,000	
	TOTALES:		2,400,000		2,400,000	

Porcentaje de Tiempo Trabajado: 100 % Valor Hora: 20,426

Firma:

C.C. 1014212007 de Bogotá

47

UNION TEMPORAL METROPOLITANO PORVENIR

COMPROBANTE DE PAGO

Cliente: UNION TEMPORAL METROPOLITANO PORVENIR **Número:** 11/17

Sucursal: Principal

Nómina: UNION TEMPORAL METROPOLITANO **Periodo:** 16/04/2024 - 30/04/2024

Ciudad: BOGOTÁ D.C.

UNION TEMPORAL METROPOLITANO PORVENIR
CC. 901,781,400

Identificación: CC 1014212007
Nombre: ORTIZ DOMINGUEZ DIANA MARCELA
Fecha Ingreso: 30/01/2024
Salario Básico: 4,800,000
Ciudad: BOGOTÁ D.C.
Código Emp: 1
Cargo RESIDENTE SOCIAL

Centro Costo : UNION TEMPORAL METROPOLITANO PORVENIR (VELODROMO)
Dependencia: RIESGO 5
Banco: BANCOLOMBIA S.A.
Cuenta: 33777977976

Código	Descripción	Cant.	Devengado	Deducido	Neto	Saldo
P01	Sueldo Basico	117.5 H	2,400,000		2,400,000	
D01	Salud FAMISANAR			192,000	-192,000	
D02	Pension PORVENIR			192,000	-192,000	
TOTALES:			2,400,000	-384,000	**2,016,000**	

Porcentaje de Tiempo Trabajado: 100 % Valor Hora: 20,426

Firma:

C.C. 1014212007 de Bogotá

UNION TEMPORAL METROPOLITANO PORVENIR

COMPROBANTE DE PAGO

Cliente: UNION TEMPORAL METROPOLITANO PORVENIR **Número:** 3/17

Sucursal: Principal

UNION TEMPORAL METROPOLITANO PORVENIR
CC. 901,781,400

Nómina: UNION TEMPORAL METROPOLITANO **Periodo:** 01/04/2024 - 15/04/2024

Ciudad: BOGOTÁ D.C.

Identificación: CC 80383913 **Centro Costo :** UNION TEMPORAL METROPOLITANO PORVENIR (VELODROMO)

Nombre: CORREDOR REYES EDUARD ANTONIO **Dependencia:** RIESGO 5
Fecha Ingreso: 04/04/2024 **Banco:** BANCO DAVIVIENDA S.A.
Salario Básico: 5,000,000 **Cuenta:** 488420663228
Ciudad: BOGOTÁ D.C.
Código Emp: 14
Cargo RESIDENTE DE INSTALACIONES ELECTRICAS

Código	Descripción	Cant.	Devengado	Deducido	Neto	Saldo
P01	Sueldo Basico	94 H	2,000,000		2,000,000	
	TOTALES:		2,000,000		2,000,000	

Porcentaje de Tiempo Trabajado: 100 % Valor Hora: 21,277

Firma: Eduard A Corredor R

C.C. 80383913 de Funza

UNION TEMPORAL METROPOLITANO PORVENIR

COMPROBANTE DE PAGO

Cliente: UNION TEMPORAL METROPOLITANO PORVENIR **Número:** 3/17

Sucursal: Principal

UNION TEMPORAL METROPOLITANO PORVENIR
CC. 901,781,400

Nómina: UNION TEMPORAL METROPOLITANO **Periodo:** 16/04/2024 - 30/04/2024

Ciudad: BOGOTÁ D.C.

Identificación: CC 80383913 **Centro Costo :** UNION TEMPORAL METROPOLITANO PORVENIR (VELODROMO)

Nombre: CORREDOR REYES EDUARD ANTONIO **Dependencia:** RIESGO 5
Fecha Ingreso: 04/04/2024 **Banco:** BANCO DAVIVIENDA S.A.
Salario Básico: 5,000,000 **Cuenta:** 488420663228
Ciudad: BOGOTÁ D.C.
Código Emp: 14
Cargo RESIDENTE DE INSTALACIONES ELECTRICAS

Código	Descripción	Cant.	Devengado	Deducido	Neto	Saldo
P01	Sueldo Basico	117.5 H	2,500,000		2,500,000	
D01	Salud SANITAS			180,000	-180,000	
D02	Pension COLPENSIONES			160,000	-180,000	
	TOTALES:		2,500,000	-360,000	**2,140,000**	

Porcentaje de Tiempo Trabajado: 100 % Valor Hora: 21,277

Firma: Eduard A Corredor
C.C. 80383913 de Funza

UNION TEMPORAL METROPOLITANO PORVENIR

COMPROBANTE DE PAGO

UNION TEMPORAL METROPOLITANO PORVENIR
CC. 901,781,400

Cliente: UNION TEMPORAL METROPOLITANO PORVENIR
Sucursal: Principal
Nómina: UNION TEMPORAL METROPOLITANO
Ciudad: BOGOTÁ D.C.

Número: 13/17
Período: 01/04/2024 - 15/04/2024

Identificación: CC 80002268
Nombre: RAMOS PEÑA JOHN HAWUART
Fecha Ingreso: 01/02/2024
Salario Básico: 7,000,000
Ciudad: BOGOTÁ D.C.
Código Emp: 2
Cargo PROFESIONAL BIM

Centro Costo : UNION TEMPORAL METROPOLITANO PORVENIR (VELODROMO)
Dependencia: RIESGO 5
Banco: BANCOLOMBIA S.A.
Cuenta: 20155913823

Código	Descripción	Cant.	Devengado	Deducido	Neto	Saldo
P01	Sueldo Basico	117.5 H	3,500,000		3,500,000	
	TOTALES:		3,500,000		**3,500,000**	

Porcentaje de Tiempo Trabajado: 100 % Valor Hora: 29,787

Firma: _____

C.C. 80002268 de BOGOTÁ.

UNION TEMPORAL METROPOLITANO PORVENIR

COMPROBANTE DE PAGO

UNION TEMPORAL METROPOLITANO PORVENIR
CC. 901,781,400

Cliente: UNION TEMPORAL METROPOLITANO PORVENIR
Número: 13/17
Sucursal: Principal
Nómina: UNION TEMPORAL METROPOLITANO
Periodo: 16/04/2024 - 30/04/2024
Ciudad: BOGOTÁ D.C.

Identificación: CC 80002268
Nombre: RAMOS PEÑA JOHN HAWUART
Fecha Ingreso: 01/02/2024
Salario Básico: 7,000,000
Ciudad BOGOTÁ D.C.
Código Emp: 2
Cargo PROFESIONAL BIM

Centro Costo : UNION TEMPORAL METROPOLITANO PORVENIR (VELODROMO)
Dependencia: RIESGO 5
Banco: BANCOLOMBIA S.A.
Cuenta: 20155913823

Código	Descripción	Cant.	Devengado	Deducido	Neto	Saldo
P01	Sueldo Basico	117.5 H	3,500,000		3,500,000	
D01	Salud SANITAS			280,000	-280,000	
D02	Pension PORVENIR			280,000	-280,000	
D03	Fondo de Solidaridad Pensional PORVENIR			70,000	-70,000	
	TOTALES:		3,500,000	-630,000	**2,870,000**	

Porcentaje de Tiempo Trabajado: 100 % Valor Hora: 29,787

Firma: _____

C.C. 80002268 de BOGOTÁ

5V

UNION TEMPORAL METROPOLITANO PORVENIR

COMPROBANTE DE PAGO

Cliente: UNION TEMPORAL METROPOLITANO PORVENIR **Número:** 5/17

Sucursal: Principal

UNION TEMPORAL METROPOLITANO PORVENIR
CC. 901,781,400

Nómina: UNION TEMPORAL METROPOLITANO **Período:** 01/04/2024 - 15/04/2024

Ciudad: BOGOTÁ D.C.

Identificación: CC 80031322
Nombre: GALEANO VALENZUELA JOSE MANUEL
Fecha Ingreso: 11/03/2024
Salario Básico: 7,000,000
Ciudad: BOGOTÁ D.C.
Código Emp: 5
Cargo RESIDENTE DE ESTRUCTURAS

Centro Costo : UNION TEMPORAL METROPOLITANO PORVENIR (VELODROMO)
Dependencia: RIESGO 5
Banco: BANCO DE BOGOTÁ
Cuenta: 078332376

Código	Descripción	Cant.	Devengado	Deducido	Neto	Saldo
P01	Sueldo Basico	117.5 H	3,500,000		3,500,000	
	TOTALES:		3,500,000		3,500,000	

Porcentaje de Tiempo Trabajado: 100 % Valor Hora: 29,787

Firma: Luis Manuel Galeano

C.C. 80.031.322 de Bogota.

53

UNION TEMPORAL METROPOLITANO PORVENIR

COMPROBANTE DE PAGO

Cliente: UNION TEMPORAL METROPOLITANO PORVENIR **Número:** 5/17

Sucursal: Principal

UNION TEMPORAL METROPOLITANO PORVENIR
CC. 901,781,400

Nómina: UNION TEMPORAL METROPOLITANO **Periodo:** 16/04/2024 - 30/04/2024

Ciudad: BOGOTÁ D.C.

Identificación: CC 80031322
Nombre: GALEANO VALENZUELA JOSE MANUEL
Fecha Ingreso: 11/03/2024
Salario Básico: 7,000,000
Ciudad: BOGOTÁ D.C.
Código Emp: 5
Cargo RESIDENTE DE ESTRUCTURAS

Centro Costo : UNION TEMPORAL METROPOLITANO PORVENIR (VELODROMO)
Dependencia: RIESGO 5
Banco: BANCO DE BOGOTÁ
Cuenta: 078332376

Código	Descripción	Cant.	Devengado	Deducido	Neto	Saldo
P01	Sueldo Basico	117.5 H	3,500,000		3,500,000	
D01	Salud SANITAS			280,000	-280,000	
D02	Pension PORVENIR			280,000	-280,000	
D03	Fondo de Solidaridad Pensional PORVENIR			70,000	-70,000	
D07	Retencion en la Fuente			58,000	-58,000	
	TOTALES:		3,500,000	-688,000	2,812,000	

Porcentaje de Tiempo Trabajado: 100 % Valor Hora: 29,787

Firma:
C.C. 80031322 de Bogotá.

54

UNION TEMPORAL METROPOLITANO PORVENIR

COMPROBANTE DE PAGO

Cliente: UNION TEMPORAL METROPOLITANO PORVENIR **Número:** 15/17

Sucursal: Principal

Nómina: UNION TEMPORAL METROPOLITANO **Período:** 01/04/2024 - 15/04/2024

Ciudad: BOGOTÁ D.C.

Centro Costo : UNION TEMPORAL METROPOLITANO PORVENIR (VELODROMO)

Dependencia: RIESGO 5

Banco: BANCOLOMBIA S.A.

Cuenta: 20380587280

UNION TEMPORAL METROPOLITANO PORVENIR

CC. 901,781,400

Identificación: CC 1023936963

Nombre: SANCHEZ SUAREZ JULIO CESAR

Fecha ingreso: 14/03/2024

Salario Básico: 3,000,000

Ciudad: BOGOTÁ D.C.

Código Emp: 6

Cargo AUXILIAR DE INGENIERIA

Código	Descripción	Cant.	Devengado	Deducido	Neto	Saldo
P01	Sueldo Basico	117.5 H	1,500,000		1,500,000	
TOTALES:			1,500,000		**1,500,000**	

Porcentaje de Tiempo Trabajado: 100 % Valor Hora: 12,766

Firma: Julio Sánchez

C.C. 1.023.936.963 de Bogotá D.C

Powered by CamScanner

55

UNION TEMPORAL METROPOLITANO PORVENIR

COMPROBANTE DE PAGO

Cliente: UNION TEMPORAL METROPOLITANO PORVENIR **Número:** 15/17

Sucursal: Principal

Nómina: UNION TEMPORAL METROPOLITANO **Período:** 16/04/2024 - 30/04/2024

Ciudad: BOGOTÁ D.C.

Centro Costo : UNION TEMPORAL METROPOLITANO PORVENIR (VELODROMO)

Dependencia: RIESGO 5

Banco: BANCOLOMBIA S.A.

Cuenta: 20380587280

UNION TEMPORAL METROPOLITANO PORVENIR

CC. 901,781,400

Identificación: CC 1023936963

Nombre: SANCHEZ SUAREZ JULIO CESAR

Fecha ingreso: 14/03/2024

Salario Básico: 3,000,000

Ciudad: BOGOTÁ D.C.

Código Emp: 6

Cargo AUXILIAR DE INGENIERIA

Código	Descripción	Cant.	Devengado	Deducido	Neto	Saldo
P01	Sueldo Basico	117.5 H	1,500,000		1,500,000	
D01	Salud SANITAS			120,000	-120,000	
D02	Pension PORVENIR			120,000	-120,000	
TOTALES:			1,500,000	-240,000	**1,260,000**	

Porcentaje de Tiempo Trabajado: 100 % Valor Hora: 12,766

Firma: Julio Sanchez

C.C. 1.023.936.963 de Bogotá D.C

Powered by CamScanner

UNION TEMPORAL METROPOLITANO PORVENIR

COMPROBANTE DE PAGO

Cliente: UNION TEMPORAL METROPOLITANO PORVENIR **Número:** 1/17

Sucursal: Principal

UNION TEMPORAL METROPOLITANO PORVENIR
CC. 901,781,400

Nómina: UNION TEMPORAL METROPOLITANO **Periodo:** 01/04/2024 - 15/04/2024

Ciudad: BOGOTÁ D.C.

Identificación: CC 52961023
Nombre: ARGUELLO VALENZUELA NIDIA MARCELA
Fecha Ingreso: 21/03/2024
Salario Básico: 6,000,000
Ciudad: BOGOTÁ D.C.
Código Emp: 9
Cargo PROFESIONAL SG SST

Centro Costo : UNION TEMPORAL METROPOLITANO PORVENIR (VELODROMO)
Dependencia: RIESGO 5
Banco: BANCO DE BOGOTÁ
Cuenta: 597332857

Código	Descripción	Cant.	Devengado	Deducido	Neto	Saldo
P01	Sueldo Basico	117.5 H	3,000,000		3,000,000	
	TOTALES:		3,000,000		3,000,000	

Porcentaje de Tiempo Trabajado: 100 % Valor Hora: 25,532

Firma:

C.C. 52.961.023 de Bogotá

UNION TEMPORAL METROPOLITANO PORVENIR

COMPROBANTE DE PAGO

Cliente: UNION TEMPORAL METROPOLITANO PORVENIR **Número:** 1/17

Sucursal: Principal

UNION TEMPORAL METROPOLITANO PORVENIR
CC. 901,781,400

Nómina: UNION TEMPORAL METROPOLITANO **Periodo:** 16/04/2024 30/04/2024

Ciudad: BOGOTÁ D.C.

Identificación: CC 52961023 **Centro Costo :** UNION TEMPORAL METROPOLITANO PORVENIR (VELODROMO)

Nombre: ARGUELLO VALENZUELA NIDIA MARCELA **Dependencia:** RIESGO 5

Fecha Ingreso: 21/03/2024 **Banco:** BANCO DE BOGOTÁ

Salario Básico: 6,000,000 **Cuenta:** 597332857

Ciudad: BOGOTÁ D.C.

Código Emp: 9

Cargo PROFESIONAL SG SST

Código	Descripción	Cant.	Devengado	Deducido	Neto	Saldo
P01	Sueldo Basico	117.5 H	3,000,000		3,000,000	
D01	Salud SANITAS			240,000	-240,000	
D02	Pension SKANDIA			240,000	-240,000	
D03	Fondo de Solidaridad Pensional SKANDIA			60,000	-60,000	
	TOTALES:		3,000,000	-540,000	**2,460,000**	

Porcentaje de Tiempo Trabajado: 100 % Valor Hora: 25,532

Firma:

C.C. 52961023 de Bogotá

COMPROBANTE DE PAGO

C&G Ingeniería y Construcciones

CYG INGENIERÍA Y CONSTRUCCIONES S.A.S.
CC. 800,140,959

Cliente: C&G INGENIERIA Y CONSTRUCCIONES SAS
Número: 1/1
Sucursal: Principal
Nómina: ADMINISTRACIÓN
Período: 01/04/2024 - 15/04/2024
Ciudad: BOGOTÁ D.C.

Identificación: CC 37901187
Nombre: QUECHO SARMIENTO NATALIA
Fecha ingreso: 04/02/2019
Salario Básico: 7,300,000
Ciudad: BOGOTÁ D.C.
Código Emp: 11
Cargo DIRECTORA HSEQ

Centro Costo : ADMINISTRACION CYG SAS CENTRAL
Dependencia: RIESGO 5
Banco: ITAÚ CORPBANCA COLOMBIA S.A.
Cuenta: 007046796

Código	Descripción	Cant.	Devengado	Deducido	Neto	Saldo
P01	Sueldo Basico	39.17 H	1,216,667		1,216,667	
P40	Vacaciones dias habiles	64 H	2,016,963		2,016,963	
P70	Vacaciones dias festivos	16 H	504,241		504,241	
P131	Bonificacion Salarial		2,521,204		2,521,204	
D13	Descuento Prestamo - CYG INGENIERÍA Y CONSTRUCCIONE (03)			307,692	-307,692	1,230,772
D13	Descuento Prestamo - CYG INGENIERÍA Y CONSTRUCCIONE (002)			306,662	-306,662	
	TOTALES:		6,259,075	-614,354	**5,644,721**	

Porcentaje de Tiempo Trabajado: 100 % Valor Hora: 31,064

Firma: _____

C.C. 37901.187 de _____

Cantidad de volantes impresos: **1**
Total Devengado:**6,259,075** Total Deducido:**-614,354** Total Neto:**5,644,721 (No incluye Primas)**

5ª

COMPROBANTE DE PAGO

C&G Ingeniería y Construcciones

CYG INGENIERÍA Y CONSTRUCCIONES S.A.S.
CC. 800,140,959

Cliente: C&G INGENIERIA Y CONSTRUCCIONES SAS
Sucursal: Principal
Nómina: ADMINISTRACIÓN
Ciudad: BOGOTÁ D.C.

Número: 1/1
Período: 16/04/2024 - 30/04/2024

Identificación: CC 37901187
Nombre: QUECHO SARMIENTO NATALIA
Fecha ingreso: 04/02/2019
Salario Básico: 8,000,000
Ciudad: BOGOTÁ D.C.
Código Emp: 11
Cargo DIRECTORA HSEQ

Centro Costo : ADMINISTRACION CYG SAS CENTRAL
Dependencia: RIESGO 5
Banco: ITAÚ CORPBANCA COLOMBIA S.A.
Cuenta: 007046796

Código	Descripción	Cant.	Devengado	Deducido	Neto	Saldo
P01	Sueldo Basico	117.499995 H	4,000,000		4,000,000	
P03	Retroactividad aumento sueldo		350,000		350,000	
D01	Salud SANITAS			463,026	-463,026	
D02	Pension SKANDIA			463,026	-463,026	
D03	Fondo de Solidaridad Pensional SKANDIA			115,756	-115,756	
D07	Retencion en la Fuente			134,000	-134,000	
	TOTALES:		4,350,000	-1,175,808	**3,174,192**	

Porcentaje de Tiempo Trabajado: 100 % Valor Hora: 34,043

Firma: _____

C.C. 37901187 de _____

Cantidad de volantes Impresos: **1**
Total Devengado:**4,350,000** Total Deducido:**-1,175,808** Total Neto:**3,174,192 (No incluye Primas)**

UNION TEMPORAL METROPOLITANO PORVENIR

COMPROBANTE DE PAGO

Cliente: UNION TEMPORAL METROPOLITANO PORVENIR **Número:** 10/17

Sucursal: Principal

UNION TEMPORAL METROPOLITANO PORVENIR
CC. 901,781,400

Nómina: UNION TEMPORAL METROPOLITANO **Período:** 16/04/2024 - 30/04/2024

Ciudad: BOGOTÁ D.C.

Identificación: CC 80756447 **Centro Costo :** UNION TEMPORAL METROPOLITANO PORVENIR (VELODROMO)

Nombre: HERNANDEZ AMORTEGUI ORLANDO YESID **Dependencia:** RIESGO 5

Fecha Ingreso: 06/04/2024 **Banco:** COLPATRIA

Salario Básico: 5,775,000 **Cuenta:** 004602013430

Ciudad: BOGOTÁ D.C.

Código Emp: 15

Cargo RESIDENTE DISEÑO CONTROL DE OBRA

Código	Descripción	Cant.	Devengado	Deducido	Neto	Saldo
P01	Sueldo Basico	117.5 H	2,887,500		2,887,500	
D01	Salud SALUD TOTAL			192,500	-192,500	
D02	Pension COLFONDOS			192,500	-192,500	
D13	Descuento Prestamo - CYG INGENIERIA Y CONSTRUCCIONE (01)			500,000	-500,000	1,500,000
	TOTALES:		2,887,500	-885,000	2,002,500	

Porcentaje de Tiempo Trabajado: 100 % Valor Hora: 24,574

Porcentaje de Tiempo Trabajado: 100 % Valor Hora: 25,532

Firma:

C.C: 80.756.447 de Bogota.

UNION TEMPORAL METROPOLITANO PORVENIR

COMPROBANTE DE PAGO

Cliente: UNION TEMPORAL METROPOLITANO PORVENIR **Número:** 10/17

Sucursal: Principal

UNION TEMPORAL METROPOLITANO PORVENIR
CC. 901,781,400

Nómina: UNION TEMPORAL METROPOLITANO **Período:** 01/04/2024 - 15/04/2024

Ciudad: BOGOTÁ D.C.

Identificación: CC 80756447
Centro Costo : UNION TEMPORAL METROPOLITANO PORVENIR (VELODROMO)
Nombre: HERNANDEZ AMORTEGUI ORLANDO YESID
Dependencia: RIESGO 5
Fecha Ingreso: 06/04/2024
Banco: COLPATRIA
Salario Básico: 5,775,000
Cuenta: 004602013436
Ciudad: BOGOTÁ D.C.
Código Emp: 15
Cargo RESIDENTE DISEÑO CONTROL DE OBRA

Código	Descripción	Cant.	Devengado	Deducido	Neto	Saldo
P01	Sueldo Basico	78.33 H	1,925,000		1,925,000	
	TOTALES:		1,925,000		1,925,000	

Porcentaje de Tiempo Trabajado: 100 % Valor Hora: 24,574

Firma: _____
C.C. 80.756.447 de Bogotá

UNION TEMPORAL METROPOLITANO PORVENIR

COMPROBANTE DE PAGO

Cliente: UNION TEMPORAL METROPOLITANO PORVENIR **Número:** 2/17
Sucursal: Principal

UNION TEMPORAL METROPOLITANO PORVENIR
CC. 901,781,400

Nómina: UNION TEMPORAL METROPOLITANO **Período:** 01/04/2024 - 15/04/2024
Ciudad: BOGOTÁ D.C.

Identificación: CC 1073383630
Nombre: BLANCO ALARCON PAULA ALEJANDRA
Fecha Ingreso: 20/03/2024
Salario Básico: 6,500,000
Ciudad: BOGOTÁ D.C.
Código Emp: 8
Cargo RESIDENTE AMBIENTAL

Centro Costo : UNION TEMPORAL METROPOLITANO PORVENIR (VELODROMO)
Dependencia: RIESGO 5
Banco: BANCO DAVIVIENDA S.A.
Cuenta: 0570481770023143

Código	Descripción	Cant.	Devengado	Deducido	Neto	Saldo
P01	Sueldo Basico	117.5 H	3,250,000		3,250,000	
	TOTALES:		3,250,000		3,250,000	

Porcentaje de Tiempo Trabajado: 100 % Valor Hora: 27,660

Firma: _____

C.C. 1073383630 de Simijaca.

63

UNION TEMPORAL METROPOLITANO PORVENIR

COMPROBANTE DE PAGO

Cliente: UNION TEMPORAL METROPOLITANO PORVENIR **Número:** 2/17
Sucursal: Principal
Nómina: UNION TEMPORAL METROPOLITANO **Período:** 16/04/2024 - 30/04/2024
Ciudad: BOGOTÁ D.C.

UNION TEMPORAL METROPOLITANO PORVENIR
CC. 901,781,400

Identificación: CC 1073383630
Nombre: BLANCO ALARCON PAULA ALEJANDRA
Fecha Ingreso: 20/03/2024
Salario Básico: 6,500,000
Ciudad: BOGOTÁ D.C.
Código Emp: 8
Cargo RESIDENTE AMBIENTAL

Centro Costo : UNION TEMPORAL METROPOLITANO PORVENIR (VELODROMO)
Dependencia: RIESGO 5
Banco: BANCO DAVIVIENDA S.A.
Cuenta: 0570481770023143

Código	Descripción	Cant.	Devengado	Deducido	Neto	Saldo
P01	Sueldo Basico	117.5 H	3,250,000		3,250,000	
D01	Salud FAMISANAR			260,000	-260,000	
D02	Pension PORVENIR			260,000	-260,000	
D03	Fondo de Solidaridad Pensional PORVENIR			65,000	-65,000	
	TOTALES:		3,250,000	-585,000	2,665,000	

Porcentaje de Tiempo Trabajado: 100 % Valor Hora: 27,660

Firma: _____

C.C. 1073383630 de Simijaca.

64

UNION TEMPORAL METROPOLITANO PORVENIR

COMPROBANTE DE PAGO

UNION TEMPORAL METROPOLITANO PORVENIR
CC. 901,781,400

Cliente: UNION TEMPORAL METROPOLITANO PORVENIR
Número: 16/17
Sucursal: Principal
Nómina: UNION TEMPORAL METROPOLITANO
Período: 01/04/2024 - 15/04/2024
Ciudad: BOGOTÁ D.C.

Identificación: CC 19474886
Nombre: UBAQUE RODRIGUEZ PEDRO ANTONIO
Fecha Ingreso: 06/04/2024
Salario Básico: 2,200,000
Ciudad: BOGOTÁ D.C.
Código Emp: 12
Cargo ALMACENISTA

Centro Costo : UNION TEMPORAL METROPOLITANO PORVENIR (VELODROMO)
Dependencia: RIESGO 5
Banco: BANCO CAJA SOCIAL - BCSC S.A.
Cuenta: 24024434845

Código	Descripción	Cant.	Devengado	Deducido	Neto	Saldo
P01	Sueldo Basico	78.33 H	733,333		733,333	
	TOTALES:		733,333		733,333	

Porcentaje de Tiempo Trabajado: 100 % Valor Hora: 9,362

Firma: Pedro Albaque
C.C. 19474886 de Bogota

UNION TEMPORAL METROPOLITANO PORVENIR

COMPROBANTE DE PAGO

Cliente: UNION TEMPORAL METROPOLITANO PORVENIR **Número:** 16/17

Sucursal: Principal

Nómina: UNION TEMPORAL METROPOLITANO **Período:** 16/04/2024 - 30/04/2024

Ciudad: BOGOTÁ D.C.

UNION TEMPORAL METROPOLITANO PORVENIR
CC. 901,781,400

Identificación: CC 19474886
Nombre: UBAQUE RODRIGUEZ PEDRO ANTONIO
Fecha Ingreso: 06/04/2024
Salario Básico: 2,200,000
Ciudad: BOGOTÁ D.C.
Código Emp: 12
Cargo ALMACENISTA

Centro Costo : UNION TEMPORAL METROPOLITANO PORVENIR (VELODROMO)
Dependencia: RIESGO 5
Banco: BANCO CAJA SOCIAL - BCSC S.A.
Cuenta: 24024434845

Código	Descripción	Cant.	Devengado	Deducido	Neto	Saldo
P01	Sueldo Basico	117.5 H	1,100,000		1,100,000	
P05	Subsidio de Transporte		135,000		135,000	
D01	Salud FAMISANAR			73,333	-73,333	
TOTALES:			1,235,000	-73,333	**1,161,667**	

Porcentaje de Tiempo Trabajado: 100 % Valor Hora: 9,362

Firma: Pedro A Ubaque

C.C. 19474886 de Bogota

UNION TEMPORAL METROPOLITANO PORVENIR

COMPROBANTE DE PAGO

Cliente: UNION TEMPORAL METROPOLITANO PORVENIR **Número:** 9/17

Sucursal: Principal

UNION TEMPORAL METROPOLITANO PORVENIR
CC. 901,781,400

Nómina: UNION TEMPORAL METROPOLITANO **Periodo:** 01/04/2024 - 15/04/2024

Ciudad: BOGOTÁ D.C.

Identificación: CC 1118541198
Nombre: HENAO TARACHE LIGIA VIVIANA
Fecha Ingreso: 04/04/2024
Salario Básico: 3,000,000
Ciudad: BOGOTÁ D.C.
Código Emp: 13
Cargo INSPECTOR SST

Centro Costo : UNION TEMPORAL METROPOLITANO PORVENIR (VELODROMO)
Dependencia: RIESGO 5
Banco: BANCOLOMBIA S.A.
Cuenta: 16773180401

Código	Descripción	Cant.	Devengado	Deducido	Neto	Saldo
P01	Sueldo Basico	94 H	1,200,000		1,200,000	
TOTALES:			1,200,000		**1,200,000**	

Porcentaje de Tiempo Trabajado: 100 % Valor Hora: 12,766

Firma:
C.C. 1.118.541.198 de YOPAL-CAS.

UNION TEMPORAL METROPOLITANO PORVENIR

COMPROBANTE DE PAGO

Cliente: UNION TEMPORAL METROPOLITANO PORVENIR **Número:** 9/17

Sucursal: Principal

Nómina: UNION TEMPORAL METROPOLITANO **Periodo:** 16/04/2024 - 30/04/2024

Ciudad: BOGOTÁ D.C.

UNION TEMPORAL METROPOLITANO PORVENIR
CC. 901,781,400

Identificación: CC 1118541198
Nombre: HENAO TARACHE LIGIA VIVIANA
Fecha Ingreso: 04/04/2024
Salario Básico: 3,000,000
Ciudad: BOGOTÁ D.C.
Código Emp: 13
Cargo INSPECTOR SST

Centro Costo : UNION TEMPORAL METROPOLITANO PORVENIR (VELODROMO)
Dependencia: RIESGO 5
Banco: BANCOLOMBIA S.A.
Cuenta: 16773180401

Código	Descripción	Cant.	Devengado	Deducido	Neto	Saldo
P01	Sueldo Basico	117.5 H	1,500,000		1,500,000	
D01	Salud SANITAS			108,000	-108,000	
D02	Pension PORVENIR			108,000	-108,000	
TOTALES:			1,500,000	-216,000	1,284,000	

Porcentaje de Tiempo Trabajado: 100 % Valor Hora: 12,766

Firma:
C.C. 1.118.541.198 de YOPAL-CAS

68

3. PAZ Y SALVOS

Bogotá, 30 de abril de 2024

Señores:
UNIÓN TEMPORAL METROPOLITANO PORVENIR
Proyecto Construcción Velódromo
Ciudad.

Asunto: **PAZ Y SALVO – PERSONAL VINCULADO POR CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS – CLASE DE RIESGO LABORAL IV y V**

Respetados Señores.

Por medio de la presente yo CESAR WILLREÑN FERNANDEZ SOLER, identificado con cédula de ciudadanía número 80109419, certifico que estoy vinculada al Contrato de obra IDRD-CTO-3232-2023, cuyo objeto es "CONTRATAR LAS OBRAS Y ACTIVIADES COMPLEMENTARIAS DEL VELÓDROMO UVICADO EN EL PARQUE METROPOLITANO EL PORVENIR (GIBRALTAR), EN LA LOCALIDAD DE KENNEDY EN BOGOTÁ", en calidad de PROFESIONAL SUELOS CONTAMINADOS desde el día 6 de marzo de 2024 hasta el 8 de enero de 2025, y me permito certificar que la UNIÓN TEMPORAL METROPOLITANO PORVENIR, está a PAZ Y SALVO por concepto de obligaciones contractuales, pago de honorarios y de riesgos laborales, de conformidad con lo dispuesto en el Artículo 50 de la Ley 789 de 2002 y Artículo 23 de la Ley 1150 de 2007.

Así mismo, certifico que realicé oportunamente los aportes al sistema general de seguridad social (EPS y AFP) a las entidades que reporté estar vinculada y presenté los respectivos soportes a la UNIÓN TEMPORAL METROPOLITANO PORVENIR.

El presente PAZ y SALVO se firma en la ciudad de Bogotá a los 30 días del mes abril del año 2024.

Firma:

Nombre: **CESAR WILLREÑN FERNANDEZ SOLER**

Cargo: Profesional Suelos Contaminados

C.C.: 80109419

Bogotá, 20 de mayo de 2024

Señores:
UNIÓN TEMPORAL METROPOLITANO PORVENIR
Proyecto Construcción Velódromo
Ciudad.

Asunto: **PAZ Y SALVO – PERSONAL VINCULADO POR CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS – CLASE DE RIESGO LABORAL IV y V**

Respetados Señores.

Por medio de la presente yo **CLAUDIA INFANTE JAIMES**, identificada con cédula de ciudadanía número 68.248.723 de Saravena, certifico que estoy vinculada al Contrato de obra IDRD-CTO-3232-2023, cuyo objeto es "**CONTRATAR LAS OBRAS Y ACTIVIADES COMPLEMENTARIAS DEL VELÓDROMO UVICADO EN EL PARQUE METROPOLITANO EL PORVENIR (GIBRALTAR), EN LA LOCALIDAD DE KENNEDY EN BOGOTÁ**", en calidad **PROFESIONAL BIÓLOGA** desde el día 24 de febrero de 2024 hasta el 23 de diciembre de 2024, y me permito certificar que la **UNIÓN TEMPORAL METROPOLITANO PORVENIR**, está a **PAZ Y SALVO** por concepto de obligaciones contractuales, pago de honorarios y de riesgos laborales, de conformidad con lo dispuesto en el Artículo 50 de la Ley 789 de 2002 y Artículo 23 de la Ley 1150 de 2007.

Así mismo, certifico que realicé oportunamente los aportes al sistema general de seguridad social (EPS y AFP) a las entidades que reporté estar vinculada y presenté los respectivos soportes a la *UNIÓN TEMPORAL METROPOLITANO PORVENIR.*

El presente PAZ y SALVO se firma en la ciudad de Bogotá a los 20 días del mes mayo del año 2024.

Firma:
Nombre: **CLAUDIA INFANTE JAIMES**
Cargo: Profesional Bióloga
C.C.: 68.248.723 de Saravena

Bogotá, 20 de mayo de 2024

Señores:
UNIÓN TEMPORAL METROPOLITANO PORVENIR
Proyecto Construcción Velódromo
Ciudad.

Asunto: **PAZ Y SALVO – PERSONAL VINCULADO POR CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS – CLASE DE RIESGO LABORAL IV y V**

Respetados Señores.

Por medio de la presente yo **GUSTAVO ADOLFO BARRETO ALVARADO**, identificad0 con cédula de ciudadanía número 16.755.981 de Cali, certifico que estoy vinculada al Contrato de obra IDRD-CTO-3232-2023, cuyo objeto es "**CONTRATAR LAS OBRAS Y ACTIVIADES COMPLEMENTARIAS DEL VELÓDROMO UVICADO EN EL PARQUE METROPOLITANO EL PORVENIR (GIBRALTAR), EN LA LOCALIDAD DE KENNEDY EN BOGOTÁ**", en calidad de **PROFESIONAL PAISAJISTA** desde el día 24 de febrero de 2024 hasta el 23 de diciembre de 2024, y me permito certificar que la **UNIÓN TEMPORAL METROPOLITANO PORVENIR**, está a **PAZ Y SALVO** por concepto de obligaciones contractuales, pago de honorarios y de riesgos laborales, de conformidad con lo dispuesto en el Artículo 50 de la Ley 789 de 2002 y Artículo 23 de la Ley 1150 de 2007.

Así mismo, certifico que realicé oportunamente los aportes al sistema general de seguridad social (EPS y AFP) a las entidades que reporté estar vinculada y presenté los respectivos soportes a la *UNIÓN TEMPORAL METROPOLITANO PORVENIR*.

El presente PAZ y SALVO se firma en la ciudad de Bogotá a los 20 días del mes mayo del año 2024.

Firma:
Nombre: **GUSTAVO ADOLFO BARRETO ALVARADO**
Cargo: Profesional Paisajista
C.C.: 16.755.981 de Cali

72

Bogotá, 30 de abril de 2024

Señores:
UNIÓN TEMPORAL METROPOLITANO PORVENIR
Proyecto Construcción Velódromo
Ciudad.

Asunto: **PAZ Y SALVO – PERSONAL VINCULADO POR CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS – CLASE DE RIESGO LABORAL IV y V**

Respetados Señores.

Por medio de la presente yo INGRID JOHANNA BARRIENTOS MURCIA, identificado con cédula de ciudadanía número 1090495553, certifico que estoy vinculada al Contrato de obra IDRD-CTO-3232-2023, cuyo objeto es "CONTRATAR LAS OBRAS Y ACTIVIADES COMPLEMENTARIAS DEL VELÓDROMO UVICADO EN EL PARQUE METROPOLITANO EL PORVENIR (GIBRALTAR), EN LA LOCALIDAD DE KENNEDY EN BOGOTÁ", en calidad de PROFESIONAL GESTIÓN DE RIESGOS desde el día 6 de marzo de 2024 hasta el 18 de diciembre de 2024, y me permito certificar que la UNIÓN TEMPORAL METROPOLITANO PORVENIR, está a PAZ Y SALVO por concepto de obligaciones contractuales, pago de honorarios y de riesgos laborales, de conformidad con lo dispuesto en el Artículo 50 de la Ley 789 de 2002 y Artículo 23 de la Ley 1150 de 2007.

Así mismo, certifico que realicé oportunamente los aportes al sistema general de seguridad social (EPS y AFP) a las entidades que reporté estar vinculada y presenté los respectivos soportes a la UNIÓN TEMPORAL METROPOLITANO PORVENIR.

El presente PAZ y SALVO se firma en la ciudad de Bogotá a los 30 días del mes abril del año 2024.

Firma:

Nombre: **INGRID JOHANNA BARRIENTOS MURCIA**

Cargo: Profesional Gestión de Riesgos

C.C.: 1090495553

Bogotá, 30 de abril de 2024

Señores:
UNIÓN TEMPORAL METROPOLITANO PORVENIR
Proyecto Construcción Velódromo
Ciudad.

Asunto: **PAZ Y SALVO – PERSONAL VINCULADO POR CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS – CLASE DE RIESGO LABORAL IV y V**

Respetados Señores.

Por medio de la presente yo JUAN JAIVER ESPINEL SILVA, identificado con cédula de ciudadanía número 1070956933, certifico que estoy vinculada al Contrato de obra IDRD-CTO-3232-2023, cuyo objeto es "CONTRATAR LAS OBRAS Y ACTIVIADES COMPLEMENTARIAS DEL VELÓDROMO UVICADO EN EL PARQUE METROPOLITANO EL PORVENIR (GIBRALTAR), EN LA LOCALIDAD DE KENNEDY EN BOGOTÁ", en calidad de RESIDENTE FORESTAL desde el día 6 de marzo de 2024 hasta el 8 de enero de 2025, y me permito certificar que la UNIÓN TEMPORAL METROPOLITANO PORVENIR, está a PAZ Y SALVO por concepto de obligaciones contractuales, pago de honorarios y de riesgos laborales, de conformidad con lo dispuesto en el Artículo 50 de la Ley 789 de 2002 y Artículo 23 de la Ley 1150 de 2007.

Así mismo, certifico que realicé oportunamente los aportes al sistema general de seguridad social (EPS y AFP) a las entidades que reporté estar vinculada y presenté los respectivos soportes a la UNIÓN TEMPORAL METROPOLITANO PORVENIR.

El presente PAZ y SALVO se firma en la ciudad de Bogotá a los 30 días del mes abril del año 2024.

Firma: *Juan J. Espinel S.*
Nombre: **JUAN JAIVER ESPINEL SILVA**
Cargo: Residente Forestal
C.C.: 1070956933

74

Bogotá, 30 de abril de 2024

Señores:
UNIÓN TEMPORAL METROPOLITANO PORVENIR
Proyecto Construcción Velódromo
Ciudad.

Asunto: **PAZ Y SALVO – PERSONAL VINCULADO POR CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS – CLASE DE RIESGO LABORAL IV y V**

Respetados Señores.

Por medio de la presente yo LAURA MILENA RAMIREZ QUIMBAYO, identificada con cédula de ciudadanía número 52764737, certifico que estoy vinculada al Contrato de obra IDRD-CTO-3232-2023, cuyo objeto es "CONTRATAR LAS OBRAS Y ACTIVIADES COMPLEMENTARIAS DEL VELÓDROMO UVICADO EN EL PARQUE METROPOLITANO EL PORVENIR (GIBRALTAR), EN LA LOCALIDAD DE KENNEDY EN BOGOTÁ", en calidad de PROFESIONAL DE CALIDAD desde el día 6 de marzo de 2024 hasta el 8 de enero de 2025, y me permito certificar que la UNIÓN TEMPORAL METROPOLITANO PORVENIR, está a PAZ Y SALVO por concepto de obligaciones contractuales, pago de honorarios y de riesgos laborales, de conformidad con lo dispuesto en el Artículo 50 de la Ley 789 de 2002 y Artículo 23 de la Ley 1150 de 2007.

Así mismo, certifico que realicé oportunamente los aportes al sistema general de seguridad social (EPS y AFP) a las entidades que reporté estar vinculada y presenté los respectivos soportes a la UNIÓN TEMPORAL METROPOLITANO PORVENIR.

El presente PAZ y SALVO se firma en la ciudad de Bogotá a los 30 días del mes abril del año 2024.

Firma:
Nombre: **LAURA MILENA RAMIREZ QUIMBAYO**
Cargo: Profesional de Calidad
C.C.: 52764737

25

96

Bogotá, 30 de abril de 2024

Señor:
JULIO GOYENECHE COBO
Proyecto Construcción Velódromo
Ciudad.

Asunto: **PAZ Y SALVO**

Respetados Señores.

Por medio de la presente yo JELVER JULIAN MENDOZA VANEGAZ, identificado con cédula de ciudadanía número 1018489255, certifico que estoy vinculado al Contrato de con la UNIÓN TEMPORAL METROPOLITANO PORVENIR, en calidad de TOPÓGRAFO, y me permito certificar que JULIO GOYENECHE COBO, está a PAZ Y SALVO por concepto de obligaciones contractuales, pago de honorarios, de riesgos laborales y demás conceptos de seguridad social, de conformidad con lo dispuesto en el Artículo 50 de la Ley 789 de 2002 y Artículo 23 de la Ley 1150 de 2007.

El presente PAZ y SALVO se firma en la ciudad de Bogotá a los 30 días del mes abril del año 2024.

Firma: Julian Mendoza
Nombre: **JELVER JULIAN MENDOZA VANEGAZ**
Cargo: Topógrafo
C.C.: 1018489255

Bogotá, 2 de mayo de 2024

Señor:
MANOS A LA OBRA JC SAS
Proyecto Construcción Velódromo
Ciudad.

Asunto: **PAZ Y SALVO**

Respetados Señores.

Por medio de la presente yo EDGAR MIGUEL PANTOJA PINZON, identificado con cédula de ciudadanía número 14251174, certifico que estoy vinculado al Contrato con la UNIÓN TEMPORAL METROPOLITANO PORVENIR, en calidad de OFICIAL DE CONSTRUCCIÓN, y me permito certificar que MANOS A LA OBRA JC SAS, está a PAZ Y SALVO por concepto de obligaciones contractuales, pago de salarios, de riesgos laborales y demás conceptos de seguridad social, de conformidad con lo dispuesto en el Artículo 50 de la Ley 789 de 2002 y Artículo 23 de la Ley 1150 de 2007.

El presente PAZ y SALVO se firma en la ciudad de Bogotá a los 2 días del mes mayo del año 2024.

Firma: Edgar Pantoja
Nombre: **EDGAR MIGUEL PANTOJA PINZON**
Cargo: Oficial de Construcción
C.C.: 14251174

Powered by CamScanner

Bogotá, 2 de mayo de 2024

Señor:
MANOS A LA OBRA JC SAS
Proyecto Construcción Velódromo
Ciudad.

Asunto: **PAZ Y SALVO**

Respetados Señores.

Por medio de la presente yo WILMER ALEXANDER PARRA ARIAS, identificado con Permiso por Protección Temporal – PPT número 5330880, certifico que estoy vinculado al Contrato con la UNIÓN TEMPORAL METROPOLITANO PORVENIR, en calidad de AYUDANTE DE CONSTRUCCIÓN, y me permito certificar que MANOS A LA OBRA JC SAS, está a PAZ Y SALVO por concepto de obligaciones contractuales, pago de salarios, de riesgos laborales y demás conceptos de seguridad social, de conformidad con lo dispuesto en el Artículo 50 de la Ley 789 de 2002 y Artículo 23 de la Ley 1150 de 2007.

El presente PAZ y SALVO se firma en la ciudad de Bogotá a los 2 días del mes mayo del año 2024.

Firma:
Nombre: **WILMER ALEXANDER PARRA ARIAS**
Cargo: Ayudante de Construcción
PPT: 5330880

Powered by CamScanner

Bogotá, 2 de mayo de 2024

Señor:
MANOS A LA OBRA JC SAS
Proyecto Construcción Velódromo
Ciudad.

Asunto: **PAZ Y SALVO**

Respetados Señores.

Por medio de la presente yo WINSOR JAVIER GRILLO MORA, identificado con Permiso por Protección Temporal – PPT número 5725745, certifico que estoy vinculado al Contrato con la UNIÓN TEMPORAL METROPOLITANO PORVENIR, en calidad de AYUDANTE DE CONSTRUCCIÓN, y me permito certificar que MANOS A LA OBRA JC SAS, está a PAZ Y SALVO por concepto de obligaciones contractuales, pago de salarios, de riesgos laborales y demás conceptos de seguridad social, de conformidad con lo dispuesto en el Artículo 50 de la Ley 789 de 2002 y Artículo 23 de la Ley 1150 de 2007.

El presente PAZ y SALVO se firma en la ciudad de Bogotá a los 2 días del mes mayo del año 2024.

Firma:
Nombre: **WINSOR JAVIER GRILLO MORA**
Cargo: Ayudante de Construcción
PPT: 5725745

Powered by CamScanner

Bogotá, 2 de mayo de 2024

Señor:
MANOS A LA OBRA JC SAS
Proyecto Construcción Velódromo
Ciudad.

Asunto: **PAZ Y SALVO**

Respetados Señores.

Por medio de la presente yo JOSÉ HÉCTOR CALDERÓN ROMERO, identificado con cédula de ciudadanía número 93286647, certifico que estoy vinculado al Contrato con la UNIÓN TEMPORAL METROPOLITANO PORVENIR, en calidad de OFICIAL DE CONSTRUCCIÓN, y me permito certificar que MANOS A LA OBRA JC SAS está a PAZ Y SALVO por concepto de obligaciones contractuales, pago de salarios, de riesgos laborales y demás conceptos de seguridad social, de conformidad con lo dispuesto en el Artículo 50 de la Ley 789 de 2002 y Artículo 23 de la Ley 1150 de 2007.

El presente PAZ y SALVO se firma en la ciudad de Bogotá a los 2 días del mes mayo del año 2024.

Firma:
Nombre: JOSÉ HECTOR CALDERON ROMERO
Cargo: Oficial de Construcción
C.C.: 93286647

Powered by CamScanner

Bogotá 02 de Mayo de 2024

Señores:
SEGURIDAD RALCO LTDA
Proyecto Construcción Velódromo
Ciudad.

Asunto: **PAZ Y SALVO**

Respetados Señores.

Por medio de la presente yo **MARIA AYDEE FRESNEDO OVALLE**, identificado con cédula de ciudadanía número **40.380.180**, certifico que estoy vinculado al Contrato con la UNIÓN TEMPORAL METROPOLITANO PORVENIR, en calidad de GUARDA DE SEGURIDAD, y me permito certificar que SEGURIDAD RALCO LTDA, está a PAZ Y SALVO por concepto de obligaciones contractuales, pago de salarios, de riesgos laborales y demás conceptos de seguridad social, de conformidad con lo dispuesto en el Artículo 50 de la Ley 789 de 2002 y Artículo 23 de la Ley 1150 de 2007.

El presente PAZ y SALVO se firma en la ciudad de Bogotá a los 2 días del mes mayo del año 2024.

Firma: _____
Nombre: **MARIA AYDEE FRESNEDO OVALLE**
Cargo: Guarda de Seguridad
C.C.: 40.380.180

Powered by CamScanner

Bogotá 02 de Mayo de 2024

Señores:
SEGURIDAD RALCO LTDA
Proyecto Construcción Velódromo
Ciudad.

Asunto: **PAZ Y SALVO**

Respetados Señores.

Por medio de la presente yo **AGUSTÍN ROMERO SOLANO**, identificado con cédula de ciudadanía número **7.307.339**, certifico que estoy vinculado al Contrato con la UNIÓN TEMPORAL METROPOLITANO PORVENIR, en calidad de GUARDA DE SEGURIDAD, y me permito certificar que SEGURIDAD RALCO LTDA, está a PAZ Y SALVO por concepto de obligaciones contractuales, pago de salarios, de riesgos laborales y demás conceptos de seguridad social, de conformidad con lo dispuesto en el Artículo 50 de la Ley 789 de 2002 y Artículo 23 de la Ley 1150 de 2007.

El presente PAZ y SALVO se firma en la ciudad de Bogotá a los 2 días del mes mayo del año 2024.

Firma: 
Nombre: **AGUSTÍN ROMERO SOLANO**
Cargo: Guarda de Seguridad
C.C.: 7.307.339

Powered by CamScanner

Bogotá 02 de Mayo de 2024

Señores:
SEGURIDAD RALCO LTDA
Proyecto Construcción Velódromo
Ciudad.

Asunto: **PAZ Y SALVO**

Respetados Señores.

Por medio de la presente yo **HERNAN PAIBA TOQUICA**, identificado con cédula de ciudadanía número **1.122.142.852**, certifico que estoy vinculado al Contrato con la UNIÓN TEMPORAL METROPOLITANO PORVENIR, en calidad de SUPERVISOR, y me permito certificar que SEGURIDAD RALCO LTDA, está a PAZ Y SALVO por concepto de obligaciones contractuales, pago de salarios, de riesgos laborales y demás conceptos de seguridad social, de conformidad con lo dispuesto en el Artículo 50 de la Ley 789 de 2002 y Artículo 23 de la Ley 1150 de 2007.

El presente PAZ y SALVO se firma en la ciudad de Bogotá a los 2 días del mes mayo del año 2024.

Firma: Hernan Paiba
Nombre: **HERNAN PAIBA TOQUICA**
Cargo: Supervisor
C.C.: 1.122.142.852

Powered by CamScanner

Bogotá 02 de Mayo de 2024

Señores:
SEGURIDAD RALCO LTDA
Proyecto Construcción Velódromo
Ciudad.

Asunto: **PAZ Y SALVO**

Respetados Señores.

Por medio de la presente yo **BENIGNO RICARDO GONZALEZ RAMOS**, identificado con cédula de ciudadanía número **15.049.254**, certifico que estoy vinculado al Contrato con la UNIÓN TEMPORAL METROPOLITANO PORVENIR, en calidad de GUARDA DE SEGURIDAD, y me permito certificar que SEGURIDAD RALCO LTDA, está a PAZ Y SALVO por concepto de obligaciones contractuales, pago de salarios, de riesgos laborales y demás conceptos de seguridad social, de conformidad con lo dispuesto en el Artículo 50 de la Ley 789 de 2002 y Artículo 23 de la Ley 1150 de 2007.

El presente PAZ y SALVO se firma en la ciudad de Bogotá a los 2 días del mes mayo del año 2024.

Firma: _____
Nombre: **BENIGNO RICARDO GONZALEZ RAMOS**
Cargo: Guarda de Seguridad
C.C.: 15.049.254

Powered by CamScanner

4. SEGURIDAD SOCIAL

a. Personal Apoyo

b. Personal Contractual

c. Personal Subcontratista

a. Personal Apoyo

COLOMBIA POTENCIA DE LA VIDA

Colpensiones

LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES

CERTIFICA QUE

Verificada la base de datos de afiliados, el/la señor/a **ALFREDO FERREIRA BARROS** identificado/a con documento de identidad **Cédula de Ciudadanía** número **79946424,** se encuentra afiliado/a desde **14/05/2009** 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 02 de abril de 2024.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

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.

9a

AXA COLPATRIA

INGRESO EMPLEADO

DATOS DE LA EMPRESA

Tipo de Identificación:	NIT
Número de documento:	901781400
Número Afiliación:	9021652
Razón social:	UNION TEMPORAL METROPOLITANO PORVENIR

DATOS DEL EMPLEADO:

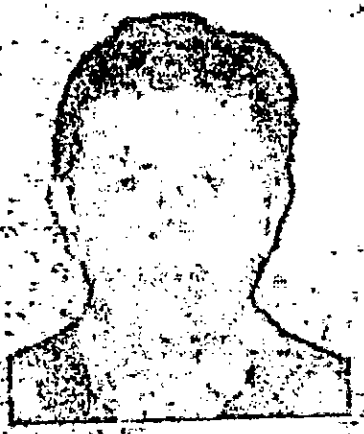
Tipo de documento:	CÉDULA
Número de Documento	79946424
Nombre:	ALFREDO FERREIRA BARROS
Fecha Ingreso:	05/04/2024
Salario básico:	5,000,000
Nit empresa en misión:	0
Código Sucursal:	1
Centro de trabajo:	1
Tasa:	6.960
Fecha hora transacción:	04/04/2024 05:07:38 p.m.

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 79.946.424
FERREIRA BARROS

APELLIDOS
ALFREDO

NOMBRES



FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 19-ENE-1978
BOGOTA D.C.
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.73 ESTATURA | A+ G.S RH | M SEXO

11-MAR-1996 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

A-1500100-00005961-M-0079946424-20080426 0000160184A 1 6180012037

compensar | salud eps

EL PROGRAMA DE EPS DE LA CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR COMPENSAR
NIT 860.066.942-7

CERTIFICA QUE

Que el(la) señor(a) ALFREDO FERREIRA BARROS identificado(a) con Cedula Ciudadania 79946424, se encuentra Activo en el Plan de Beneficios de Salud PBS, de la EPS Compensar como cotizante Independiente contrato de prestación según información contenida a la fecha en nuestra base de datos.

Fecha Afiliación	Fecha Retiro
20230929	No Registrada

Beneficiarios:

Nombre Beneficiario	Paren.	Identificación	Tipo de Identificación	Fecha de Afiliación	Fecha de Retiro	Estado Afiliación
JUAN ROBERTO FERREIRA CRUZ	HI	1016834916	TI	20230929	No Registrada	Activo
BRIGITTE TATIANA CRUZ PARRA	CP	1071162020	CC	20230929	No Registrada	Activo

El presente certificado se expide a solicitud del (la) interesado(a), a los 10 días del mes de Abril de 2.024

Observaciones:

Con destino a:
A QUIÉN CORRESPONDA

Información sujeta a verificación por parte de COMPENSAR EPS, cualquier aclaración con gusto será atendida en la línea (601) 4441234 - Documento no válido como autorización de traslado ni aclaración de multiafiliación en el SGSSS..

Cordialmente,
COMPENSAR EPS.

Elaboró: PORTAL CORPORATIVO CER-AFI
24679641

VIGILADO SUPERSALUD
VIGILADO SUPERSUBSIDIO

92

Colfondos
del grupo HABITAT

COLFONDOS ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES Y CESANTIAS

NIT 800.149.496-2

CERTIFICA QUE:

El(la) Señor(a) CARLOS EDUARDO GUZMAN SANCHEZ, identificado(a) con C.C 79.617.588, se encuentra afiliado(a) al Fondo Pensiones Obligatorias NIT 800.227.940-6 y al Fondo Cesantias NIT 800.198.644-5.

Se expide la presente certificación a la fecha 06 de abril de 2024.

El presente certificado emitido contiene una firma digitalizada válida para todos sus efectos de conformidad con lo dispuesto en la Ley 527 de 1999.

Cualquier inquietud adicional no dude en escribirnos a través de nuestro portal transaccional www.colfondos.com.co opción PQR's, o comuníquese con nuestro Contact Center a través de las siguientes líneas Bogotá 601 748 48 88, Barranquilla 605 386 98 88, Bucaramanga 607 698 58 88, Cali 602 489 98 88, Cartagena 605 694 98 88, Medellín 604 604 28 88 y en el resto del país 01 800 05 10000.

Leonardo Cáceres García
Gerente Cuentas y Recaudo
Colfondos S.A Pensiones y Cesantías

93

Famisanar EPS

CERTIFICA QUE:

El(La) Señor(a) CARLOS EDUARDO GUZMAN SANCHEZ identificado(a) con CC 79617588 se encuentra afiliado(a) a la EPS en condición de BENEFICIARIO.

Fecha de Activación de	01/07/2004
Estado de la Afiliación:	ACTIVO
IPS:	CENTRO MEDICO COLSUBSIDIO USAQUEN
Categoría:	C

La presente certificación se expide a solicitud del(de la) interesado(a) en QUIEN , a los 06 días del mes abril del 2024.

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.

96.

porvenir
sólo hay uno

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:

LIGIA VIVIANA HENAO TARACHE, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.118.541.198**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir y al Fondo de Cesantías Porvenir.**

La presente certificación se expide el 3 de Mayo del 2024.

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.

REPÚBLICA DE COLOMBIA

IDENTIFICACIÓN PERSONAL

CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO 1.118.541.198

HENAO TARACHE

APELLIDOS

LIGIA VIVIANA

NOMBRES

FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 29-ABR-1989

YOPAL

(CASANARE)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.62 A+ F

ESTATURA G.S. RH SEXO

04-JUL-2007 YOPAL

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL

ALEXANDER VEGA ROCHA

ÍNDICE DERECHO

A-1500150-01268085-F-1118541198-20211122 0076676669G 1 8503377373

Powered by CamScanner

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

E.P.S. Sanitas
Organización Sanitas Internacional
NIT. 800 251.440-6
CÓDIGO 005. República de Colombia - SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD
SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD

790751513

Fecha de Radicación: 10 04 2024

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] - 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 (a registrar por la EPS):

A. AFILIACIÓN

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

6. Apellidos y nombres			
HENAO	TARACHE	LIGIA	VIVIANA
Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

7. Tipo de documento de identidad	8. Número del documento de identidad	9. Sexo	10. Fecha de nacimiento
CEDULA DE CIUDADANIA	1118541198	Femenino X Masculino	29 04 1989

III - DATOS COMPLEMENTARIOS

Datos personales

11. Etnia	12. Discapacidad	13. Puntaje SISBÉN	14. Grupo de población especial
	Tipo: Condición:		

15. Administradora de Riesgos Laborales - ARL	16. Administradora de Pensiones	17. Ingreso Base de Cotización - IBC
ARL AXA COLPATRIA S.A	PORVENIR	$ 3.000.000

18. Residencia Dirección	Teléfono Fijo	Teléfono Celular	Correo Electrónico
CRA 70 180 30		3046238028	LIVIHETA@HOTMAIL.COM

Municipio / Distrito	Zona	Localidad / Comuna	Departamento
BOGOTA D.C.	Urbana [X] Rural [ ]	SAN JOSE DE BAVARIA	BOGOTA D.C.

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 [ ]	

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 documento de identidad	27. Sexo Femenino	27. Sexo Masculino	28. Fecha de nacimiento
B1					
B2					
B3					
B4					
B5					

Datos complementarios

	29. Parentesco	30. Etnia	31. Discapacidad	Tipo F	Tipo N	Tipo M	Condición T	Condición P
B1								
B2								
B3								
B4								
B5								

	32. Datos de residencia Municipio / Distrito	Zona Urbana	Zona Rural	Departamento	Teléfono fijo y/o Celular	33. Valor de la UPC del afiliado adicional (A registrar por la E.P.S.)
B1						
B2						
B3						
B4						
B5						

Selección de la I.P.S. Primaria

	34. Nombre de la Institución Prestadora de Servicios de Salud - IPS	Código de la IPS (A registrar por la E.P.S.)
C	EPS SANITAS CENTRO MEDICO SUBA	
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 (A registrar por la E.P.S.)
UNION TEMPORAL METROPOLITANO PORVENIR	NIT	901781400	

39. Ubicación Dirección	Teléfono Fijo	Correo Electrónico	Municipio / Distrito	Departamento
R 7 # 75 - 51 OF 602	6401500	UTMETROPOLITANOPORVENIR@CYG.COM.CO	BOGOTA D.C.	BOGOTA D.C.

100

B. REPORTE DE NOVEDADES

40. Tipo de Novedad

- [ ] 1. Modificación 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 [ ]
- [X] 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
- [ ] 13. Movilidad — [ ] A. Régimen Contributivo — [ ] B. Régimen Subsidiado
- [ ] 14. Traslado — [ ] A. Mismo Régimen — [ ] B. Diferente Régimen
- [ ] 15. Reporte de fallecimiento
- [ ] 16. Reporte del trámite de protección al cesante
- [ ] 17. Reporte de la calidad de Pre-pensionado
- [ ] 18. Reporte de la calidad de Pensionado

VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

41. Datos básicos de identificación

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

Tipo de documento de identidad	Número del documento de identidad	Sexo: Femenino	Sexo: Masculino	Fecha de Radicación	42. Fecha
[ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ]		[ ]	[ ]		04 04 2024

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 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 o caso fortuito que impiden la entrega de los documentos que acreditan la condición de beneficiarios
- [X] 49. Declaración de NO internación del cotizante, cabeza de familia, beneficiario o afiliados adicionales en una Institución Prestadora de Servicios de Salud
- [X] 50. Autorización para que la E.P.S. 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 E.P.S. reporte la información que se genere de la afiliación o del 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 E.P.S. 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] 53. Autorización para que la E.P.S. envíe información al correo electrónico o al celular como mensaje 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
Ligia Viviana Henao	

IX. ANEXOS

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

X. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL

66. Identificación de la Entidad Territorial: Código del Municipio	Código del Departamento	67. Datos del SISBÉN: Número de Ficha	Puntaje	Nivel	68. Fecha de Radicación	69. Fecha de Validación
001	11				10 04 2024	

70. Datos funcionario que realiza la validación

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

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

Observaciones:

Nombre y documento de identidad del ejecutivo comercial	Sello de radicación	Sticker procesamiento
ASESORES COMERCIALES INTEGRALES LTDA C.C. No. 900.282.038	EPS SANITAS RECIBIDO PARA VERIFICACIÓN POR LA EPS Recibido por: A.C.I. Fecha: 10-04-2024	

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

101

EPS Sanitas

Nuestro compromiso es contigo

NIT. 800 251.440-6

FORMATO DE ENTREGA CARTA DE DERECHOS Y DEBERES DEL AFILIADO Y CARTA DE DESEMPEÑO DE EPS SANITAS S.A.

Nombre del Afiliado LIGIA VIVIANA HENAO TARACHE

Previo al diligenciamiento del formulario de afiliación ¿la EPS le hizo entrega de la Carta de Derechos y Deberes del Afiliado y del Paciente?	[X] NO
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] NO
¿Leyó el contenido de la Carta de Derechos y Deberes del afiliado y del paciente?	[X] NO
¿Leyó el contenido de la Carta de Desempeño de la EPS?	[X] NO
Si tuvo alguna duda sobre el contenido de la información, ¿fue asesorado adeduadamente por la EPS?	[X] NO
¿Autoriza a EPS Sanitas el envío de este documento e información relacionada con la afiliación y la prestación en servicios de salud a su correo electrónico o celular?	[X] NO

Ligia Viviana Henao

Firma del Afiliado LIGIA VIVIANA HENAO TARACHE
Documento de Identidad 1118541198

FIRMA A RUEGO

A ruego del señor(a) _____, quien se identifica con la cédula de ciudadanía No. _____ quien manifiesta no poder o no saber firmar, lo hace en su nombre el señor(a) _____, quien es mayor de edad y sin ningún impedimento para dar fe de la información que está recibiendo.

Como testigo, da fe de todo lo anterior y certifica que la huella dactilar del dedo índice de la mano derecha pertenece al señor(a) _____

El firmante a ruego

Huella Índice

Nombres y Apellidos:
Documento de identidad:
Edad:
Dirección de domicilio:

Nombre de la persona que no sabe firmar

FORMATO AUTORIZACIÓN DE TRATAMIENTOS DE DATOS PERSONALES

LIGIA VIVIANA HENAO TARACHE, declaro que he sido informado sobre que la Entidad Promotora de Salud Sanitas S.A. en adelante EPS Sanitas, actuará como el Responsable del Tratamiento de mis datos personales y ha puesto a mi disposición la línea de atención en Bogotá en el número de teléfono 3759000 o fuera de Bogotá en el 018000919100, para la atención de requerimientos relacionados con el tratamiento de mis datos personales y el ejercicio de mis derechos constitucionales y legales, observando la Política de Tratamiento de Información de EPS Sanitas disponible en www.epssanitas.com.

Teniendo en cuenta lo anterior y de acuerdo con lo establecido en el artículo 15 de la Resolución 5621 de 1994 del Ministerio de Salud, en el artículo 2.1.3.8 del Decreto 780 de 2016, y en los artículos 7 y 20 del Decreto 1377 de 2013, estos últimos, referidos a la estipulación a favor de otro o para otro, autorizo de manera voluntaria, previa, explícita, informada e inequívoca a EPS Sanitas y/o a quien le sean cedidos sus derechos, para tratar mis datos personales y los de mis beneficiarios, afiliados, de acuerdo con la política de tratamiento de datos personales, con las siguientes finalidades, adicionales a las autorizadas por la Constitución y la ley de prestación de servicios de salud, actividades propias del Sistema de Seguridad Social en Salud y del cumplimiento de las normas que lo regulan, así como de las actividades derivadas del objeto social de EPS Sanitas, incluidas pero sin limitarse a las actividades corporativas, administrativas, de información, comercialización, petición, recaudo, cobranza entre otros: contacto y envío de información relacionada con la prestación de los servicios de salud y relacionados a través de medios telefónicos, electrónicos (SMS, chat, correo electrónico y demás medios considerados electrónicos) físicos y/o personales; crear y gestionar bases de datos (incluyendo bases de datos respecto de datos sensibles) para fines de investigación y desarrollo de nuevos productos o servicios; dar a conocer, transferir y/o transmitir mis datos personales dentro y fuera del país, a cualquier empresa miembro de la Organización Sanitas Internacional, de la cual hace parte EPS Sanitas, así como a terceros a consecuencia de un contrato, ley o vínculo lícito que así lo requiera, o para implementar servicios de computación en la nube; acceder y consultar mis datos personales que reposen o estén contenidos en bases de datos o archivos de cualquier Entidad Privada o Pública; consultar a cualquier médico, hospital, compañía de seguros, compañía de medicina prepagada o entidad promotora de salud (EPS) para que en cualquier momento, ya sea en vida mía o ya habiendo sucedido mi muerte, EPS Sanitas pueda acceder a la información sobre mi esto de salud; en consecuencia autorizo a dichas entidades para que entreguen a EPS Sanitas copia de toda la información que sea requerida. Por lo tanto me comprometo a leer el aviso de privacidad y la política mencionada disponible en: www.epssanitas.com. Así mismo, autorizo a EPS Sanitas a modificar o actualizar el contenido de la política, con el fin de atender reformas legislativas, políticas internas o nuevos requerimientos para la prestación u ofrecimiento de los servicios, dando aviso previo por medio de la página web de la compañía y/o correo electrónico.

La presente autorización la he suministrado de forma voluntaria.

Firma: Ligia Viviana Henao

Nombre: LIGIA VIVIANA HENAO TARACHE

Identificación: 1118541198

Fecha: 10-04-2024

102

aportes en línea

Planilla Resumen

DATOS GENERALES DEL APORTANTE							
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
NIT 901781400	1	UNION TEMPORAL METROPOLITANO PORVENIR	B - MENOS DE 200 COTIZANTES	PRINCIPAL	Cra 7 # 75- 51	BOGOTA-BOGOTA D.E.	5555555	Si

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2024-03	2024-04	550507452	9465791733	E	2024/04/02	2024/04/02	BANCO DE OCCIDENTE	0	$11,203,600

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	Codigo	Dias	IBC	Tarifa	Aporte	Dias	IBC	Aporte	Exonerado SENA e ICBF	Total Aportes
SUCURSAL: PRINCIPAL (9 Afiliados)																							$35,580,001	$5,880,300			$35,580,001	$1,423,300			$35,580,001	$1,423,300			$35,580,001	$2,476,700				$0	$0		$11,203,600
Centro de Trabajo: RIESGO 5 (9 Afiliados)																							$35,580,001	$5,880,300			$35,580,001	$1,423,300			$35,580,001	$1,423,300			$35,580,001	$2,476,700				$0	$0		$11,203,600
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (9 Afiliados)																							$35,580,001	$5,880,300			$35,580,001	$1,423,300			$35,580,001	$1,423,300			$35,580,001	$2,476,700				$0	$0		$11,203,600
1	CC	52961023	ARGUELLO NIDIA	X																	23090 1	10	$2,000,000	$320,000	EPS005	10	$2,000,000	$80,000	CCF26	10	$2,000,000	$80,000	14-4	10	$2,000,000	$139,200	6.960%		10	$0	$0	Si	$619,200
2	CC	1073383630	BLANCO PAULA	X																	23030 1	11	$2,383,334	$381,400	EPS017	11	$2,383,334	$95,400	CCF26	11	$2,383,334	$95,400	14-4	11	$2,383,334	$165,900	6.960%		11	$0	$0	Si	$738,100
3	CC	80031322	GALEANO JOSE	X																	23030 1	20	$4,666,667	$746,700	EPS005	20	$4,666,667	$186,700	CCF26	20	$4,666,667	$186,700	14-4	20	$4,666,667	$324,900	6.960%		20	$0	$0	Si	$1,445,000
4	CC	1073522014	GUALTEROS CLAUDIA	X																	23030 1	13	$1,300,000	$208,000	EPS017	13	$1,300,000	$52,000	CCF26	13	$1,300,000	$52,000	14-4	13	$1,300,000	$90,500	6.960%		13	$0	$0	Si	$402,500
5	CC	1014212007	ORTIZ DIANA																		23030 1	30	$4,800,000	$768,000	EPS017	30	$4,800,000	$192,000	CCF26	30	$4,800,000	$192,000	14-4	30	$4,800,000	$334,100	6.960%		30	$0	$0	Si	$1,486,100
6	CC	88235391	PEÑARANDA JESUS	X																	25-14	30	$5,430,000	$923,200	EPS005	30	$5,430,000	$217,200	CCF26	30	$5,430,000	$217,200	14-4	30	$5,430,000	$378,000	6.960%		30	$0	$0	Si	$1,735,600
7	CC	80002268	RAMOS JOHN																		23030 1	30	$7,000,000	$1,190,000	EPS005	30	$7,000,000	$280,000	CCF26	30	$7,000,000	$280,000	14-4	30	$7,000,000	$487,200	6.960%		30	$0	$0	Si	$2,237,200
8	CC	1020739111	SANCHEZ ANGELA	X																	23030 1	27	$6,300,000	$1,071,000	EPS005	27	$6,300,000	$252,000	CCF26	27	$6,300,000	$252,000	14-4	27	$6,300,000	$438,500	6.960%		27	$0	$0	Si	$2,013,500
9	CC	1023936963	SANCHEZ JULIO	X																	23030 1	17	$1,700,000	$272,000	EPS005	17	$1,700,000	$68,000	CCF26	17	$1,700,000	$68,000	14-4	17	$1,700,000	$118,400	6.960%		17	$0	$0	Si	$526,400
Total			Afiliados(9)																				$35,580,001	$5,880,300			$35,580,001	$1,423,300			$35,580,001	$1,423,300			$35,580,001	$2,476,700				$0	$0		$11,203,600

105

aportes en línea

Planilla Resumen

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
NIT 901781400	1	UNION TEMPORAL METROPOLITANO PORVENIR	B - MENOS DE 200 COTIZANTES	PRINCIPAL	Cra 7 # 75- 51	BOGOTA-BOGOTA D.E.	5555555	SI

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2024-03	2024-04	550507452	9465291733	E	2024/04/02	2024/04/02	BANCO DE OCCIDENTE	0	$11,203,600

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 3)				9	$5,880,300	$0	$0	$5,880,300
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	1	$923,200	$0	$0	$923,200
PORVENIR	230301	800,224,808	8	7	$4,637,100	$0	$0	$4,637,100
SKANDIA	230901	800,253,055	2	1	$320,000	$0	$0	$320,000
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				9	$2,476,700	$0	$0	$2,476,700
COLPATRIA ARP	14-4	860,002,183	9	9	$2,476,700	$0	$0	$2,476,700
CCF (ADMINISTRADORAS: 1)				9	$1,423,300	$0	$0	$1,423,300
COMFACUNDI	CCFZ6	860,045,904	7	9	$1,423,300	$0	$0	$1,423,300
EPS (ADMINISTRADORAS: 2)				9	$1,423,300	$0	$0	$1,423,300
FAMISANAR	EPS017	830,003,564	7	3	$339,400	$0	$0	$339,400
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	6	$1,083,900	$0	$0	$1,083,900
TOTAL				9	$11,203,600	$0	$0	$11,203,600

2024/04/03 02:59 PM

aportes en línea

Planilla Resumen

DATOS GENERALES DEL APORTANTE							
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
NIT 901781400	1	UNION TEMPORAL METROPOLITANO PORVENIR	B - MENOS DE 200 COTIZANTES	PRINCIPAL	Cra 7 # 75- 51	BOGOTA-BOGOTA D.E.	5555555	SI

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2024-03	2024-04	550525376	9465292232	E	2024/04/02	2024/04/02	BANCO DE OCCIDENTE	0	$2,012,900

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO			NOVEDADES	PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS					PARAFISCALES				
No.	Identificación	Nombre	ing ret tde tae tdp tap vsp 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 (2 Afiliados)						$6,500,001	$1,040,100			$6,500,001	$260,100			$6,500,001	$260,100			$6,500,001		$452,600		$0	$0		$2,012,900
Centro de Trabajo: RIESGO 5 (2 Afiliados)						$6,500,001	$1,040,100			$6,500,001	$260,100			$6,500,001	$260,100			$6,500,001		$452,600		$0	$0		$2,012,900
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (2 Afiliados)						$6,500,001	$1,040,100			$6,500,001	$260,100			$6,500,001	$260,100			$6,500,001		$452,600		$0	$0		$2,012,900
1	CC	52421722	GARZON LEYLA X	230301	13	$2,166,667	$346,700	EPS001	13	$2,166,667	$86,700	CCF26	13	$2,166,667	$86,700	14-4	13	$2,166,667	6.960%	$150,900	13	$0	$0	SI	$671,000
2	CC	79882811	VEGA ANDRES X	25-14	13	$4,333,334	$693,400	EPS001	13	$4,333,334	$173,400	CCF26	13	$4,333,334	$173,400	14-4	13	$4,333,334	6.960%	$301,700	13	$0	$0	SI	$1,341,900
Total Afiliados(2)						$6,500,001	$1,040,100			$6,500,001	$260,100			$6,500,001	$260,100			$6,500,001		$452,600		$0	$0		$2,012,900

DATOS GENERALES DEL APORTANTE							
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
NIT 901781400	1	UNION TEMPORAL METROPOLITANO PORVENIR	B - MENOS DE 200 COTIZANTES	PRINCIPAL	Cra 7 # 75- 51	BOGOTA-BOGOTA D.E.	5555555	SI

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2024-03	2024-04	550525376	9465292232	E	2024/04/02	2024/04/02	BANCO DE OCCIDENTE	0	$2,012,900

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 2)				2	$1,040,100	$0	$0	$1,040,100
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	1	$693,400	$0	$0	$693,400
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	$346,700	$0	$0	$346,700
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				2	$452,600	$0	$0	$452,600
COLPATRIA ARP	14-4	860,002,183	9	2	$452,600	$0	$0	$452,600
CCF (ADMINISTRADORAS: 1)				2	$260,100	$0	$0	$260,100
COMFACUNDI	CCF26	860,045,904	7	2	$260,100	$0	$0	$260,100
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				2	$260,100	$0	$0	$260,100
ALIANSALUD EPS (ANTES COLMEDICA)	EPS001	830,113,831	0	2	$260,100	$0	$0	$260,100
TOTAL				2	$2,012,900	$0	$0	$2,012,900

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	79769615-3	JULIO GOYENECHE COBOS	CARRERA 56 No. 89-54 SUR		julio.goyeneche@hotmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	B – menos de 200 c		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
					5	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2024-04	2024-03	E	04/04/2024	75196995	$1,936,100	

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					
EPS001	ALIANSALUD EPS	800130907-4	80.000	0		0		0	14	1.000	0	81.000	1
EPS005	Sanitas EPS	800251440-6	56.000	0		0		0	14	700	0	56.700	1
EPS008	Compensar EPS	860066942-7	36.400	0		0		0	14	500	0	36.900	1
EPS017	Famisanar EPS	830003564-7	52.000	0		0		0	14	700	0	52.700	1
EPS037	Nueva EPS	900156264-2	46.800	0		0		0	14	600	0	47.400	1

TOTALES PENSIÓN

Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
230201	Protección (ING + Protección)	800229739-0	544.000	0	0	0	0	14	6.800	0	550.800	2
230301	Porvenir	800224808-6	353.600	0	0	0	0	14	4.400	0	358.000	2

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										
14-25	Riesgos prof Colmena	800226175-3	472.100				472.100	14	5.900	478.000			4.721	478.000	5

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF22	Colsubsidio	860007336-1	271.200	14	3.400	274.600	5

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	5	271.200	274.700
Pensión	2	897.600	908.800
Riesgos Laborales	1	472.100	478.000
CCF	1	271.200	274.600
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	9	1.912.100	1.936.100

106

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	79769615-3	JULIO GOYENECHE COBOS	CARRERA 56 No. 89-54 SUR		julio.goyeneche@hotmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	B – menos de 200 c		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: 5 / UPC: 0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR
2024-04	2024-03	E	04/03/2024	75196995	$1.936.100

DETALLE POR COTIZANTE

Type your text

INFORMACIÓN COTIZANTE									INFORMACIÓN NOVEDADES																PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES				
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Colocante	Nombre	Extranjero	Cotiz. Variable	Extranjero	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntario o 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	1018488255	JELVER JULIAN MENDOZA VANEGAS	1	0			B	X															230301	1,700,000	280,000	0	0	0	0	EPS008	1,700,000	70,000	14-25	1,700,000	5	63,400	CCF22	1,700000	70,000	0	0	0	0	0
2	CC	80187982	MEDINA MUÑOZ JIMMY RICARDO	1	0			S	X															230201	1,400,000	224,000	0	0	0	0	EPS005	1,400,000	56,000	14-25	1,400,000	5	97,500	CCF22	1,400,000	56,000	0	0	0	0	0
3	CC	3242915	MORALES MARTINEZ MANUEL ANTONIO	1	0			S																230301	1,300,000	208,000	0	0	0	0	EPS017	1,300,000	52,000	14-25	1,300,000	5	90,500	CCF22	1,300,000	52,000	0	0	0	0	0
4	CC	79321445	JUAN PABLO ARDILA CAMACHO	1	0			S																230201	2,000,000	320,000	0	0	0	0	EPS001	2,000,000	80,000	14-25	2,000,000	5	139,200	CCF22	2,000,000	80,000	0	0	0	0	0
5	CC	19258317	AYURE SAMABRIA EUSEBIO	1	5			S	X															230201	1,300,000	208,000	0	0	0	0	EPS037	1,300,000	52,000	14-25	1,300,000	5	81,900	CCF22	1,300,000	52,000	0	0	0	0	0

PAGADA

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

b. Personal Contractual

COLOMBIA POTENCIA DE LA VIDA

Colpensiones

LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES

CERTIFICA QUE

Verificada la base de datos de afiliados, el/la señor/a **INGRID JOHANNA BARRIENTOS MURCIA** identificado/a con documento de identidad **Cédula de Ciudadanía** número **1090495553,** se encuentra afiliado/a desde **14/08/2017** 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 18 de abril de 2024.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

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.

AXA COLPATRIA

INGRESO INDEPENDIENTE

DATOS DE LA EMPRESA

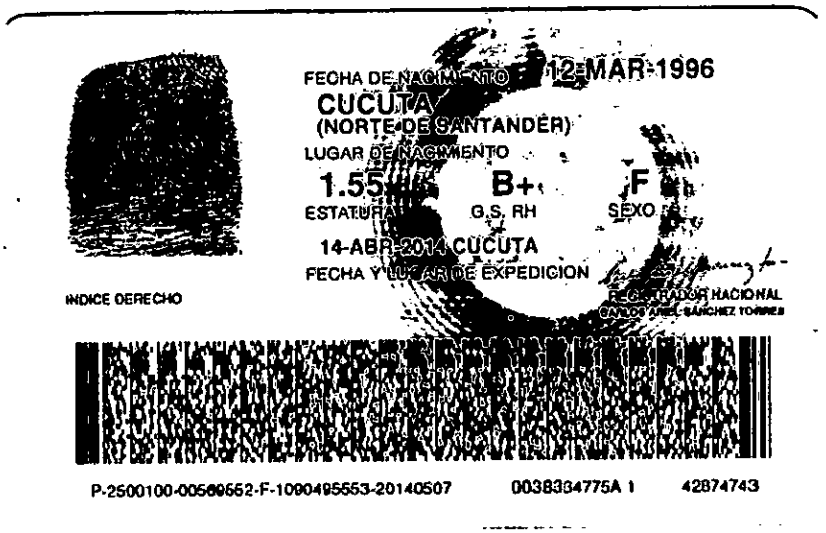
Tipo de Identificación:	NIT
Número de documento:	901781400
Número Afiliación:	9021652
Razón social:	UNION TEMPORAL METROPOLITANO PORVENIR

DATOS DEL TRABAJADOR INDEPENDIENTE

Tipo de documento:	C.C.
Número de documento:	1090495553
Nombre:	INGRID JOHANNA BARRIENTOS MURCIA
Fecha Inicio contrato:	19/04/2024
Fecha Fin contrato:	31/12/2024
Fecha Inicio cobertura:	19/04/2024
Número contrato:	00006
Nit empresa en misión:	0
Código Sucursal	1
Centro de trabajo	1
Fecha hora transacción:	18/04/2024 05:22:51 p.m.

1/0


REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA
NUMERO 1.090.495.553
BARRIENTOS MUÑOZ
APELLIDOS
INGRID JOHANNA
NOMBRES
FIRMA


FECHA DE NACIMIENTO 12-MAR-1996
CUCUTA
(NORTE DE SANTANDER)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.55
ESTATURA
B+
G.S. RH
F
SEXO
14-ABR-2014 CUCUTA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
INDICE DERECHO
P-2500100-00569552-F-1090495553-20140507 0038334775A 1 42874743

COLOMBIA POTENCIA DE LA VIDA

Colpensiones

LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES

CERTIFICA QUE

Verificada la base de datos de afiliados, el/la señor/a **CESAR WILLREÑN FERNANDEZ SOLER** identificado/a con documento de identidad **Cédula de Ciudadanía** número **80109419,** se encuentra afiliado/a desde **18/12/2009** 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 02 de abril de 2024.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

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.

AXA COLPATRIA

INGRESO INDEPENDIENTE

DATOS DE LA EMPRESA

Tipo de Identificación:	NIT
Número de documento:	901781400
Número Afiliación:	9021652
Razón social:	UNION TEMPORAL METROPOLITANO PORVENIR

DATOS DEL TRABAJADOR INDEPENDIENTE

Tipo de documento:	C.C.
Número de documento:	80109419
Nombre:	CESAR WILLREÑN FERNANDEZ SOLER
Fecha Inicio contrato:	06/04/2024
Fecha Fin contrato:	05/01/2025
Fecha Inicio cobertura:	06/04/2024
Número contrato:	00005
Nit empresa en misión:	0
Código Sucursal	1
Centro de trabajo	1
Fecha hora transacción:	4/4/2024 11:46:21 AM

114

CÉDULA DE CIUDADANÍA

REPÚBLICA DE COLOMBIA

NUIP 80.109.419



Apellidos
FERNANDEZ SOLER

Nombres
CESAR WILLREÑN

Nacionalidad	Estatura	Sexo
COL	1.74	M
Fecha de nacimiento	G.S.	
16 JUL 1981	O+	

Lugar de nacimiento
BOGOTA D.C. (CUNDINAMARCA)

Fecha y lugar de expedición
10 DIC 1999, BOGOTA D.C.

Firma

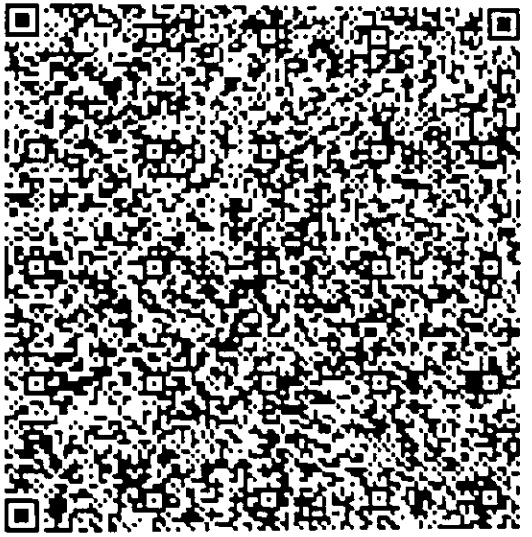
Fecha de expiración
18 OCT 2032

Powered by CamScanner

.CO

0067906 46

REGISTRADOR NACIONAL
Alexander Vega Rocha



Powered by CamScanner

ICCOL0067906462150 01<<<<<<<<<<<
8107167M3210189COL80109419<<<7
FERNANDEZ<SOLER<<CESAR<WILLREN

EPS Sanitas

Nuestro compromiso es contigo

CE-006 - 0000000100 – 2024

CERTIFICA

Que la(s) persona(s) relacionada(s) a continuación está(n) o ha(n) estado afiliada(s) a

TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	CC 80109419
NOMBRES Y APELLIDOS	Fernandez Soler,Cesar Willreñn
TIPO DE AFILIADO	Titular
TIPO DE TRABAJADOR	Dependiente
FECHA DE AFILIACIÓN AL REGIMEN	02/01/2020
ESTADO DE AFILIACIÓN	Vigente
ESTADO DE SERVICIO	Habilitado
REGIMEN	Contributivo

La presente se expide a nombre de Fernandez Soler,Cesar Willreñn, a los 02 días del mes de abril del año 2024.

NOTA: Esta certificación no constituye aprobación de traslado, ni es documento válido para solicitar servicios médicos.

Banny Yeritza Sarmiento Vanegas
Coordinador Gestión de la Afiliación

117

AXA COLPATRIA

INGRESO INDEPENDIENTE

DATOS DE LA EMPRESA

Tipo de Identificación:	NIT
Número de documento:	901781400
Número Afiliación:	9021652
Razón social:	UNION TEMPORAL METROPOLITANO PORVENIR

DATOS DEL TRABAJADOR INDEPENDIENTE

Tipo de documento:	C.C.
Número de documento:	1070956933
Nombre:	JUAN JAVIER ESPINEL SILVA
Fecha Inicio contrato:	06/04/2024
Fecha Fin contrato:	31/12/2024
Fecha Inicio cobertura:	06/04/2024
Número contrato:	00004
Nit empresa en misión:	0
Código Sucursal	1
Centro de trabajo	1
Fecha hora transacción:	3/4/2024 5:07:25 PM

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **1.070.956.933**
ESPINEL SILVA

APELLIDOS
JUAN JAIVER

NOMBRES

FIRMA



Scanned by CamScanner



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 10-MAR-1990

FACATATIVA
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.73	O+	M
ESTATURA	G.S. RH	SEXO

19-MAR-2008 FACATATIVA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

P-1507600-00164004-M-1070956933-20090723 0013812116A 1 25912290

Scanned by CamScanner

120

PAGOSIMPLE | AUTOLIQUIDACION CONSOLIDADA

Fecha creación reporte: 2024-04-01, 04:04:21 P. M. Tipo Planilla: I: PLANILLA INDEPENDIENTES Número Planilla: 1061930114

Periodo Cotización: marzo de 2024 Periodo Servicio: marzo de 2024 Referencia pago 8810390591

PAGADA 01/04/2024

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	JUAN JAIVER ESPINEL SILVA		
Documento	CC1070956933	Dirección	CL 15 #18 - 74
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	Teléfono	3118778828
Tipo Persona	NATURAL	Forma Presentación	ÚNICO
Ciudad	FACATATIVA	Departamento	CUNDINAMARCA
Representante Legal		Identificación	
Total Afiliados	1	ARP	POSITIVA DE SEGUROS

II. DETALLE DEL APORTANTE

Datos 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	Dias AFP	Dias EPS	Dias ARP	Dias 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 Mineducación	Total
CC 1070956933	JUAN JAIVER ESPINEL SILVA	59	0																	0	30	30	30	0	(25-14) COLPENSIONES	$1,300,000	$208,000	(EPS017) FAMISANAR EPS	$1,300,000	$162,500	1.044	$1,300,000	$13,600	(MIN-CC) NINGUNA CCF	$0	$0	$0	$0	$0	$0	$384,100

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	Incapacidades ARP	SUBTOTAL SIN INTERESES DE MORA	TOTAL INTERESES DE MORA	TOTAL FINAL
$1,300,000	$1,300,000	$1,300,000	$0	$208,000	$162,500	$13,600	$0	$0	$0	$0	$0	$0	$0	$384,100	$0	$384,100

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

¡El Poder de lo SIMPLE!

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

121

aportes en línea

Planilla Resumen

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
NIT 901781400	1	UNION TEMPORAL METROPOLITANO PORVENIR	B - MENOS DE 200 COTIZANTES	PRINCIPAL	Cra 7 # 75- 51	BOGOTA-BOGOTA D.E.	5555555	SI

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2024-04	2024-04	616699834	9466723985	Y	2024/05/03	2024/05/03	BANCO DE OCCIDENTE	0	$583,800

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO				NOVEDADES		PENSION			SALUD				CCF			RIESGOS					PARAFISCALES				
No.	Identificación	Nombre	ingreti	de	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	Tarifa	Aporte	Dias	IBC	Aporte	Exonerado SENA e ICBF	Total Aportes
SUCURSAL: PRINCIPAL (7 Afiliados)																					$0	$0			$0	$0			$8,383,335		$583,800		$0	$0		$583,800
Centro de Trabajo: RIESGO 5 (7 Afiliados)																					$0	$0			$0	$0			$8,383,335		$583,800		$0	$0		$583,800
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (7 Afiliados)																					$0	$0			$0	$0			$8,383,335		$583,800		$0	$0		$583,800
1	CC	16755981	BARRETO GUSTAVO																0	0	$0	$0	0	0	$0	$0	14-4	30	$1,400,000	6.960%	$97,500	0	$0	$0	No	$97,500
2	CC	1090495553	BARRIENTOS INGRID	X															0	0	$0	$0	0	0	$0	$0	14-4	12	$520,000	6.960%	$36,200	0	$0	$0	No	$36,200
3	CC	1057581903	CHAPARRO SARA																0	0	$0	$0	0	0	$0	$0	14-4	30	$1,300,000	6.960%	$90,500	0	$0	$0	No	$90,500
4	CC	1070956933	ESPINEL JUAN	X															0	0	$0	$0	0	0	$0	$0	14-4	25	$1,083,334	6.960%	$75,500	0	$0	$0	No	$75,500
5	CC	80109419	FERNANDEZ CESAR	X															0	0	$0	$0	0	0	$0	$0	14-4	25	$2,433,334	6.960%	$169,400	0	$0	$0	No	$169,400
6	CC	68248723	INFANTE CLAUDIA																0	0	$0	$0	0	0	$0	$0	14-4	30	$1,300,000	6.960%	$90,500	0	$0	$0	No	$90,500
7	CC	52764737	RAMIREZ LAURA	X															0	0	$0	$0	0	0	$0	$0	14-4	8	$346,667	6.960%	$24,200	0	$0	$0	No	$24,200
Total Afiliados(7)																					$0	$0			$0	$0			$8,383,335		$583,800		$0	$0		$583,800

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
NIT 901781400	1	UNION TEMPORAL METROPOLITANO PORVENIR	B - MENOS DE 200 COTIZANTES	PRINCIPAL	Cra 7 # 75- 51	BOGOTA-BOGOTA D.E.	5555555	SI

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2024-04	2024-04	616699834	9466723985	Y	2024/05/03	2024/05/03	BANCO DE OCCIDENTE	0	$583,800

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				7	$583,800	$0	$0	$583,800
COLPATRIA ARP	14-4	860,002,183	9	7	$583,800	$0	$0	$583,800
TOTAL				**7**	**$583,800**	**$0**	**$0**	**$583,800**

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 68248723		INFANTE JAIMES CLAUDIA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	Carrera 15B 13 41	PIEDECUESTA-SANTANDER	8891132	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2024-04	2024-04	637700864	9465951738	I	2024/05/08	2024/05/14	BANCOLOMBIA	6	$372,400

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 (1 Afiliados)							$1,300,000	$208,000			$1,300,000	$162,500			$0	$0			$0	$0		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)							$1,300,000	$208,000			$1,300,000	$162,500			$0	$0			$0	$0		$0	$0
Ciudad: PIEDECUESTA Depto: SANTANDER (1 Afiliados)							$1,300,000	$208,000			$1,300,000	$162,500			$0	$0			$0	$0		$0	$0
1	CC	68248723	INFANTE CLAUDIA	230301	30		$1,300,000	$208,000	EPS046	30	$1,300,000	$162,500		0	$0	$0		0	$0	$0	0	$0	$0
Total Afiliados(1)							$1,300,000	$208,000			$1,300,000	$162,500			$0	$0			$0	$0		$0	$0

2024/05/14 01:45 PM

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 68248723		INFANTE JAIMES CLAUDIA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	Carrera 15B 13 41	PIEDECUESTA-SANTANDER	8891132	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2024-03	2024-03	637693084	9464673114	I	2024/04/05	2024/05/14	BANCOLOMBIA	39	$382,600

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$208,000	$6,800	$0	$214,800
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	$208,000	$6,800	$0	$214,800
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$162,500	$5,300	$0	$167,800
SALUD MIA EPS	EPS046	900,914,254	1	1	$162,500	$5,300	$0	$167,800
TOTAL				1	$370,500	$12,100	$0	$382,600

125

2024/05/14 01:43 PM

SuAporte | REPORTE INDIVIDUA

Fecha creación reporte 2024-04-01, 12:24:43 p. m. **Tipo Planilla** I **Número Planilla** 69210958

Periodo Cotización 202403 **Periodo Servicio** 202403

PAGADA 2024-04-01 12:18:09.0

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	GUSTAVO ADOLFO BARRETO ALVARADO				
Documento	CC 16755981	**Dirección**	CL 188 #55 - 69 INTERIOR 8 APTO 103		
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	**Teléfono**	6017160131		
Tipo Persona	NATURAL	**Forma Presentación**	ÚNICO	**Total Afiliados**	1
Ciudad	BOGOTA D.C.	**Departamento**	BOGOTA D.C.		
Representante Legal		**Identificación**			

II. DATOS DEL AFILIADO

Documento	CC 16755981		**Residente**		**Exonerado**	**N**	**Apellidos y Nombres**	**Código Ciudad - Departamento**	**Centro de Trabajo**	**Ubicación Laboral**
Tipo Cotizante	57	00					BARRETO ALVARADO GUSTAVO ADOLFO	11001000 - 11		BOGOTA D.C.

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

Novedades																											Extranjero	Tipo salario	Salario	Pensión							Salud						Riesgos					Caja				Parafiscales			
ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	COR	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	Días AFP	Días EPS	Días ARP	Días CCF				Código AFP	Código Tras. AFP	Tarifa AFP	IBC	Total Aporte AFP	Total Aporte FSP	Total Aporte FSPS	Código EPS	Código Tras. EPS	Tarifa EPS	IBC EPS	Aporte Salud	Aporte UPC	Código ARL	Clase Riesgo	Tarifa ARL	IBC ARL	Aporte Riesgos	Código CCF	Tarifa CCF	IBC CCF	Aporte Caja	Tarifa SENA	Aporte SENA	Tarifa ICBF	Aporte ICBF
															0	30	30	30	0			$ 3.000.000	230201		16 %	$ 3.000.000	$ 480.000	$ 0	$ 0	EPS017		12,5 %	$ 3.000.000	$ 375.000	$ 0	14-11	2	1,044 %	$ 3.000.000	$ 31.400	NIN-CC	0 %	$ 0	$ 0	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
PROTECCION	FSP SOLIDARIDAD	FSP SUBSISTENCIA	FAMISANAR EPS	ARL SURA	NINGUNA CCF	SENA	ICBF	ESAP	MEN	
$ 480.000	$ 0	$ 0	$ 375.000	$ 31.400	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 886.400

Enlace Operativo, 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.

126

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	1057581903	Sara Eutalia Chaparro Gordillo	Carrera 116 b # 76B -62	3204386100	sarageology19@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente		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
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2024-03	2024-03	I	10/04/2024	76241656	$459.200	

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					
EPS005	Sanitas EPS	800251440-6	200.000	0		0		0	8	1.400	0	201.400	1

TOTALES PENSIÓN

Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
230301	Porvenir	800224808-8	256.000	0	0	0	0	8	1.800	0	257.800	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										

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	1	200.000	201.400
Pensión	1	256.000	257.800
Riesgos Laborales	0	0	0
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	2	456.000	459.200

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

127

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	1057581903	Sara Eutalia Chaparro Gordillo	Carrera 116 b # 78B -62	3204386100	sarageology19@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I - Independiente		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
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2024-03	2024-03	I	10/04/2024	76241656	$459.200	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE								INFORMACIÓN NOVEDADES														PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES					
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Cotiza exterior	Extranjero	IRP	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	INL	DIRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntario a Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Días a Pagar	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
1	CC	1057581903	Chaparro Gordillo Sara Eutalia	3	0			N																	230301	1.600.000	256.000	0	0	0	0	EPS005	1.600.000	200.000			0	0		0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

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

COLOMBIA POTENCIA DE LA VIDA

Colpensiones

LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES

CERTIFICA QUE

Verificada la base de datos de afiliados, el/la señor/a **EDUARD ANTONIO CORREDOR REYES** identificado/a con documento de identidad **Cédula de Ciudadanía** número **80383913,** se encuentra afiliado/a desde **01/12/2015** 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 01 de abril de 2024.

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.

129

AXA COLPATRIA

INGRESO EMPLEADO

DATOS DE LA EMPRESA

Tipo de Identificación:	NIT
Número de documento:	901781400
Número Afiliación:	9021652
Razón social:	UNION TEMPORAL METROPOLITANO PORVENIR

DATOS DEL EMPLEADO:

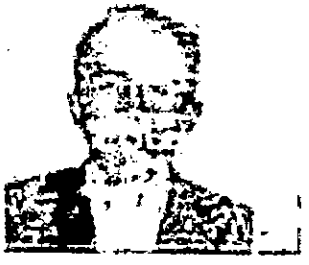
Tipo de documento:	CÉDULA
Número de Documento	80383913
Nombre:	EDUÀRD ANTONIO CORREDOR REYES
Fecha Ingreso:	04/04/2024
Salario básico:	5,000,000
Nit empresa en misión:	0
Código Sucursal:	1
Centro de trabajo:	1
Tasa:	6.960
Fecha hora transacción:	3/4/2024 4:13:43 PM

130

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL

80.383.913
CORREDOR REYES

EDUARD ANTONIO



01-NOV-1969

BOGOTA D.C.

1.65 O+ M



EPS Sanitas

CE-006 - 0000000100 - 2024

CERTIFICA

Que la(s) persona(s) relacionada(s) a continuación está(n) o ha(n) estado afiliada(s) a

TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	CC 80383913
NOMBRES Y APELLIDOS	Corredor Reyes,Eduard Antonio
TIPO DE AFILIADO	Titular
TIPO DE TRABAJADOR	Dependiente
FECHA DE AFILIACIÓN AL REGIMEN	16/06/2011
ESTADO DE AFILIACIÓN	Vigente
ESTADO DE SERVICIO	Habilitado
REGIMEN	Contributivo

La presente se expide a nombre de Corredor Reyes,Eduard Antonio, a los 01 días del mes de abril del año 2024.

NOTA: Esta certificación no constituye aprobación de traslado, ni es documento válido para solicitar servicios médicos.

Banny Sarmiento

Banny Yeritza Sarmiento Vanegas
Coordinador Gestión de la Afiliación

132

Colfondos
del grupo HABITAT

COLFONDOS S.A. PENSIONES Y CESANTIAS

CERTIFICA QUE:

El(la) Señor(a) ORLANDO YESID HERNANDEZ AMORTEGUI identificado(a) con C.C No. 80.756.447, se encuentra afiliado(a) al Fondo Pensiones Obligatorias NIT 800.227.940-6.

Se expide la presente certificación a solicitud del afiliado(a) el dia 03 de abril del 2024.

El presente certificado es emitido como un archivo PDF y contiene una firma digitalizada válida para todos sus efectos de conformidad con lo dispuesto en la Ley 527 de 1999.

Cualquier inquietud adicional no dude en escribirnos a través de nuestro portal transaccional www.colfondos.com.co opción PQR's, o comuníquese con nuestro Contact Center a través de las siguientes líneas Bogotá 601 748 48 88, Barranquilla 605 386 98 88, Bucaramanga 607 698 58 88, Cali 602 489 98 88, Cartagena 605 694 98 88, Medellín 604 604 28 88 y en el resto del país 01 800 05 10000.

Leonardo Cáceres García
Gerente Cuentas y Recaudo
Colfondos S.A Pensiones y Cesantías

137

AXA COLPATRIA

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

CERTIFICA QUE

ORLANDO YESID HERNANDEZ AMORTEGUI identificado(a) con Cédula de Ciudadanía 80.756.447, ha estado vinculado con las siguientes empresas:

Numero Afiliacion	Empresa	Estado	Fecha de inicio de cobertura	Fecha de Retiro
9021652	UNION TEMPORAL METROPOLITANO PORVENIR	ACTIVO	06/04/2024	
9019301	CYG INGENIERIA Y CONSTRUCCIONES S A S	ACTIVO	01/10/2023	
9004018	CONSORCIO COMETAS 2020	RETIRADO	01/03/2021	16/07/2023
80048890	CONSORCIO CYG DISICO PROING IPIALES	RETIRADO	13/03/2018	30/06/2018
213611	INVERSIONES Y CONSTRUCCIONES TAMBAKU S A	RETIRADO	17/06/2017	31/01/2018
10868	IMPULSO Y MERCADEO S.A	RETIRADO	29/04/2002	02/06/2003

Las fechas de ingreso y retiro corresponden a las últimas novedades registradas por el empleador.

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 03 dias del mes de mayo de 2024

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

134

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 80756447

HERNANDEZ AMORTEGUI

ORLANDO YEGID



FIRMA



HUELLA DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 09-ABR-1983
BOGOTA D.C.
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.74 ESTATURA | O+ G.S. RH | M SEXO

09-ABR-2001 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
IVAN DUQUE ESCOBAR



P-1503111-43090692-M-0080756447-20011228 0593401361D 01 110999011

135

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

Salud Total EPS-S

No de Radicacion	Fecha de Radicación
4012148723	1|2|0|4|2|0|2|4

I. DATOS DEL TRÁMITE (Lea las instrucciones que se encuentran anexas al fromulario antes de diligenciarlo)

1.tipo de tramite	2.Tipo afiliacion		3.Regimen
A. Afiliación ☐ B.Reporte de Novedades ☒	B. Colectiva ☐	A. Individual: -Cotizante Cabeza de familia ☒ -Beneficiario afiliado adicional ☐ B. Institucional ☐ B. De oficio ☐	A.Contributivo ☒ B.Subsidiado ☐

4. Tipo de afiliado	5. Tipo de cotizante	Codigo (a registrar por la EPS)
A. Cotizante ☒ B. Cabeza de Familia ☐ C. Beneficiario ☐	A. Dependiente ☒ B. Independiente ☐ C. Pensionado ☐	1

A. AFILIACIÓN

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

6.Apellidos y nombres			
HERNANDEZ (Primer apellido)	AMORTEGUI (Segundo apellido)	ORLANDO (Primer nombre)	YESID (Segundo nombre)
7.Tipo documento de identidad	**8.Número del documento de identidad**	**9.Sexo**	**10.Fecha de nacimiento**
CC	80756447	Femenino ☐ Masculino ☒	0|9|0|4|1|9|8|3

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

Datos personales

11a	12.Discapacidad		13.Puntaje SISBEN	14.Grupo de poblacion especial
6	Tipo F N M	Condicion T P		

15. Administradora de riesgos Laborales - ARL	16. Administradora de Pensiones	17. Ingreso base de cotizacion - IBC
AXA COLPATRIA SEGUROS DE VIDA S.A	COLFONDOS	5775000

18.Residencia			
CL 134 D 46 21.. (Dirección)	Telefono fijo	3187679084 (Telefono celular)	OHERNANDEZ@CYG.COM.CO (Correo electronico)
BOGOTA (Municipio/Distrito)	zona: Urbana ☒ Rural ☐	57 (Localidad / comuna)	BOGOTA (Departamento)

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 completos			
Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre
20. Tipo documento de identidad	**21. Número documento identidad**	**22. Sexo**	**23. Fecha de nacimiento**
		Femenino ☐ Masculino ☐	

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 documento de identidad	26. Número de identidad	27.Sexo Femenino	27.Sexo Masculino	28.Fecha de nacimiento
B1					

Datos complementarios

	29.Parentesco	30. Etnia	31. Discapacidad Tipo F	Tipo N	Tipo M	Condición T	Condición P
B1							
B2							
B3							
B4							
B5							

32. Datos de residencia

	Municipio/Distrito	Zona Urbana	Zona 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						

Seleccion de la IPS Primaria

		34. Nombre de la Institución Prestadora de Salud - IPS	Codigo de la IPS(a registrar por la EPS)
C		VS CLINICA SUBA - VS CLINICA SUBA	VSCLINSUBA - VSCLINSUBA
B		-	-
B		-	-
B		-	-

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

35. Nombre o razón social	36. Tipo de identificación	37. Numero de documento de Identificación	38. Tipo de aportante o pagador de pensiones(a registrar por la EPS)
UNION TEMPORAL METROPOLITANO PORVENIR	NIT	901781400	01

39.Ubicación				
CR 7 75 50 (Dirección)	3187679084 (Teléfono)	UTMETROPOLITANOPORVENIR@CYG.COM.CO (Correo electrónico)	BOGOTA (Municipio/distrito)	BOGOTA (Departamento)

136

No de Radicacion
4012148723

B. REPORTE DE NOVEDADES

40. Tipo de Novedad

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

VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

41. Datos básicos de la Identificación

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

Tipo documento de Identidad	Número documento de Identidad	Sexo	Fecha de nacimiento	42.Fecha
		Femenino ☐ Masculino ☐		0|6|0|4|2|0|2|4

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

CLARACIONES 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 o caso fortuito que impiden la entrega de documentos que acreditan la condición de beneficiarios.
49. ☐ Declaración de no internación del cotizante,cabeza de familia ,beneficiarios o afiliados adicionales en una Institución Prestadora de Salud .
50. ☐ Autorización para que la EPS solicite y obtenga datos y copia de la historia clinica 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 del reporte de novedades a la base de datos de afiliados vigente y a las entidades públicas que poir 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 Decr eto 1377 de 2013
53. ☒ Autorización para que la EPS envie información al correo electronico o celular como mensaje de texto

VIII. FIRMAS

54. Cotizante o cabeza de familia o beneficiario	55. El empleador aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva Institucional o de oficio
Orlando Yeid Hernandez A.	

IX.ANEXOS

- ☐ 56.Anexo Copia del documento de Identidad: CN. ☐ RC. ☐ TI. ☐ CC. ☐ PA. ☐ CE. ☐ CD. ☐ SC. ☐ Cantidad: ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐ Total: 0
- ☐ 57 Copia del dictamen de incapacidad permanente emitido por la autoridad competente.
  Copia registro civil de matrimonio, o de la escritura pública,acta de conciliación o sentencia judicial que declare la union marital.
- ☐ 58. Copia de la escritura pública o sentencia judicial que declare el divorcio ,sentencia judicial para que declare la separación de cuerpos y escritura pública,acta de conciliación o sentencia judicial que declare la terminación de la union marital.
- ☐ 60. Copia certificado de adopción o acta de entrega del menor
- ☐ 61.Copia orden judicial o acto administrativo de custodia.
- ☐ 62.Documento en que conste la perdida de la patria potestad, o el certificaco de defunción de los padres o la declaración suscrita por el cotizante sobre la ausencia de los 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 consiste 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 ficha	Puntaje	Nivel	68. Fecha de radicación	69. Fecha de validación

70. Datos funcionario que realiza la validación

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

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

Observaciones

Recuerde que la firma, al final del formulario, valida las declaraciones marcadas y/o diligenciadas en el capítulo VII Declaraciones y IX. Autorizaciones, así como la veracidad de las demás información registrada.

137

Protección

Fondo de Pensiones Obligatorias Protección

NIT 800.229.739

Hace constar que:

El(la) Señor(a) **UBAQUE RODRIGUEZ PEDRO ANTONIO** identificado(a) con **CC** número **19.474.886** se encuentra afiliado(a) en Pensiones Obligatorias a PROTECCIÓN, desde el día 01 de septiembre de 1994 y sus recursos se encuentran en el **FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PROTECCIÓN CONSERVADOR.**

Esta constancia se expide a petición del interesado(a) el día 04 de abril de 2024.

Cordialmente,

Cesar Mauricio Aubad Echeverry
Equipo Soporte para Clientes

*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

2024040415215

138

AXA COLPATRIA

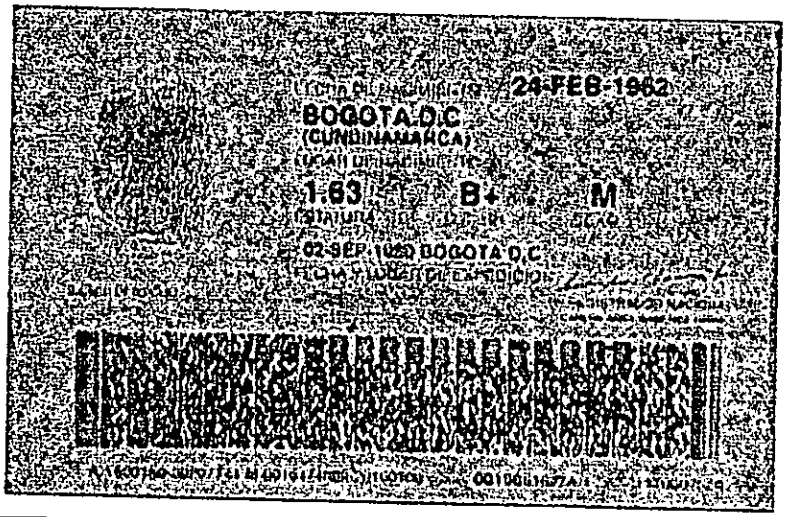
INGRESO EMPLEADO

DATOS DE LA EMPRESA

Tipo de Identificación:	NIT
Número de documento:	901781400
Número Afiliación:	9021652
Razón social:	UNION TEMPORAL METROPOLITANO PORVENIR

DATOS DEL EMPLEADO:

Tipo de documento:	CÉDULA
Número de Documento	19474886
Nombre:	PEDRO ANTONIO UBAQUE RODRIGUEZ
Fecha Ingreso:	06/04/2024
Salario básico:	2,200,000
Nit empresa en misión:	0
Código Sucursal:	1
Centro de trabajo:	1
Tasa:	6.960
Fecha hora transacción:	5/4/2024 4:03:18 PM



24-FEB-1962
BOGOTA D.C.
(CUNDINAMARCA)
1.63 B+ M
02-SEP-1982 BOGOTA D.C.



REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA
19.474.886
UBAQUE RODRIGUEZ
PEDRO ANTONIO

COLOMBIA POTENCIA DE LA VIDA

ADRES Salud

ADMINISTRADORA DE LOS RECURSOS DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD - ADRES

Información de afiliación en la Base de Datos Única de Afiliados – BDUA en el Sistema General de Seguridad Social en Salud

Resultados de la consulta

Información Básica del Afiliado :

COLUMNAS	DATOS
TIPO DE IDENTIFICACIÓN	CC
NÚMERO DE IDENTIFICACION	19474886
NOMBRES	PEDRO ANTONIO
APELLIDOS	UBAQUE RODRIGUEZ
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	CUNDINAMARCA
MUNICIPIO	SOACHA

Datos de afiliación :

ESTADO	ENTIDAD	REGIMEN	FECHA DE AFILIACIÓN EFECTIVA	FECHA DE FINALIZACIÓN DE AFILIACIÓN	TIPO DE AFILIADO
ACTIVO	EPS FAMISANAR S.A.S.	CONTRIBUTIVO	01/11/2019	31/12/2999	COTIZANTE

Fecha de Impresión:	04/04/2024 13:47:52	Estación de origen:	192.168.70.220

La información registrada en esta página es reflejo de lo reportado por las entidades del Régimen Subsidiado y el Régimen Contributivo, en cumplimiento de la Resolución 1133 de 2021 del Ministerio de Salud y Protección Social y las Resoluciones 2153 de 2021 y 762 de 2023 de la ADRES, normativa por la cual se adopta el anexo técnico, los lineamientos y especificaciones técnicas y operativas para el reporte y actualización de las bases de datos de afiliación que opera la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud - ADRES".

Respecto a las fechas de afiliación contenidas en esta consulta, se aclara que la **Fecha de Afiliación Efectiva** hace referencia a la fecha en la cual inicia la afiliación para el usuario, la cual fue reportada por la EPS o EOC, sin importar que haya estado en el Régimen Contributivo o en el Régimen Subsidiado en dicha entidad. Ahora bien, la **Fecha de Finalización de Afiliación**, establece el término de la afiliación a la entidad de acuerdo con la fecha de la novedad que haya presentado la EPS o EOC. A su vez se aclara que la fecha de 31/12/2999 determina que el afiliado se encuentra vinculado con la entidad que genera la consulta.

La responsabilidad por la calidad de los datos y la información reportada a la Base de Datos Única de Afiliados - BDUA, junto con el reporte oportuno de las novedades para actualizar la base de datos, corresponde directamente a su fuente de información; en este caso de las EPS, EOC y EPS-S.

141

aportes en línea

Planilla Resumen

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	. Sucursal Principal	Direccion	. Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
NIT 800140959	1	CYG INGENIERIA Y CONSTRUCCIONES S.A.S	B - MENOS DE 200 COTIZANTES	ADMINISTRACION	Cra. 7 No. 75-51 Off: 602	BOGOTA-BOGOTA D.E.	6401500	SI

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2024-03	2024-04	572108358	9465459235	E	2024/04/12	2024/04/12	BANCO DE OCCIDENTE	0	$31,074,600

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

No.	Identificación	Nombre	Novedades	PENSION Codigo	Días	IBC	Aporte	SALUD Codigo	Días	IBC	Aporte	CCF Codigo	Días	IBC	Aporte	RIESGOS Codigo	Días	IBC	Tarifa	Aporte	PARAFISCALES Días	IBC	Aporte	Exonerado SENA e ICBF	Total Aportes
SUCURSAL: ADMINISTRACION (24 Afiliados)						$105,370,000	$17,545,600			$107,318,054	$5,290,600			$107,121,334	$4,285,500			$107,318,054		$371,400		$11,830,000	$591,500		$31,074,600
Centro de Trabajo: CENTRO TRABAJO 1 (12 Afiliados)						$54,490,001	$9,048,500			$54,490,001	$2,179,700			$54,490,001	$2,179,700			$54,490,001		$285,000		$0	$0		$13,692,900
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (12 Afiliados)						$54,490,001	$9,048,500			$54,490,001	$2,179,700			$54,490,001	$2,179,700			$54,490,001		$285,000		$0	$0		$13,692,900
1	CC	1022412319	AGUIRRE ANGIE	23100 1	30	$4,500,000	$720,000	EPS005	30	$4,500,000	$180,000	CCF22	30	$4,500,000	$180,000	14-4	30	$4,500,000	0.522%	$23,500	30	$0	$0	SI	$1,103,500
2	CC	52388739	CARREÑO NELLY	23030 1	30	$2,100,000	$336,000	EPS005	30	$2,100,000	$84,000	CCF22	30	$2,100,000	$84,000	14-4	30	$2,100,000	0.522%	$11,000	30	$0	$0	SI	$515,000
3	CC	52810891	CASTILLO LADY	25-14	30	$3,700,000	$592,000	EPS005	30	$3,700,000	$148,000	CCF22	30	$3,700,000	$148,000	14-4	30	$3,700,000	0.522%	$19,400	30	$0	$0	SI	$907,400
4	CC	1136909991	GALVAN HELYANA	23020 1	27	$1,710,000	$273,600	EPS010	27	$1,710,000	$68,400	CCF22	27	$1,710,000	$68,400	14-4	27	$1,710,000	0.522%	$9,000	27	$0	$0	SI	$419,400
5	CC	1233903207	MARQUEZ PAULA	23030 1	30	$2,000,000	$320,000	EPS005	30	$2,000,000	$80,000	CCF22	30	$2,000,000	$80,000	14-4	30	$2,000,000	0.522%	$10,500	30	$0	$0	SI	$490,500
6	CC	1110531763	MONTAÑO ANGIE	23030 1	28	$2,613,334	$418,200	EPS005	28	$2,613,334	$104,600	CCF22	28	$2,613,334	$104,600	14-4	28	$2,613,334	0.522%	$13,700	28	$0	$0	SI	$641,100
7	CC	1013641338	MORENO ANGIE	23030 1	17	$2,266,667	$362,700	EPS017	17	$2,266,667	$90,700	CCF22	17	$2,266,667	$90,700	14-4	17	$2,266,667	0.522%	$11,900	17	$0	$0	SI	$556,000
8	CC	1014214014	ORTIZ AURA	23030 1	30	$10,000,000	$1,700,000	EPS005	30	$10,000,000	$400,000	CCF22	30	$10,000,000	$400,000	14-4	30	$10,000,000	0.522%	$52,200	30	$0	$0	SI	$2,552,200
9	CC	86062727	RODRIGUEZ CARLOS	25-14	30	$7,000,000	$1,190,000	EPS005	30	$7,000,000	$280,000	CCF22	30	$7,000,000	$280,000	14-4	30	$7,000,000	0.522%	$36,600	30	$0	$0	SI	$1,786,600
10	CC	17342734	RODRIGUEZ LEONARDO	25-14	30	$8,000,000	$1,360,000	EPS001	30	$8,000,000	$320,000	CCF22	30	$8,000,000	$320,000	14-4	30	$8,000,000	0.522%	$41,800	30	$0	$0	SI	$2,041,800
11	CC	1037369669	SALAZAR RODRIGO	23030 1	30	$2,600,000	$416,000	EPS005	30	$2,600,000	$104,000	CCF22	30	$2,600,000	$104,000	14-4	30	$2,600,000	0.522%	$13,600	30	$0	$0	SI	$637,600
12	CC	52708821	SEPULVEDA SANDRA	23100 1	30	$8,000,000	$1,360,000	EPS008	30	$8,000,000	$320,000	CCF22	30	$8,000,000	$320,000	14-4	30	$8,000,000	0.522%	$41,800	30	$0	$0	SI	$2,041,800
Centro de Trabajo: CENTRO TRABAJO 2 (3 Afiliados)						$5,050,000	$808,000			$5,050,000	$202,000			$5,050,000	$202,000			$5,050,000		$52,900		$0	$0		$1,264,900
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (3 Afiliados)						$5,050,000	$808,000			$5,050,000	$202,000			$5,050,000	$202,000			$5,050,000		$52,900		$0	$0		$1,264,900
13	CC	1101441715	CORTES GRACIELA	23030 1	30	$1,850,000	$296,000	EPS005	30	$1,850,000	$74,000	CCF22	30	$1,850,000	$74,000	14-4	30	$1,850,000	1.044%	$19,400	30	$0	$0	SI	$463,400
14	CC	53165441	OZUNA DILIA	23030 1	30	$1,300,000	$208,000	EPS010	30	$1,300,000	$52,000	CCF22	30	$1,300,000	$52,000	14-4	30	$1,300,000	1.044%	$13,600	30	$0	$0	SI	$325,600
15	CC	64589089	VERGARA LIDIA	23030 1	30	$1,900,000	$304,000	EPS017	30	$1,900,000	$76,000	CCF22	30	$1,900,000	$76,000	14-4	30	$1,900,000	1.044%	$19,900	30	$0	$0	SI	$475,900
Centro de Trabajo: CENTRO TRABAJO 5 (9 Afiliados)						$41,980,000	$7,041,200			$43,438,334	$2,743,200			$43,438,334	$1,737,600			$43,438,334		$3,023,500		$11,830,000	$591,500		$15,137,000
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (9 Afiliados)						$41,980,000	$7,041,200			$43,438,334	$2,743,200			$43,438,334	$1,737,600			$43,438,334		$3,023,500		$11,830,000	$591,500		$15,137,000
16	CC	79685757	CLAVIJO JOSE	25-14	30	$11,830,000	$2,011,200	EPS008	30	$11,830,000	$1,478,800	CCF22	30	$11,830,000	$473,200	14-4	30	$11,830,000	6.960%	$823,400	30	$11,830,000	$591,500	No	$5,378,100
17	CC	79221656	ESPALZA ANDRES	23020 1	30	$7,000,000	$1,190,000	EPS005	30	$7,000,000	$280,000	CCF22	30	$7,000,000	$280,000	14-4	30	$7,000,000	6.960%	$487,200	30	$0	$0	SI	$2,237,200
18	CC	1023880850	JIMENEZ CINDY	23020 1	25	$2,500,000	$400,000	EPS008	25	$2,500,000	$100,000	CCF22	25	$2,500,000	$100,000	14-4	25	$2,500,000	6.960%	$174,000	25	$0	$0	SI	$774,000
19	CC	80198021	LOZANO PEDRO	25-14	30	$2,800,000	$448,000	EPS005	30	$2,800,000	$112,000	CCF22	30	$2,800,000	$112,000	14-4	30	$2,800,000	6.960%	$194,900	30	$0	$0	SI	$866,900
20	CC	19496776	ORDOÑEZ EDGAR		0	$0	$0	AMN001	25	$1,458,334	$58,400	CCF22	25	$1,458,334	$58,400	14-4	25	$1,458,334	6.960%	$101,600	25	$0	$0	SI	$218,400
21	CC	1010226098	ORTIZ BRAYAN	23100 1	30	$2,250,000	$360,000	EPS037	30	$2,250,000	$90,000	CCF22	30	$2,250,000	$90,000	14-4	30	$2,250,000	6.960%	$156,600	30	$0	$0	SI	$696,600
22	CC	37901187	QUECHO NATALIA	23090 1	17	$7,300,000	$1,241,000	EPS005	17	$7,300,000	$292,000	CCF22	17	$7,300,000	$292,000	14-4	17	$7,300,000	6.960%	$508,100	17	$0	$0	SI	$2,333,100
23	CC	1015483358	SIERRA MICHEL	23030 1	30	$2,000,000	$320,000	EPS008	30	$2,000,000	$80,000	CCF22	30	$2,000,000	$80,000	14-4	30	$2,000,000	6.960%	$139,200	30	$0	$0	SI	$619,200
24	CC	1053797649	URREGO LINA	23030 1	30	$6,300,000	$1,071,000	AMN001	30	$6,300,000	$252,000	CCF22	30	$6,300,000	$252,000	14-4	30	$6,300,000	6.960%	$438,500	30	$0	$0	SI	$2,013,500

142

2024/04/22 11:42 AM

aportes en línea

Planilla Resumen

Centro de Trabajo: RIESGO 1 (4 Afiliados)							$3,849,999	$647,900			$4,139,721	$165,700			$4,149,999	$166,200			$4,139,721		$0		$0	$0		$979,800
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (4 Afiliados)							$3,849,999	$647,900			$4,139,721	$165,700			$4,149,999	$166,200			$4,139,721		$0		$0	$0		$979,800
25	CC	1023880850	JIMENEZ CINDY	X	230201	5	$500,000	$80,000	EPS008	5	$500,000	$20,000	CCF22	5	$508,333	$20,400	14-4	5	$500,000	0.000%	$0	5	$0	$0	Si	$120,400
26	CC	1110531763	MONTAÑO ANGIE	L	230301	2	$186,666	$29,900	EPS005	2	$186,666	$7,500	CCF22	2	$186,666	$7,500	14-4	2	$186,666	0.000%	$0	2	$0	$0	Si	$44,900
27	CC	19496776	ORDOÑEZ EDGAR	X		0	$0	$0	MIN001	5	$289,722	$11,600	CCF22	5	$291,667	$11,700	14-4	5	$289,722	0.000%	$0	5	$0	$0	Si	$23,300
28	CC	37901187	QUECHO NATALIA	X	230901	13	$3,163,333	$538,000	EPS005	13	$3,163,333	$126,600	CCF22	13	$3,163,333	$126,600	14-4	13	$3,163,333	0.000%	$0	13	$0	$0	Si	$791,200
Total	Afiliados(24)						$105,370,000	$17,545,600			$107,118,056	$5,290,600			$107,128,334	$4,285,500			$107,118,056		$3,361,400		$11,830,000	$591,500		$31,074,600

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
NIT 800140959	1	CYG INGENIERIA Y CONSTRUCCIONES S.A.S	B - MENOS DE 200 COTIZANTES	ADMINISTRACION	Cra. 7 No. 75-51 Off: 602	BOGOTA-BOGOTA D.E.	6401500	SI

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2024-03	2024-04	572108358	9465459235	E	2024/04/12	2024/04/12	BANCO DE OCCIDENTE	0	$31,074,600

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 5)				23	$17,545,600	$0	$0	$17,545,600
COLFONDOS	231001	800,227,940	6	3	$2,440,000	$0	$0	$2,440,000
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	5	$5,601,200	$0	$0	$5,601,200
PORVENIR	230301	800,224,808	8	11	$5,781,800	$0	$0	$5,781,800
PROTECCION	230201	800,229,739	0	3	$1,943,600	$0	$0	$1,943,600
SKANDIA	230901	800,253,055	2	1	$1,779,000	$0	$0	$1,779,000
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				24	$3,361,400	$0	$0	$3,361,400
COLPATRIA ARP	14-4	860,002,183	9	24	$3,361,400	$0	$0	$3,361,400
CCF (ADMINISTRADORAS: 1)				24	$4,285,500	$0	$0	$4,285,500
COLSUBSIDIO	CCF22	860,007,336	1	24	$4,285,500	$0	$0	$4,285,500
EPS (ADMINISTRADORAS: 7)				24	$5,290,600	$0	$0	$5,290,600
ALIANSALUD EPS (ANTES COLMEDICA)	EPS001	830,113,831	0	1	$320,000	$0	$0	$320,000
COMPENSAR	EPS008	860,066,942	7	4	$1,998,800	$0	$0	$1,998,800
EPS SURA (ANTES SUSALUD)	EPS010	800,088,702	2	2	$120,400	$0	$0	$120,400
FAMISANAR	EPS017	830,003,564	7	2	$166,700	$0	$0	$166,700
FOSYGA	MIN001	901,037,916	1	2	$322,000	$0	$0	$322,000
NUEVA E.P.S.	EPS037	900,156,264	2	1	$90,000	$0	$0	$90,000
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	12	$2,272,700	$0	$0	$2,272,700
ICBF (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$354,900	$0	$0	$354,900
INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR	PAICBF	899,999,239	2	1	$354,900	$0	$0	$354,900
SENA (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$236,600	$0	$0	$236,600
SENA	PASENA	899,999,034	1	1	$236,600	$0	$0	$236,600
TOTAL				24	$31,074,600	$0	$0	$31,074,600

143

aportes en línea

Planilla Resumen

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
NIT 901781400	1	UNION TEMPORAL METROPOLITANO PORVENIR	B - MENOS DE 200 COTIZANTES	PRINCIPAL	Cra 7 # 75- 51	BOGOTA-BOGOTA D.E.	5555555	SI

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2024-03	2024-04	550507452	9465291733	E	2024/04/02	2024/04/02	BANCO DE OCCIDENTE	0	$11,203,600

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

No.	Identificación	Nombre	NOVEDADES	PENSION			SALUD			CCF			RIESGOS				PARAFISCALES				
			ingret tde tae tdp tap avsp 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 (9 Afiliados)						$35,580,001	$5,880,300			$35,580,001	$1,423,300			$35,580,001	$1,423,300			$35,580,001		$2,476,700		$0	$0		$11,203,600
Centro de Trabajo: RIESGO 5 (9 Afiliados)						$35,580,001	$5,880,300			$35,580,001	$1,423,300			$35,580,001	$1,423,300			$35,580,001		$2,476,700		$0	$0		$11,203,600
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (9 Afiliados)						$35,580,001	$5,880,300			$35,580,001	$1,423,300			$35,580,001	$1,423,300			$35,580,001		$2,476,700		$0	$0		$11,203,600
1	CC	52961023	ARGUELLO MIDIA X	23090 1	10	$2,000,000	$320,000	EPS005	10	$2,000,000	$80,000	CCF26	10	$2,000,000	$80,000	14-4	10	$2,000,000	6.960%	$139,200	10	$0	$0	SI	$619,200
2	CC	1073383630	BLANCO PAULA X	23030 1	11	$2,383,334	$381,400	EPS017	11	$2,383,334	$95,400	CCF26	11	$2,383,334	$95,400	14-4	11	$2,383,334	6.960%	$165,900	11	$0	$0	SI	$738,100
3	CC	80031322	GALEANO JOSE X	23030 1	20	$4,666,667	$746,700	EPS005	20	$4,666,667	$186,700	CCF26	20	$4,666,667	$186,700	14-4	20	$4,666,667	6.960%	$324,900	20	$0	$0	SI	$1,445,000
4	CC	1073522014	GUALTEROS CLAUDIA X	23030 1	13	$1,300,000	$208,000	EPS017	13	$1,300,000	$52,000	CCF26	13	$1,300,000	$52,000	14-4	13	$1,300,000	6.960%	$90,500	13	$0	$0	SI	$402,500
5	CC	1014212007	ORTIZ DIANA	23030 1	30	$4,800,000	$768,000	EPS017	30	$4,800,000	$192,000	CCF26	30	$4,800,000	$192,000	14-4	30	$4,800,000	6.960%	$334,100	30	$0	$0	SI	$1,486,100
6	CC	88235391	PERARANDA JESUS X	25-14	30	$5,430,000	$923,200	EPS005	30	$5,430,000	$217,200	CCF26	30	$5,430,000	$217,200	14-4	30	$5,430,000	6.960%	$378,000	30	$0	$0	SI	$1,735,600
7	CC	80002268	RAMOS JOHN	23030 1	30	$7,000,000	$1,190,000	EPS005	30	$7,000,000	$280,000	CCF26	30	$7,000,000	$280,000	14-4	30	$7,000,000	6.960%	$487,200	30	$0	$0	SI	$2,237,200
8	CC	1020739111	SANCHEZ ANGELA X	23030 1	27	$6,300,000	$1,071,000	EPS005	27	$6,300,000	$252,000	CCF26	27	$6,300,000	$252,000	14-4	27	$6,300,000	6.960%	$438,500	27	$0	$0	SI	$2,013,500
9	CC	1023936963	SANCHEZ JULIO X	23030 1	17	$1,700,000	$272,000	EPS005	17	$1,700,000	$68,000	CCF26	17	$1,700,000	$68,000	14-4	17	$1,700,000	6.960%	$118,400	17	$0	$0	SI	$526,400
Total		Afiliados(9)				$35,580,001	$5,880,300			$35,580,001	$1,423,300			$35,580,001	$1,423,300			$35,580,001		$2,476,700		$0	$0		$11,203,600

154

aportes en línea

Planilla Resumen

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
NIT 901781400	1	UNION TEMPORAL METROPOLITANO PORVENIR	B - MENOS DE 200 COTIZANTES	PRINCIPAL	Cra 7 # 75- 51	BOGOTA-BOGOTA D.E.	5555555	SI

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2024-03	2024-04	550507452	9465291733	E	2024/04/02	2024/04/02	BANCO DE OCCIDENTE	0	$11,203,600

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 3)				9	$5,880,300	$0	$0	$5,880,300
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	1	$923,200	$0	$0	$923,200
PORVENIR	230301	800,224,808	8	7	$4,637,100	$0	$0	$4,637,100
SKANDIA	230901	800,253,055	2	1	$320,000	$0	$0	$320,000
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				9	$2,476,700	$0	$0	$2,476,700
COLPATRIA ARP	14-4	860,002,183	9	9	$2,476,700	$0	$0	$2,476,700
CCF (ADMINISTRADORAS: 1)				9	$1,423,300	$0	$0	$1,423,300
COMFACUNDI	CCFZ6	860,045,904	7	9	$1,423,300	$0	$0	$1,423,300
EPS (ADMINISTRADORAS: 2)				9	$1,423,300	$0	$0	$1,423,300
FAMISANAR	EPS017	830,003,564	7	3	$339,400	$0	$0	$339,400
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	6	$1,083,900	$0	$0	$1,083,900
TOTAL				**9**	**$11,203,600**	**$0**	**$0**	**$11,203,600**

145

aportes en línea

Planilla Resumen

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
NIT 901781400	1	UNION TEMPORAL METROPOLITANO PORVENIR	B - MENOS DE 200 COTIZANTES	PRINCIPAL	Cra 7 # 75- 51	BOGOTA-BOGOTA D.E.	5555555	SI

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2024-03	2024-03	550497142	9465291503	Y	2024/04/02	2024/04/02	BANCO DE OCCIDENTE	0	$278,500

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 (3 Afiliados)																							$0	$0			$0	$0			$0	$0			$4,000,000		$278,500		$0	$0		$278,500
Centro de Trabajo: RIESGO 5 (3 Afiliados)																							$0	$0			$0	$0			$0	$0			$4,000,000		$278,500		$0	$0		$278,500
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (3 Afiliados)																							$0	$0			$0	$0			$0	$0			$4,000,000		$278,500		$0	$0		$278,500
1	CC	16755981	BARRETO GUSTAVO	X																	0		$0	$0	0		$0	$0	0		$0	$0	14-4	30	$1,400,000	6.960%	$97,500	0	$0	$0	No	$97,500
2	CC	1057581903	CHAPARRO SARA	X																	0		$0	$0	0		$0	$0	0		$0	$0	14-4	30	$1,300,000	6.960%	$90,500	0	$0	$0	No	$90,500
3	CC	68248723	INFANTE CLAUDIA	X																	0		$0	$0	0		$0	$0	0		$0	$0	14-4	30	$1,300,000	6.960%	$90,500	0	$0	$0	No	$90,500
Total Afiliados(3)																							$0	$0			$0	$0			$0	$0			$4,000,000		$278,500		$0	$0		$278,500

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
NIT 901781400	1	UNION TEMPORAL METROPOLITANO PORVENIR	B - MENOS DE 200 COTIZANTES	PRINCIPAL	Cra 7 # 75- 51	BOGOTA-BOGOTA D.E.	5555555	SI

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2024-03	2024-03	550497142	9465291503	Y	2024/04/02	2024/04/02	BANCO DE OCCIDENTE	0	$278,500

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				3	$278,500	$0	$0	$278,500
COLPATRIA ARP	14-4	860,002,183	9	3	$278,500	$0	$0	$278,500
TOTAL				**3**	**$278,500**	**$0**	**$0**	**$278,500**

Simple

PAGOSIMPLE | AUTOLIQUIDACION CONSOLIDADA

Fecha creación reporte: 2024-05-20, 05:26:45 P. M. Tipo Planilla: E: PLANILLA EMPLEADOS EMPRESAS. Número Planilla: 1062345924

Periodo Cotización: marzo de 2024 Periodo Servicio: abril de 2024 Referencia pago 8810151421

PAGADA 04/04/2024

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	CEROIMPACTO CETA SAS		
Documento	NI901655512	Dirección	TV 12 #25 - 16 MANILA
Tipo de Empresa	EMPLEADOR	Teléfono	3002662060
Tipo Persona	JURÍDICA	Forma Presentación	ÚNICO
Ciudad	FUSAGASUGA	Departamento	CUNDINAMARCA
Representante Legal	FERNANDEZ SOLER CESAR WILLREÑN	Identificación	CC 80109419
Total Afiliados	2	ARP	POSITIVA DE SEGUROS

II. DETALLE DEL APORTANTE

Datos Afiliado				Novedades																		Pensiones			Salud			Riesgos			Cajas			Parafiscales				Total
Identificación	Apellidos y Nombres	Tipo Cotizante	Subtipo Cotizante	ING	RET	IBC IRP	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	COR	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	Días IRP	Días TDP	Días SLN	Días IGE	Días LMA	Días VAC	Días AVP	Días VCT	Días DIG	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 Mineducación	Total
CC 1003[illegible]	CAMILO OSWALDO TOVAR CHAVES	1	0																		0	0	0	0	0	0	0	0	0	23-10) COLFONDOS	$1.300.000	$208.000	EPS025) EPS SANITAS	$1.300.000	$52.000	0.522	$1.300.000	$6.830	(CCF 37) COLSUBSIDIO	$1.300.000	$52.000	$0	$0	$0	$0	$318.830
CC 8010941[illegible]	CESAR WILLREÑN FERNANDEZ SOLER	1	0																		0	0	0	0	0	0	0	0	0	25-11) COLPENSIONES	$1.300.000	$208.000	EPS025) EPS SANITAS	$1.300.000	$52.000	0.522	$1.300.000	$6.830	(CCF 37) COLSUBSIDIO	$1.300.000	$52.000	$0	$0	$0	$0	$318.830

III. TOTALES

IBC Pensión	IBC Salud	IBC Riesgos	IBC Caja	Aportes Pensión	Aportes Salud	Aportes Riesgos	Aportes Caja	Aportes Sena	Aportes ICBF	Aportes ESAP	Aportes Min Educación	Incapacidades Licencias a favor	Incapacidades ARP	SUBTOTAL SIN INTERESES DE MORA	TOTAL INTERESES DE MORA	TOTAL FINAL
$2.600.000	$2.600.000	$2.600.000	$2.600.000	$416.000	$104.000	$13.600	$104.000	$0	$0	$0	$0	$0	$0	$637.600	$700	$638.300

Líneas de Servicio FonoSIMPLE: Bogotá 4446634 - Cali: 554 0515 - Medellín: 514 66 69 - Bucaramanga: 643 80 00 - Cartagena: 694 54 44 - Pereira: 340 25 82 - Barranquilla: 381 88 50 - Resto del País: 018000 971 971 - ¡Más que Fácil, SIMPLE!

¡El Poder de lo SIMPLE!

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

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 68248723		INFANTE JAIMES CLAUDIA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	Carrera 15B 13 41	PIEDECUESTA-SANTANDER	8891132	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2024-03	2024-03	637693084	9464673114	I	2024/04/05	2024/05/14	BANCOLOMBIA	39	$382,600

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
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$1,300,000	$208,000			$1,300,000	$162,500			$0	$0			$0	$0		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$1,300,000	$208,000			$1,300,000	$162,500			$0	$0			$0	$0		$0	$0
Ciudad: PIEDECUESTA Depto: SANTANDER (1 Afiliados)					$1,300,000	$208,000			$1,300,000	$162,500			$0	$0			$0	$0		$0	$0
1	CC	68248723	INFANTE CLAUDIA	Z30301	30	$1,300,000	$208,000	EPS046	30	$1,300,000	$162,500		0	$0	$0		0	$0	$0	0	$0	$0
Total	**Afiliados(1)**					$1,300,000	$208,000			$1,300,000	$162,500			$0	$0			$0	$0		$0	$0

2024/05/14 01:43 PM

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 68248723		INFANTE JAIMES CLAUDIA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	Carrera 15B 13 41	PIEDECUESTA-SANTANDER	8891132	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2024-04	2024-04	637700864	9465951738	I	2024/05/08	2024/05/14	BANCOLOMBIA	6	$372,400

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$208,000	$1,100	$0	$209,100
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	$208,000	$1,100	$0	$209,100
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$162,500	$800	$0	$163,300
SALUD MIA EPS	EPS046	900,914,254	1	1	$162,500	$800	$0	$163,300
TOTAL				**1**	**$370,500**	**$1,900**	**$0**	**$372,400**

149

2024/05/14 01:45 PM

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	1090495553	INGRID JOHANNA BARRIENTOS MURCIA		AV 4B #7-41 PRADOS DEL ESTE	3125587967	ingridjohanna_12@hotmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I - Independiente			BOGOTÁ, D.C.	BOGOTÁ, D.C.		NO

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2024-03	2024-03	I	12/04/2024	75509846	$867.100	

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					
EPS037	Nueva EPS	900156264-2	350.000	0		0		0	1	300	0	350.300	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
25-14	Colpensiones	900336004-7	448.000	0	0	0	0	1	400	0	448.400	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	68.300				68.300	1	100	68.400			683	68.400	1

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	1	350.000	350.300
Pensión	1	448.000	448.400
Riesgos Laborales	1	68.300	68.400
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	866.300	867.100

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
CC	1090495553	INGRID JOHANNA BARRIENTOS MURCIA		AV 48 #7-41 PRADOS DEL ESTE	3125587967	ingridjohanna_12@hotmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		NO

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2024-03	2024-03	I	12/04/2024	75509846	$867.100	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE								INFORMACIÓN NOVEDADES																		PENSIÓN						SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES					
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Colombiano en el exterior	Traslado	SNR	IGT	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntario o 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	1090495553	BARRIENTOS MURCIA INGRID JOHANNA	59	0			N																	25-14	2.800.000	448.000	0	0	0	0	EPS037	2.800.000	350.000	14-7	2.800.000	3	68.300		0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

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

151

compensar | miplanilla.com

CERTIFICADO DE APORTES AL SISTEMA DE PROTECCIÓN SOCIAL

El aportante **LAURA MILENA RAMIREZ QUIMBAYO**, identificado con **CC** número **52764737**, aportó en nombre de **LAURA MILENA RAMIREZ QUIMBAYO**, identificado(a) con **CC** número **52764737** en su condición a la fecha como tipo de cotizante **3 - Independiente** por concepto de aportes obligatorios al sistema General de Seguridad Social, mediante la Planilla Integrada de Liquidación de Aportes, para los periodos comprendidos en pensión **2024-03** y salud **2024-03** de la siguiente manera:

25-14	Administradora Colombiana de Pensiones - Colpensiones													0		30	$2.007.083	$321.200	$0	$0	Marzo - 2024	75687221	01/04/2024	N
CCF21	Cafam Caja de Compensacion Fiar													0		30	$2.007.083	$40.200	$0	$0	Marzo - 2024	75687221	01/04/2024	N
EPS008	Compensar EPS													0		30	$2.007.083	$250.900	$0	$0	Marzo - 2024	75687221	01/04/2024	N

El presente certificado se expide a los 27 días del mes Marzo de 2024

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

152

c. Personal Subcontratista

porvenir
sólo hay uno

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:

DIEGO ARMANDO PANTOJA BARRIOS, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.106.890.601**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 10 de Abril del 2024.

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

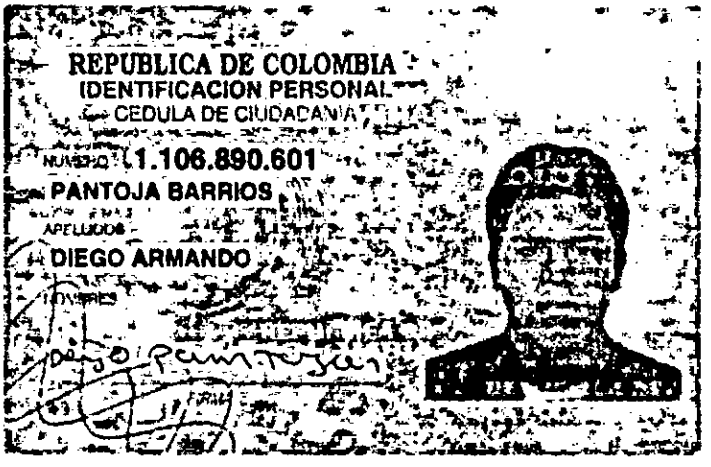
INGRESO EMPLEADO

DATOS DE LA EMPRESA

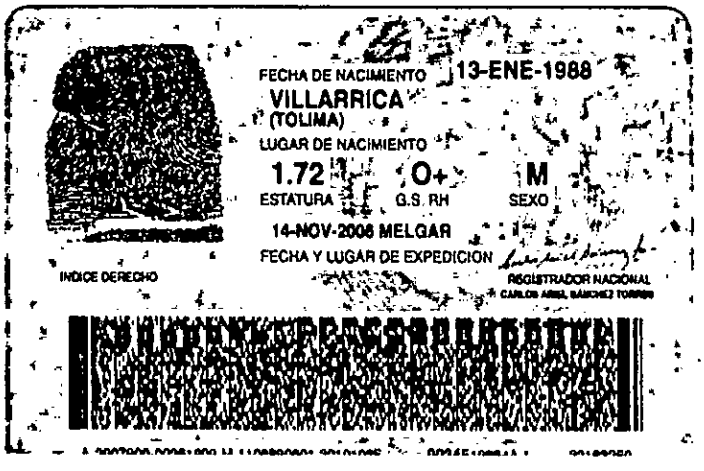
Tipo de Identificación:	NIT
Número de documento:	901005092
Número Afiliación:	226617
Razón social:	MANOS A LA OBRA JC SAS

DATOS DEL EMPLEADO:

Tipo de documento:	CÉDULA
Número de Documento	1106890601
Nombre:	DIEGO ARMANDO PANTOJA BARRIOS
Fecha Ingreso:	11/04/2024
Salario básico:	1,300,000
Nit empresa en misión:	0
Código Sucursal:	11001
Centro de trabajo:	5
Tasa:	6.960
Fecha hora transacción:	10/04/2024 10:31:33 a.m.



REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA
NUMERO 1.106.890.601
PANTOJA BARRIOS
APELLIDOS
DIEGO ARMANDO
NOMBRES



FECHA DE NACIMIENTO 13-ENE-1988
VILLARRICA
(TOLIMA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.72 O+ M
ESTATURA G.S. RH SEXO
14-NOV-2006 MELGAR
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
INDICE DERECHO
REGISTRADOR NACIONAL

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

Salud Total EPS-S

No de Radicacion	Fecha de Radicación
4012130082	1|0|0|4|2|0|2|4

I. DATOS DEL TRÁMITE (Lea las instrucciones que se encuentran anexas al fromulario antes de diligenciarlo)

1.tipo de tramite	2.Tipo afiliacion	3.Regimen
A. Afiliación ☐ B.Reporte de Novedades ☒	B. Colectiva ☐ A. Individual: -Cotizante Cabeza de familia ☒ -Beneficiario afiliado adicional ☐ B. Institucional ☐ B. De oficio ☐	A.Contributivo ☒ B.Subsidiado ☐

4. Tipo de afiliado	5. Tipo de cotizante	Codigo (a registrar por la EPS)
A. Cotizante ☒ B. Cabeza de Familia ☐ C. Beneficiario ☐	A. Dependiente ☒ B. Independiente ☐ C. Pensionado ☐	1

A. AFILIACIÓN

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

6.Apellidos y nombres			
PANTOJA (Primer apellido)	BARRIOS (Segundo apellido)	DIEGO (Primer nombre)	ARMANDO (Segundo nombre)
7.Tipo documento de identidad	**8.Número del documento de identidad**	**9.Sexo**	**10.Fecha de nacimiento**
CC	1106890601	Femenino ☐ Masculino ☒	1|3|0|1|1|9|8|8

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

Datos personales

nia	12.Discapacidad	13.Puntaje SISBEN	14.Grupo de poblacion especial
6	Tipo F N M Condicion T P		

15. Administradora de riesgos Laborales - ARL	16. Administradora de Pensiones	17. Ingreso base de cotizacion - IBC
SEGUROS DE RIESGOS PROFESIONALES SURAMERICANA S.A.	PORVENIR FPC	1300000

18.Residencia

Dirección	Telefono fijo	Telefono celular	Correo electronico
CR 3 A 11 00		3187652614	PANBARRIOSDIEGOARMANDO601@GMAIL.COM

Municipio/Distrito	zona	Localidad / comuna	Departamento
FACATATIVA	Urbana ☒ Rural ☐		CUNDINAMARCA

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 completos			
Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre
20. Tipo documento de identidad	**21. Número documento identidad**	**22. Sexo**	**23. Fecha de nacimiento**
		Femenino ☐ Masculino ☐	

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 documento de identidad	26. Número de identidad	27.Sexo Femenino	27.Sexo Masculino	28.Fecha de nacimiento
B1					
B2					
B3					
B4					
B5					

Datos complementarios

	29.Parentesco	30. Etnia	31. Discapacidad Tipo F	Tipo N	Tipo M	Condición T	Condición P
B1							
B2							
B3							
B4							
B5							

32. Datos de residencia

	Municipio/Distrito	Zona Urbana	Zona 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						

Seleccion de la IPS Primaria

		34. Nombre de la Institución Prestadora de Salud - IPS	Codigo de la IPS(a registrar por la EPS)
C		VS FACATATIVA - VS FACATATIVA	VSFACATATI - VSFACATATI
B		-	-
B		-	-
B		-	-

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

35. Nombre o razón social	36. Tipo de Identificación	37. Numero de documemto de Identificación	38. Tipo de aportante o pagador de pensiones(a registrar por la EPS)
MANOS A LA OBRA JC SAS	NIT	901005092	01

39.Ubicación

Dirección	Teléfono	Correo electrónico	Municipio/distrito	Departamento
CALLE51 A 77 W 20 PI 2	6854103	OPERADORLOGISTICO5430@GMAIL.COM	BOGOTA	BOGOTA

151

No de Radicacion
4012130082

B. REPORTE DE NOVEDADES

40. Tipo de Novedad

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

VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

41. Datos básicos de la Identificación

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

Tipo documento de Identidad	Número documento de Identidad	Sexo	Fecha de nacimiento	42.Fecha
		Femenino ☐ Masculino ☐		1|0|0|4|2|0|2|4

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 y afiliados adicionales.

47. ☐ Declaración de la no obligación de afiliarse al Régimen Contributvo,Especial o de Excepción.

48. ☐ Declaración de existencia de razones de fuerza mayor o caso fortuito que impiden la entrega de documentos que acreditan la condición de beneficiarios.

49. ☐ Declaración de no internación del cotizante,cabeza de familia ,beneficiarios o afiliados adicionales en una Institución Prestadora de Salud .

50. ☐ Autorización para que la EPS solicite y obtenga datos y copia de la historia clinica 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 del reporte de novedades a la base de datos de afiliados vigente 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 Decr eto 1377 de 2013

53. ☐ Autorización para que la EPS envie información al correo electronico o celular como mensaje de texto

VIII. FIRMAS

Diego Pantoja	Tatiana Pinzon
54. Cotizante o 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: 0

57. Copia del dictamen de incapacidad permanente emitido por la autoridad competente.

58. Copia registro civil de matrimonio, o de la escritura pública,acta de conciliación o sentencia judicial que declare la union marital.

☐ 59. Copia de la escritura pública o sentencia judicial que declare el divorcio ,sentencia judicial para que declare la separación de cuerpos y escritura pública,acta de conciliación o sentencia judicial que declare la terminación de la union marital.

- ☐ 60. Copia certificado de adopción o acta de entrega del menor
- ☐ 61.Copia orden judicial o acto administrativo de custodia.
- ☐ 62.Documento en que conste la perdida de la patria potestad, o el certificaco de defunción de los padres o la declaración suscrita por el cotizante sobre la ausencia de los 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 consiste 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 ficha	Puntaje	Nivel	68. Fecha de radicación	69. Fecha de validación

70. Datos funcionario que realiza la validación

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

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

Observaciones

Recuerde que la firma, al final del formulario, valida las declaraciones marcadas y/o diligenciadas en el capítulo VII Declaraciones y IX. Autorizaciones, así como la veracidad de las demás información registrada.

158

porvenir
sólo hay uno

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:

JUAN DAVID PANTOJA BARRIOS, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.070.589.636**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir y al Fondo de Cesantías Porvenir.**

La presente certificación se expide el 10 de Abril del 2024.

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

INGRESO EMPLEADO

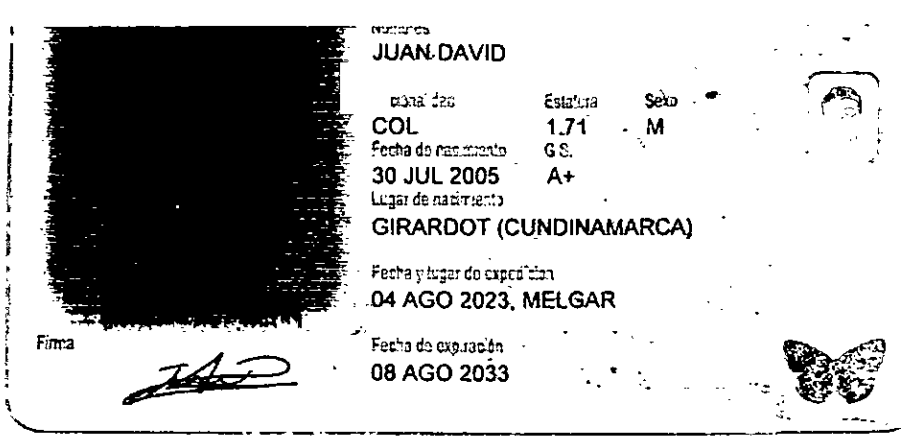
DATOS DE LA EMPRESA

Tipo de Identificación:	NIT
Número de documento:	901005092
Número Afiliación:	226617
Razón social:	MANOS A LA OBRA JC SAS

DATOS DEL EMPLEADO:

Tipo de documento:	CÉDULA
Número de Documento	1070589636
Nombre:	JUAN DAVID PANTOJA BARRIOS
Fecha Ingreso:	11/04/2024
Salario básico:	1,300,000
Nit empresa en misión:	0
Código Sucursal:	11001
Centro de trabajo:	5
Tasa:	6.960
Fecha hora transacción:	10/04/2024 10:36:20 a.m.

160



JUAN DAVID

COL

Estatura
1.71

Sexo
M

G.S.
A+

Fecha de nacimiento
30 JUL 2005

Lugar de nacimiento
GIRARDOT (CUNDINAMARCA)

Fecha y lugar de expedición
04 AGO 2023, MELGAR

Firma

Fecha de expiración
08 AGO 2033

CO

1028048787

REGISTRADOR NACIONAL
Alexander Vega Rocha

ICCOL028048787429079<<<<<<<<<<
0507303M3308084COL1070589636<8
PANTOJA<BARRIOS<<JUAN<DAVID<<<

161

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

Salud Total EPS-S

No de Radicacion	Fecha de Radicación
4012130145	1|0|0|4|2|0|2|4

I. DATOS DEL TRÁMITE (Lea las instrucciones que se encuentran anexas al fromulario antes de diligenciarlo)

1.tipo de tramite	2.Tipo afiliacion		3.Regimen
A. Afiliación ☐ B.Reporte de Novedades ☒	B. Colectiva ☐	A. Individual: -Cotizante Cabeza de familia ☒ -Beneficiario afiliado adicional ☐ B. Institucional ☐ B. De oficio ☐	A.Contributivo ☒ B.Subsidiado ☐

4. Tipo de afiliado	5. Tipo de cotizante	Codigo (a registrar por la EPS)
A. Cotizante ☒ B. Cabeza de Familia ☐ C. Beneficiario ☐	A. Dependiente ☒ B. Independiente ☐ C. Pensionado ☐	1

A. AFILIACIÓN

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

6.Apellidos y nombres			
PANTOJA (Primer apellido)	BARRIOS (Segundo apellido)	JUAN (Primer nombre)	DAVID (Segundo nombre)
7.Tipo documento de identidad	**8.Número del documento de identidad**	**9.Sexo**	**10.Fecha de nacimiento**
CC	1070589636	Femenino ☐ Masculino ☒	3|0|0|7|2|0|0|5

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

Datos personales

nia	12.Discapacidad		13.Puntaje SISBEN	14.Grupo de poblacion especial
6	Tipo F N M	Condicion T P		

15. Administradora de riesgos Laborales - ARL	16. Administradora de Pensiones	17. Ingreso base de cotizacion - IBC
SEGUROS DE RIESGOS PROFESIONALES SURAMERICANA S.A.	PORVENIR FPC	1300000

18.Residencia

Dirección	Telefono fijo	Telefono celular	Correo electronico
CR 3 A 11 00		3187252614	JDAVIDPANTOJA636@GMAIL.COM

Municipio/Distrito	zona	Localidad / comuna	Departamento
FACATATIVA	Urbana ☒ Rural ☐		CUNDINAMARCA

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 completos			
Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre
20. Tipo documento de identidad	**21. Número documento identidad**	**22. Sexo**	**23. Fecha de nacimiento**
		Femenino ☐ Masculino ☐	

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 documento de identidad	26. Número de identidad	27.Sexo Femenino	27.Sexo Masculino	28.Fecha de nacimiento
B1					
B2					

Datos complementarios

	29.Parentesco	30. Etnia	31. Discapacidad Tipo F	Tipo N	Tipo M	Condición T	Condición P
B1							
B2							
B3							
B4							
B5							

32. Datos de residencia

	Municipio/Distrito	Zona Urbana	Zona 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						

Seleccion de la IPS Primaria

	34. Nombre de la Institución Prestadora de Salud - IPS	Codigo de la IPS(a registrar por la EPS)
C	VS FACATATIVA - VS FACATATIVA	VSFACATATI - VSFACATATI
B	-	-
B	-	-
B	-	-

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

35. Nombre o razón social	36. Tipo de identificación	37. Numero de documemto de identificación	38. Tipo de aportante o pagador de pensiones(a registrar por la EPS)
MANOS A LA OBRA JC SAS	NIT	901005092	01

39.Ubicación

Dirección	Teléfono	Correo electrónico	Municipio/distrito	Departamento
CALLE51 A 77 W 20 PI 2	6854103	OPERADORLOGISTICO5430@GMAIL.COM	BOGOTA	BOGOTA

162

No de Radicacion
4012130145

B. REPORTE DE NOVEDADES

40. Tipo de Novedad

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

VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

41. Datos básicos de la Identificación

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

Tipo documento de Identidad	Número documento de Identidad	Sexo	Fecha de nacimiento	42.Fecha
		Femenino ☐ Masculino ☐		1|0|0|4|2|0|2|4

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

CLARACIONES Y AUTORIZACIONES

- ---- Declaración de dependencia económica de los beneficiarios y afiliados adicionales.
- 47.☐ Declaración de la no obligación de afiliarse al Régimen Contributvo,Especial o de Excepción.
- 48.☐ Declaración de existencia de razones de fuerza mayor o caso fortuito que impiden la entrega de documentos que acreditan la condición de beneficiarios.
- 49.☐ Declaración de no Internación del cotizante,cabeza de familia ,beneficiarios o afiliados adicionales en una Institución Prestadora de 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 del reporte de novedades a la base de datos de afiliados vigente y a las entidades públicas que polr 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 Decr eto 1377 de 2013
- 53.☐ Autorización para que la EPS envie información al correo electronico o celular como mensaje de texto

VIII. FIRMAS

Juan David Pantoja	Tatiana Pinzon
54. Cotizante o 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: 0

Copia del dictamen de incapacidad permanente emitido por la autoridad competente.

--- Copia registro civil de matrimonio, o de la escritura pública,acta de conciliación o sentencia judicial que declare la union marital.

☐ 59. Copia de la escritura pública o sentencia judicial que declare el divorcio ,sentencia judicial para que declare la separación de cuerpos y escritura pública,acta de conciliación o sentencia judicial que declare la terminación de la union marital.

- ☐ 60. Copia certificado de adopción o acta de entrega del menor
- ☐ 61.Copia orden judicial o acto administrativo de custodia.
- ☐ 62.Documento en que conste la perdida de la patria potestad, o el certificaco de defunción de los padres o la declaración suscrita por el cotizante sobre la ausencia de los 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 consiste la calidad de beneficiario o se ordene la afiliación de oficio.

X. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL

66. Identificación de la Entidad Territorial		67. Datos del SISBEN			68. Fecha de radicación	69. Fecha de validación
Código del municipio	Código del Departamento	Número ficha	Puntaje	Nivel		

70. Datos funcionario que realiza la validación

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

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

Observaciones

Recuerde que la firma, al final del formulario, valida las declaraciones marcadas y/o diligenciadas en el capitulo VII Declaraciones y IX. Autorizaciones, asi como la veracidad de las demás información registrada.

163

porvenir
sólo hay uno

SOCIEDAD ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES Y CESANTIAS PORVENIR S.A.
En su condición de administradora del
FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR
NIT 800.144.331-3

CERTIFICA QUE:

El (La) Señor(a) **LUIS FERNANDEZ CABELLO**, identificado(a) con Permiso de Protección Temporal **2.659.086**, se encuentra afiliado(a) al **FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR con VINCULACION INICIAL**

La presente certificación se expide el 01 de abril de 2024.

Cordialmente,

Gerente de Clientes

Tenga en cuenta:

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

AXA COLPATRIA

INGRESO EMPLEADO

DATOS DE LA EMPRESA

Tipo de Identificación:	NIT
Número de documento:	901005092
Número Afiliación:	226617
Razón social:	MANOS A LA OBRA JC SAS

DATOS DEL EMPLEADO:

Tipo de documento:	PERMISO PROTECCIÓN TEMPORAL
Número de Documento	2659086
Nombre:	LUIS FERNANDEZ CABELLO
Fecha Ingreso:	02/04/2024
Salario básico:	1,300,000
Nit empresa en misión:	0
Código Sucursal:	11001
Centro de trabajo:	5
Tasa:	6.960
Fecha hora transacción:	1/4/2024 10:24:36 PM

165

Famisanar

NIT 830 003 564-7

FORMULARIO UNICO DE AFILIACION Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

FERNANDEZ CABELLO LUIS

26590E6

0 6 1 2 2 0 0 5

Colpatria Porvenir

Calle 135 No 159-35 3208050291

Manos a la Obra SC Nit 901005091

Cra 59 D # 132-28 Bogotá Cundinamarca

Luis Fernández

RECIBIDO PARA ESTUDIO

- ORIGINAL UNICA -

166

REPÚBLICA DE COLOMBIA

PERMISO ESPECIAL DE PROTECCIÓN TEMPORAL

MIGRACIÓN

No. 2659086

FERNANDEZ CABELLO

LUIS

VEN M

3237063O

06-12-2005

13-05-2021 BOGOTA D.C.

30-05-2031



E1776547

El titular de este documento debe reportar a Migración Colombia cualquier cambio en la información migratoria

MIGRACIÓN

www.migracioncolombia.gov.co

IPCOL2659086<<0<<<<<<<<<<<<<<<
0512066M3105308VENE1776547<<<1
FERNANDEZ<CABELLO<<LUIS<<<<<<<

Powered by CamScanner

porvenir
sólo hay uno

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:

SANDRA MILENA CALDERON ROMERO, identificado(a) con cédula de ciudadanía **53.100.080**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir y al Fondo de Cesantías Porvenir.**

La presente certificación se expide el 15 de Abril del 2024.

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.

168

AXA COLPATRIA

INGRESO EMPLEADO

DATOS DE LA EMPRESA

Tipo de Identificación: NIT
Número de documento: 901005092
Número Afiliación: 226617
Razón social: MANOS A LA OBRA JC SAS

DATOS DEL EMPLEADO:

Tipo de documento: CÉDULA
Número de Documento 53100080
Nombre: SANDRA MILENA CALDERON ROMERO
Fecha Ingreso: 16/04/2024
Salario básico: 1,300,000
Nit empresa en misión: 0
Código Sucursal: 11001
Centro de trabajo: 5
Tasa: 6.960
Fecha hora transacción: 15/04/2024 02:15:51 p.m.

169

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 53.100.080
CALDERON ROMERO
APELLIDOS
SANDRA MILENA
NOMBRES



FIRMA

Eps: Compensar
Dirección: Kra 77 x bis Nº 50 sur 40 p3
celular: 3118549706



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 10-MAR-1985
LIBANO
(TOLIMA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.67 ESTATURA | A+ G.S. RH | F SEXO

19-MAR-2003 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

A-1500150-00133344-F-0053100080-20091203 0007482146A 1 1340032680

176

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

compensar | eps salud

No. de Radicación: | Fecha de Radicación: 15 04 2024

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	Código (a registrar por la EPS)
A. Afiliación ☐	A. Individual · Cotizante o cabeza de Familia ✔	B. Colectiva ☐	A. Contributivo ✔	A. Cotizante ✔ B. Cabeza de familia ☐ C. Beneficiario ☐	01
B. Reporte de Novedades ✔	· Beneficiario o afiliado adicional ☐	C. Institucional ☐	B. Subsidiado ☐	5. Tipo de cotizante: A. Dependiente ✔ B. Independiente ☐ C. Pensionado ☐	
		D. De oficio ☐			

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

6. Apellidos y nombres			
CALDERON	ROMERO	SANDRA	MILENA

7. Tipo de documento de identidad	8. Número de documento de identidad	9. Sexo Femenino ✔ Masculino ☐	10. Fecha de nacimiento
CC	53100080		

III. DATOS COMPLEMENTARIOS (Datos personales)

11. Etnia	12. Discapacidad	13. Puntaje SISBÉN	14. Grupo de población especial	15. Administradora de riesgos laborales - ARL	16. Administradora de pensiones
	Tipo ☐☐☐ Condición ☐☐			AXA COLPATRIA	PORVENIR

17. Ingreso base de cotización - IBC	18. Residencia		
$1.300.000	CARRERA 77X BIS No. 50 SUR-40		3118549706
asesoresatyl@gmail.com	BOGOTÁ	Zona Urbana ✔ Rural ☐	CUNDINAMARCA

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 de 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				25. Tipo de documento de identidad	26. Número de documento de identidad	27. Sexo Femenino	Masculino
	Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre				
B1								
B2								
B3								
B4								
B5								

	28. Fecha de nacimiento	29. Parentesco	30. Etnia	31. Discapacidad Tipo F	N	M	Condición T	P	32. Datos de residencia: Municipio / Distrito	Zona Urbana	Zona Rural	Departamento	Teléfono fijo y/o celular	33. Valor de la UPC 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)
Col.		
B		
B		
B		

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
MANOS A LA OBRA JC SAS	NIT

37. Número del documento de identificación	38. Tipo de aportante o pagador pensiones (a registrar por la EPS)
901005092	

39. Ubicación				
CALLE 130 A No. 59 A-21	2535898	asesoresatyl@gmail.com	BOGOTA	C/MARCA

B. REPORTE DE NOVEDADES

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

Tipo de documento de identidad	Número de documento de identidad	Sexo Femenino ☐ Masculino ☐	Fecha de nacimiento	42. Fecha 15 04 2024

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 y afiliados adicionales. ☐	51. Autorización para que la EPS reporte la información que se genere de la afiliación del reporte de novedades a la base de datos de afiliados vigente y a las entidades públicas que por sus funciones la requieran. ✔
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. ☐	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 ✔
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. ✔	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: CN ☐ Cant. ☐ RC ☐ Cant. ☐ TI ☐ Cant. ☐ CC ✔ Cant. 1 PA ☐ Cant. ☐ CE ☐ Cant. ☐ CD ☐ Cant. ☐ SC ☐ Cant. ☐ Total 1	
57. Copia del dictamen de incapacidad permanente emitido por la autoridad competente. ☐	61. Copia de la orden judicial o del acto administrativo de custodia. ☐
58. Copia del registro civil de matrimonio, o de la Escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la unión marital. ☐	62. 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. ☐
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. ☐	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. ☐
60. Copia del certificado de adopción o acta de entrega del menor. ☐	65. Copia del acto administrativo o providencia de las autoridades competentes en la que conste la calidad de beneficiario o se ordene la afiliación de oficio. ☐

X. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL

66. Identificación de la entidad Territorial	67. Datos del SISBÉN	68. Fecha de r
Código del municipio ☐ Código del departamento ☐	Número de la ficha ☐ Puntaje ☐ Nivel ☐	

70. Datos del funcionario que realiza la validación		

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

OBSERVACIONES: MAMPOSTERO

Recuerde que con la firma del formulario el afiliado manifiesta la veracidad de la información registrada y de las declaraciones o

B

15 ABR 2024

SUJETO A VERIFICACION

VIGILADO Supersalud

VIGILADO SuperSubsidio

121

aportes en línea

Planilla Resumen

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
NIT 901005092	9	MANOS A LA OBRA JC SAS	B - MENOS DE 200 COTIZANTES	PRINCIPAL	cll 130 a #59 a-21	BOGOTA-BOGOTA D.E.	5555555	SI

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2024-03	2024-04	579251992	9465689948	E	2024/04/19	2024/04/16	BANCO DAVIVIENDA	0	$812,400

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)																								$1,993,335	$319,100			$3,293,335	$131,900			$3,293,335	$131,900			$3,293,335		$229,500		$0	$0		$812,400
Centro de Trabajo: 0 (1 Afiliados)																								$86,667	$13,900			$86,667	$3,500			$86,667	$3,500			$86,667		$6,100		$0	$0		$27,000
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)																								$86,667	$13,900			$86,667	$3,500			$86,667	$3,500			$86,667		$6,100		$0	$0		$27,000
1	CC	1122116095	TORRES JYBHET	X	X																	23030 1	2	$86,667	$13,900	EPSC34	2	$86,667	$3,500	CCF21	2	$86,667	$3,500	14-4	2	$86,667	6.960%	$6,100	2	$0	$0	SI	$27,000
Centro de Trabajo: MANOS (6 Afiliados)																								$1,906,668	$305,200			$3,206,668	$128,400			$3,206,668	$128,400			$3,206,668		$223,400		$0	$0		$785,400
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (6 Afiliados)																								$1,906,668	$305,200			$3,206,668	$128,400			$3,206,668	$128,400			$3,206,668		$223,400		$0	$0		$785,400
2	CC	93286647	CALDERON JOSE																				0	$0	$0	EPS005	30	$1,300,000	$52,000	CCF21	30	$1,300,000	$52,000	14-4	30	$1,300,000	6.960%	$90,500	30	$0	$0	SI	$194,500
3	CC	4252660	COBOS ALVARO	X	X																	25-14	2	$86,667	$13,900	EPS017	2	$86,667	$3,500	CCF21	2	$86,667	$3,500	14-4	2	$86,667	6.960%	$6,100	2	$0	$0	SI	$27,000
4	PT	5725745	GRILLO WINSOR																			23030 1	30	$1,300,000	$208,000	EPS037	30	$1,300,000	$52,000	CCF21	30	$1,300,000	$52,000	14-4	30	$1,300,000	6.960%	$90,500	30	$0	$0	SI	$402,500
5	CC	14251174	PANTOJA EDGAR	X																		23020 1	5	$216,667	$34,700	EPS010	5	$216,667	$8,700	CCF21	5	$216,667	$8,700	14-4	5	$216,667	6.960%	$15,100	5	$0	$0	SI	$67,200
6	PT	5330880	PARRA WILMER	X																		23100 1	5	$216,667	$34,700	EPS002	5	$216,667	$8,700	CCF21	5	$216,667	$8,700	14-4	5	$216,667	6.960%	$15,100	5	$0	$0	SI	$67,200
7	CC	1073155491	SALAMANCA JOSE	X	X																	23020 1	2	$86,667	$13,900	EPS017	2	$86,667	$3,500	CCF21	2	$86,667	$3,500	14-4	2	$86,667	6.960%	$6,100	2	$0	$0	SI	$27,000
Total Afiliados(7)																								$1,993,335	$319,100			$3,293,335	$131,900			$3,293,335	$131,900			$3,293,335		$229,500		$0	$0		$812,400

172

2024/04/17 08:44 PM

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NUMERO 80.020.991
QUINTERO VERA

APELLIDOS
ALDEI

NOMBRES

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 19-JUL-1978
ALGECIRAS
(HUILA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.64
ESTATURA

O+
G.S. R.H.

M
SEXO

25-ENE-1997 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
ALEJANDRO VEGA ROCHA

A-1500150-01293534-M-0080020991-20220430 0078978644A 1 8504507795

19

\GOSIMPLE | REPORTE INDIVIDL

Fecha creación reporte 2024-04-06, 04:34:55 PM Tipo Planilla I Número Planilla 1062184207 Referencia pago(PIN) 8858567280

Periodo Cotización 202403 Periodo Servicio 202403

Cliente:

PAGADA 2024-04-06 EN HORARIO EXTENDIDO

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	ALDEI QUINTERO VERA				
Documento	CC 80020991	Dirección	CL 70G #113 A - 36		
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	Teléfono	3208047907		
Tipo Persona	NATURAL	Forma Presentación	ÚNICO	Total Afiliados	1
Ciudad	BOGOTA D.C.	Departamento	BOGOTA D.C.		
Representante Legal		Identificación			

II. DATOS DEL AFILIADO

Documento			Residente		Exonerado		Apellidos y Nombres	Código Ciudad - Departamento	Centro de Trabajo	Ubicación Laboral
Tipo Cotizante	57	00				N	QUINTERO VERA ALDEI	11001000 - 11		BOGOTA D.C.

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

Novedades																					Extranjero	Tipo salario	Salario	Pensión						Salud						Riesgos					Caja				Parafiscales			
ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	COR	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	Días AFP	Días EPS	Días ARP	Días CCF				Código AFP	Código Tras. AFP	Tarifa AFP	IBC	Total Aporte AFP	Total Aporte FSP	Total Aporte FSPS	Código EPS	Código Tras. EPS	Tarifa EPS	IBC EPS	Aporte Salud	Aporte UPC	Código ARL	Clase Riesgo	Tarifa ARL	IBC ARL	Aporte Riesgos	Código CCF	Tarifa CCF	IBC CCF	Aporte Caja	Tarifa SENA	Aporte SENA	Tarifa ICBF	Aporte ICBF
															0	30	30	30	30			$ 1.300.000	25-14		16 %	$ 1.300.000	$ 208.000	$ 0	$ 0	EPS017		12,5 %	$ 1.300.000	$ 162.500	$ 0	14-11	5	6,900 %	$ 1.300.000	$ 90.500	CCF22	2 %	$ 1.300.000	$ 26.000	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	
$ 208.000	$ 0	$ 0	$ 162.500	$ 90.500	$ 26.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 487.000

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

¡El Poder de lo SIMPLE!

12s

CERTIFICADO DE CAPACITACIÓN Y ENTRENAMIENTO PARA TRABAJO EN ALTURAS

De acuerdo a todos los parametros y lineamientos establecidos por la Resolución 4272 del 2021 expedida por el ministerio de trabajo para trabajo en Alturas. Código acreditación ONAC 09-CPR-008 Registro Ministerio No 08SE2023220000000033929 Certificación Bureau Veritas 6072 del 2014 Certificado CO23.00525

DELTA ALTURAS SAS.
NIT. 901696137-5

Certifica que

ALDEI QUINTERO VERA
CC 80020991

Cursó y aprobó el Nivel de Formación: TRABAJADOR AUTORIZADO

Con una duración de 32 horas, realizado en la ciudad de Bogotá los dias 29 de Febrero hasta el 02 de Marzo de 2024, este certificado se expide en la fecha 02 de Marzo de 2024, en la ciudad de Bogotá, con Dirección CALLE 35 SUR -74-12

Empleador: ALDEI QUINTERO VERA
identificación: 80020991
Representante Legal: ALDEI QUINTERO VERA
ARL:SURA

Andrea Brausin L

Entrenador
ANDREA BRAUSIN
Resolucion No. 9732 del 16/12/2019

A4230

Consulté valides en www. alturasdelta.com
Call Center 314 4829292

Diana Morales B

Representante Legal
DIANA MORALES
cedula 1019043137

176

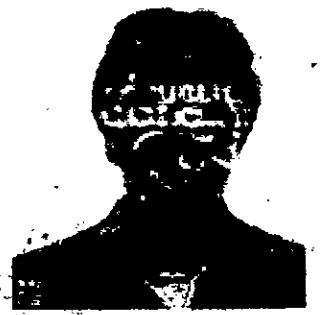
REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 1.033.720.695
RODRIGUEZ CESPEDES

APELLIDOS

LUIS ALBERTO

NOMBRES



FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 28-MAR-1990
BOGOTA D.C.
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.72 ESTATURA | A+ G.S RH | M SEXO

31-MAR-2008 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

P-1500150-00075182-M-1033720695-20080920 0003575872A 1 25781927

137

PC Asesorías Integrales

Salud Ocupacional, Seguridad Industrial,
Gestion de Riesgos y Trabajo en alturas

Certificación de Capacitación y Entrenamiento para Trabajo Seguro en Alturas

Patricia Carrasco y Asociados LTDA Asesorías Integrales

Con aprobación del Ministerio de Trabajo Nº 08SE2018220000000373222 y
Certificación ICONTEC NTC 6072 (2014) CS- CER632557
Licencia en Salud Ocupacional Nº 3937 2020 de la Secretaria de Salud de Bogotá

Certifica que:

LUIS ALBERTO RODRIGUEZ CESPEDES

Con Cedula de Ciudadanía N° 1033720695

Empresa: PATRICIA CARRASCO & ASOCIADOS LTDA: ASESORIAS INTEGRALES **ARL:** SURA
Representante Legal: PATRICIA CARRASCO **NIT:** 830011557-9

Cursó y aprobó la formación en :

ACTUALIZACION COORDINADOR DE TRABAJO EN ALTURAS

Con una duración de 16 HORAS

El proceso de formación fue desarrollado durante los días 23 y 24 de Febrero 2023
En testimonio de lo anterior se firma en Bogotá D.C. a los VEINTICUATRO (24) días de febrero 2023

Patricia Carrasco

PATRICIA CARRASCO D.
Representante Legal

Fabian Cepeda Leuro.

FABIAN ALBERTO CEPEDA LEURO
ENTRENADOR TSA
Licencia S.O Nº 7739

178

Certificado en la Transversal 21 Bis No 61B – 53, Bogotá D.C.

000003821

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
NIT 830011557	9	PATRICIA CARRASCO Y ASOCIADOS LTDA ASESORIAS INTEGRALES	B - MENOS DE 200 COTIZANTES	COMPENSAR	Transversal 21 Bis # 61b - 53	BOGOTA-BOGOTA D.E.	2496820	SI

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clavo		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2024-02	2024-02	513724710	9464223087	Y	2024/03/14	2024/03/14	BANCO DAVIVIENDA	0	$811,500

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO				PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES			
No.	Identificación		Nombres	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Dias	IBC	Aporte	
Sucursal: COMPENSAR (10 Afiliados)						$0	$0			$0	$0			$0	$0			$11,656,667	$811,500		$0	$0	
Centro de Trabajo: CENTRO TRABAJO 0 (2 Afiliados)						$0	$0			$0	$0			$0	$0			$1,256,667	$87,500		$0	$0	
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (2 Afiliados)						$0	$0			$0	$0			$0	$0			$1,256,667	$87,500		$0	$0	
1	CC	1003391009	LOPEZ MENDOZA JORGE ALIRIO		0	$0	$0		0	$0	$0		0	$0	$0	14-11	18	$780,000	$54,300	0	$0	$0	
2	CC	11188996	RUIZ LOPEZ EDGAR ENRIQUE		0	$0	$0		0	$0	$0		0	$0	$0	14-11	11	$476,667	$33,200	0	$0	$0	
Centro de Trabajo: RIESGO 5 (8 Afiliados)						$0	$0			$0	$0			$0	$0			$10,400,000	$724,000		$0	$0	
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (8 Afiliados)						$0	$0			$0	$0			$0	$0			$10,400,000	$724,000		$0	$0	
3	CC	79867773	BENAVIDES RIVEROS CAMPO ELIAS		0	$0	$0		0	$0	$0		0	$0	$0	14-11	30	$1,300,000	$90,500	0	$0	$0	
4	CC	79748860	BETANCOURT CASTRO FERNANDO		0	$0	$0		0	$0	$0		0	$0	$0	14-11	30	$1,300,000	$90,500	0	$0	$0	
5	CC	8349911	BUSTAMANTE PEREZ MAURICIO DE JESUS		0	$0	$0		0	$0	$0		0	$0	$0	14-11	30	$1,300,000	$90,500	0	$0	$0	
6	CC	11341386	GARCIA AREVALO JOSE DIOMEDES		0	$0	$0		0	$0	$0		0	$0	$0	14-11	30	$1,300,000	$90,500	0	$0	$0	
7	CC	43586314	MARTINEZ VELASQUEZ CARMEN EMILSE		0	$0	$0		0	$0	$0		0	$0	$0	14-11	30	$1,300,000	$90,500	0	$0	$0	
8	CC	1033720695	RODRIGUEZ CESPEDES LUIS ALBERTO		0	$0	$0		0	$0	$0		0	$0	$0	14-11	30	$1,300,000	$90,500	0	$0	$0	
9	CC	1022349755	SUAREZ GUEVARA EDWIN JAVIER		0	$0	$0		0	$0	$0		0	$0	$0	14-11	30	$1,300,000	$90,500	0	$0	$0	
10	CC	79925076	TORRES RODRIGUEZ JUAN LEONARDO		0	$0	$0		0	$0	$0		0	$0	$0	14-11	30	$1,300,000	$90,500	0	$0	$0	
Total			**Afiliados(10)**			$0	$0			$0	$0			$0	$0			$11,656,667	$811,500		$0	$0	

2024/03/14 04:07 PM

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
NIT 830011557	9	PATRICIA CARRASCO Y ASOCIADOS LTDA ASESORIAS INTEGRALES	B - MENOS DE 200 COTIZANTES	COMPENSAR	Transversal 21 Bis # 61b - 53	BOGOTA-BOGOTA D.E.	2496820	Si

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2024-02	2024-02	513724710	9464223087	Y	2024/03/14	2024/03/14	BANCO DAVIVIENDA	0	$811,500

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				10	$811,500	$0	$0	$811,500
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	10	$811,500	$0	$0	$811,500
TOTAL				10	$811,500	$0	$0	$811,500

2024/03/14 04:07 PM

PC Asesorías Integrales

Salud Ocupacional, Seguridad Industrial,
Gestion de Riesgos y Trabajo en alturas

Certificación de Capacitación y Entrenamiento para Trabajo Seguro en Alturas

Patricia Carrasco y Asociados LTDA Asesorías Integrales

Con aprobación del Ministerio de Trabajo Nº 08SE2018220000000373222 y
Certificación ICONTEC NTC 6072 (2014) CS- CER632557
Licencia en Salud Ocupacional Nº 3937 2020 de la Secretaria de Salud de Bogotá

Certifica que:

LUIS ALBERTO RODRIGUEZ CESPEDES

Con Cedula de Ciudadanía N° 1033720695

Empresa: PATRICIA CARRASCO & ASOCIADOS LTDA. ASESORIAS INTEGRALES **ARL:** SURA
Representante Legal: PATRICIA CARRASCO **NIT:** 830011557-9

Cursó y aprobó la formación en :

REENTRENAMIENTO NIVEL TRABAJADOR AUTORIZADO PARA TRABAJO EN ALTURAS

El proceso de formación fue desarrollado durante los días 13 de enero 2024 con una intensidad horaria de 8 horas
En testimonio de lo anterior se firma en Bogotá D.C. a los TRECE (13) días de enero 2024

Patricia Carrasco

PATRICIA CARRASCO D.
Representante Legal

Sofia Tellez V.

SOFIA TELLEZ
ENTRENADOR TSA
Licencia S.O Nº 10192

Colfondos
del grupo HABITAT

COLFONDOS S.A. PENSIONES Y CESANTIAS

CERTIFICA QUE:

El(La) Señor(a) AGUSTIN ROMERO SOLANO identificado(a) con C.C No. 7.307.339 se encuentra afiliado(a) al Fondo de Pensiones Obligatorias desde el día 01 de diciembre de 2005 y sus recursos están distribuidos como se detalla a continuación: El 20% en el FONDO CONSERVADOR desde el día 20 de octubre de 2023, y el 80% de sus aportes en el FONDO MODERADO desde el día 20 de octubre de 2023 .

Se expide la presente certificación a solicitud del afiliado(a) el día 26 de marzo de 2024.

El presente certificado fue emitido como mensaje de datos y contiene una firma digital válida para todos sus efectos de conformidad con lo dispuesto en la Ley 527 de 1999.

Cualquier inquietud adicional no dude en escribimos a través de nuestro portal transaccional www.colfondos.com.co opción Contáctanos, o comuníquese con nuestro Contact Center a través de las siguientes líneas Bogotá 748 4888, Barranquilla 386 9888, Bucaramanga 698 5888, Cali 489 9888, Cartagena 694 9888, Medellín 604 2888 y en el resto del país 01 800 05 10000.

Leonardo Cáceres García
Gerente Cuentas y Recaudo
Colfondos S.A Pensiones y Cesantías

Powered by CamScanner

equidad
riesgos laborales

LA ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES DE LA EQUIDAD SEGUROS DE VIDA O.C.

CERTIFICA QUE

El(La) señor(a) AGUSTIN ROMERO SOLANO identificado(a) con CC número 7307339 está afiliado(a) a nuestra Administradora de Riesgos Laborales con la siguiente información:

Empresa:	SEGURIDAD RALCO LTDA		
N° Identificación:	900532219		
Centro de trabajo:	Riesgo IV 4801001 Tarifa 4.350%	Sueldo básico:	$ 1.320.000
Inicio de cobertura:	24/04/2024	Fecha de retiro:	
Tipo de cotizante:	Dependiente	Estado:	En trámite

La anterior certificación se expide a través de nuestro sitio web https://www.laequidadarl.coop el dia:

martes, 23 de abril de 2024 a las 12:53 PM

La información de la presente certificación debe ser confirmada telefónicamente en nuestra línea de atención en Bogotá al número 5922929 Ext. 1232 ó 317 4022427, citando el consecutivo 00011978430001710951.

Cordialmente,

LA EQUIDAD SEGUROS O.C. – Riesgos Laborales

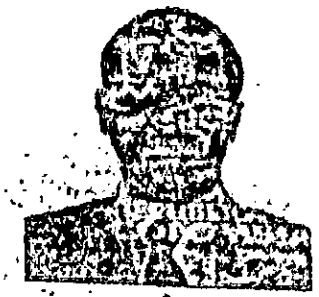
Powered by CamScanner

183

17

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 7.307.339
ROMERO SOLANO
APELLIDOS
AGUSTIN
NOMBRES



FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 29-SEP-1966
NARIÑO
CALDAS (BOYACA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.62 ESTATURA | O+ G.S. RH | M SEXO

09-NOV-1984 CHIQUINQUIRA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SANCHEZ TORRES

A-1500150-00151250 M 0007307339-20090303 0010089646A 1 1230027515

Powered by CamScanner

194

Protección

Fondo de Pensiones Obligatorias Protección

NIT 800.229.739

Hace constar que:

El(la) Señor(a) **GONZALEZ RAMOS BENIGNO RICARDO** identificado(a) con **CC** número **15.049.254** se encuentra afiliado(a) en Pensiones Obligatorias a PROTECCIÓN, desde el día 20 de enero de 1998 y sus recursos se encuentran en el **FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PROTECCIÓN MODERADO.**

Esta constancia se expide a petición del interesado(a) el día 07 de junio 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

Powered by CamScanner

185

Powered by CamScanner

186

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA



NUMERO **15.049.254**

GONZALEZ RAMOS

APELLIDOS

BENIGNO RICARDO

NOMBRES

FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **03-ABR-1970**

PLANETA RICA
(CORDOBA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.71	A+	M
ESTATURA	G.S. RH	SEXO

11-MAY-1989 SAHAGUN
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SANCHEZ TORRES

A-1303700-00127092-M-0015049254-20081114 0005958604A 1 7500000300

Powered by CamScanner

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

compensar eps

01

Gonzalez Ramos Benigno Ricardo

CC 15041254 X 05041970

Cr estudiad proteccion

151000 Cll. 42 #23-803r 3144083701

Cajica

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR

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

Seguridad Ralco nit 900532219

Av Cll 17 #71F-24 6952727 Bogota Cundinam

VI. REPORTE DE NOVEDADES

VII. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

07 04 2024

VIII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

IX. FIRMAS

Benigno gonzalez   Leidy Romero

04 ABR 2024

SUJETO A VERIFICACIÓN

Aporte Mayo Activo

Powered by CamScanner

188

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO **1.122.142.852**

PAIBA TOQUICA

APELLIDOS

HERNAN

NOMBRES

Hernan Paiba

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **17-ABR-1998**

GRANADA
(META)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.74	**O+**	**M**
ESTATURA	G.S. RH	SEXO

18-ABR-2016 ACACIAS

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VÁCHA

P-5200500-00849711-M-1122142852-20160917 0051286877A 1 46049802

Powered by CamScanner

189

LA ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES DE LA EQUIDAD SEGUROS DE VIDA O.C.

CERTIFICA QUE

El(La) señor(a) HERNAN PAIBA TOQUICA identificado(a) con CC número 1122142852 está afiliado(a) a nuestra Administradora de Riesgos Laborales con la siguiente información:

Empresa:	SEGURIDAD RALCO LTDA		
N° Identificación:	900532219		
Centro de trabajo:	Riesgo IV 4801001 Tarifa 4.350%	Sueldo básico:	$ 1.320.000
Inicio de cobertura:	06/04/2024	Fecha de retiro:	
Tipo de cotizante:	Dependiente	Estado:	Activo

La anterior certificación se expide a través de nuestro sitio web https://www.laequidadarl.coop el dia:

sábado, 6 de abril de 2024 a las 10:20 AM

La información de la presente certificación debe ser confirmada telefónicamente en nuestra línea de atención en Bogotá al número 5922929 Ext. 1232 ó 317 4022427, citando el consecutivo 00011828630001692633.

Cordialmente,

LA EQUIDAD SEGUROS O.C. – Riesgos Laborales

Powered by CamScanner

195

Famisanar

NIT 830 003 564-7

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

9010997956

27684952

06 04 2024

I. DATOS DEL TRABAJADOR

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

6. Apellidos y nombres			
	PAIBA	TOQUICA	HERNAN

7. Tipo de documento de identidad	8. Número del documento de identidad	9. Sexo	10. Fecha de nacimiento
CC	1122142852	Femenino [ ] Masculino [X]	17 04 1998

III. DATOS COMPLEMENTARIOS (Datos parcial otro)

11. Etnia	12. Discapacidad	13. Pueblo Indígena	14. Grupo de población especial	15. Administradora de riesgos laborales ARL
				POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.

16. Ingreso base $1.320.000 17. Residencia

Zona Urbana [ ] Rural [ ]

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	23. Fecha de nacimiento
		Femenino [ ] Masculino [ ]	

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

	24. Apellidos y nombres			
	Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre
1				
2				
3				
4				

	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
1							
2							
3							
4							

	31. Discapacidad	32. País de residencia					33. Pago de UPC del afiliado adicional lo reporta por la EPS
		Municipio / Distrito	Zona Urbana	Zona Rural	Departamento	Nombre No de celular	
1							
2							
3							
4							

Selección de la IPS Primaria

	34. Nombre de la institución prestadora de servicios de salud (IPS)	Código de la IPS (registrado por la EPS)
1		
2		
3		

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

35. Razón social o apellidos y nombres	36. Tipo de documento de identificación	37. Número del documento de identificación	38. Tipo de aportante o pagador de pensiones (registrado por la EPS)
SEGURIDAD RALCO LTDA	NT	900532219	

39. Dirección	40. Municipio	41. Departamento
CL 28 25 82	6623797	VILLAVICENCIO META

B. REPORTE DE NOVEDADES

42. 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 Reactivación en la EPS [ ] Código [ ] 6 Reactivación en la EPS [ ] 7 Inclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales [ ] 8 Exclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales [ ] 9 Inicio de suspensión por pérdida de condiciones para cotizar [X] 10 Terminación de la relación laboral o pérdida de las condiciones para seguir cotizando [ ] 11 Vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas [ ] 12 Desvinculación de una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas [ ] 13 Movilidad A Régimen Contributivo [ ] B Régimen Subsidiado [ ] 14 Traslado A Mismo Régimen [ ] B Diferente Régimen [ ] 15 Retiro de beneficiario 16 Retiro por traslado de empleador o cotizante [ ] 17 Retiro de la calidad de Pensionado [ ] 18 Retiro de la calidad de Pensionado [ ]

VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

43. Datos básicos de identificación						
Tipo de documento de identidad	Número del documento de identidad	Sexo Femenino	Masculino	Fecha de nacimiento	44. Fecha de novedad	
45. EPS anterior		46. Motivo de traslado Código	47. Caja de Compensación Familiar o Pagador de Pensiones		02 04 2024	

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

48.
49.
50.
51.
52.
53.
54.
55.
56.
57.
58.

VIII. FIRMAS

IX. ANEXOS

59. Anexo copia del documento de identidad
Cantidad Folios

60. Copia del formulario de afiliación vital y certificado de nacido vivo
61. Copia del registro civil del matrimonio o de la Escritura pública o acta notarial de declaración de unión marital de hecho
62. Copia de la resolución judicial o administrativa que otorga la custodia y cuidado personal, la adopción o el hogar sustituto
63. Copia del certificado de discapacidad
64. Copia del certificado de escolaridad
65. Copia del documento de identidad del cónyuge o compañero(a) permanente
66. Copia del documento que acredite la calidad de beneficiario
67. Copia de la autorización de descuento por nómina
68. Certificado de afiliación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas
69. Copia del acto administrativo o prueba idónea de la calidad de pensionado

X. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL

70. Identificación de la entidad Territorial		71. Datos del BDUA			72. Fecha de radicación	73. Fecha de validación
Código de municipio	Código del departamento	Número de folio	Puntaje	Nivel		

74. Datos del funcionario que realiza la validación

Powered by CamScanner

COLOMBIA POTENCIA DE LA VIDA

Colpensiones

LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES

CERTIFICA QUE

Verificada la base de datos de afiliados, el/la señor/a **HERNAN PAIBA TOQUICA** identificado/a con documento de identidad **Cédula de Ciudadanía** número **1122142852,** se encuentra afiliado/a desde **13/12/2016** 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 01 de abril de 2024.

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.

Colpensiones
Dirección: Carrera 10 No.72 - 33 Torre B Piso 11, Bogotá D.C., Colombia Conmutador: (+57) 601 489 0909; Línea Gratuita: 01 8000 410909 www.colpensiones.gov.co

Powered by CamScanner

142



EL CENTAURO LTDA.

ESCUELA DE CAPACITACION EN
VIGILANCIA Y SEGURIDAD PRIVADA

Renovación licencia de funcionamiento y plan educativo institucional en Seguridad Privada "PEIS" No. 29667

NIT. 900.190.075-0

Hace Constar Que:

El Señor(a) **HERNAN PAIBA TOQUICA**

Identificado con c.c. **1122142852**

Ha cumplido con todos los requisitos académicos exigidos por la ley

APROBÓ EL CURSO DE

REENTRENAMIENTO SUPERVISORES

Con una Intensidad de **30** Horas

Dado en **Bogotá** a los **1** dias del mes de **Abril** de **2024**

Maria Cristina sarmiento Vargas
Directora General

N.R.O. ECSP1567-K 196878

N.C.I. 96878

Jorge Enrique Alvarez Galindo
Director Académico

Villavicencio: Cra. 37 No. 33B-44 Tel. 3723987 **Bogotá:** Calle 21 Sur No. 14-09 3° Piso Cel. 312 535 02 26 **Chia:** Cra. 12 No. 6-114 Segundo Piso Cel. 311 538 79 41
Acacias: Calle 11 No. 24-61 Cel. 322 560 88 13 **Cali:** Cale 4B No. 39-25 Cel. 311 289 18 27

Powered by CamScanner

porvenir
sólo hay uno

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:

MARIA AYDEE FRESNEDO OVALLE, identificado(a) con cédula de ciudadanía **40.380.180**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir.**

La presente certificación se expide el 16 de Febrero del 2024.

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 presente inconsistencias, ingrese a www.porvenir.com.co *y actualice su Historia Laboral.*

Powered by CamScanner

equidad
riesgos laborales

LA ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES DE LA EQUIDAD SEGUROS DE VIDA O.C.

CERTIFICA QUE

El(La) señor(a) MARIA AYDEE FRESNEDO OVALLE identificado(a) con CC número 40380180 está afiliado(a) a nuestra Administradora de Riesgos Laborales con la siguiente información:

Empresa:	SEGURIDAD RALCO LTDA		
N° Identificación:	900532219		
Centro de trabajo:	Riesgo IV 4801001 Tarifa 4.350%	Sueldo básico:	$ 1.320.000
Inicio de cobertura:	04/04/2024	Fecha de retiro:	
Tipo de cotizante:	Dependiente	Estado:	Activo

La anterior certificación se expide a través de nuestro sitio web https://www.laequidadarl.coop el dia:

sábado, 6 de abril de 2024 a las 10:20 AM

La información de la presente certificación debe ser confirmada telefónicamente en nuestra línea de atención en Bogotá al número 5922929 Ext. 1232 ó 317 4022427, citando el consecutivo 00011828630001692627.

Cordialmente,

LA EQUIDAD SEGUROS O.C. – Riesgos Laborales

Powered by CamScanner

196

Powered by CamScanner

19

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

Salud Total EPS-S

No de Radicacion	Fecha de Radicación
4011757853	1|2|0|2|2|0|2|4

I. DATOS DEL TRÁMITE (Lea las Instrucciones que se encuentran anexas al fromulario antes de diligenciarlo)

1.tipo de tramite	2.Tipo afi acion		3.Regimen
A. Afiliación ☐ B.Reporte de Novedades ☒	B. Colectiva ☐	A. Individual: -Cotizante Cabeza de familia ☒ -Beneficiario afiliado adicional ☐ B. Institucional ☐ B. De oficio ☐	Contributivo ☒ B.Subsidiado ☐

4. Tipo de afiliado	5. Tipo de cotizante	Codigo (a registrar por la EPS)
A. Cotizante ☒ B. Cabeza de Familia ☐ C. Beneficiario ☐	A. Dependiente ☒ B. Independiente ☐ C. Pensionado ☐	1

A. AFILIACIÓN

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

6.Apellidos y nombres			
MARIA (Primer apellido)	AYDEE (Segundo apellido)	FRESNEDO (Primer nombre)	OVALLE (Segundo nombre)
7.Tipo documento de identidad	**8.Número del documento de identidad**	**9.Sexo**	**10.Fecha de nacimiento**
CC	40380180	Femenino ☒ Masculino ☐	0|9|0|4|1|9|6|7

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

Datos personales

11.Etnia	12.Discapacidad	13.Puntaje SISBEN	14.Grupo de poblacion especial
6	Tipo F N M Condicion T P		

15. Administradora de riesgos Laborales - ARL	16. Administradora de Pensiones	17. Ingreso base de cotizacion - IBC
EQUIDAD RIESGOS LABORALES	PORVENIR	1300000

18.Residencia

Dirección	Telefono fijo	Telefono celular	Correo electronico
CL 40ª SUR 99 A 05	4890953		MARIA.FRESO@GMAIL.COM

Municipio/Distrito	zona	Localidad / comuna	Departamento
BOGOTA	Urbana ☒ Rural ☐		BOGOTA

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 completos			
Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre
20. Tipo documento de identidad	**21. Número documento identidad**	**22. Sexo**	**23. Fecha de nacimiento**
		Femenino ☐ Masculino ☐	

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 documento de identidad	26. Número de identidad	27.Sexo		28.Fecha de nacimiento
			Femenino	Masculino	
B1					
B2					
B3					

Datos complementarios

	29.Parentesco	30. Etnia	31. Discapacidad				
			Tipo			Condición	
			F	N	M	T	P
B1							
B2							
B3							
B4							
B5							

32. Datos de residencia

	Municipio/Distrito	Zona		Departamento	Teléfono Fijo y/o celular	33.Valor de la UPC del afiliado adicional (a registrar por la EPS)
		Urbana	Rural			
B1						
B2						
B3						
B4						
B5						

Seleccion de la IPS Primaria

	34. Nombre de la Institución Prestadora de Salud - IPS	Codigo de la IPS(a registrar por la EPS)
C	VS BOSA - VS BOSA	VSBOSA - VSBOSA
B	-	-
B	-	-
B	-	-

V. DATOS DE IDENTIFICACION DEL EMPLEADOR Y OTROS APORTANTES DE LAS ENTIDADES RESPONSABLES DE LA AFILIACION COLECTIVA INSTITUCIONAL O DE OFICIO

35. Nombre o razón social	36. Tipo de identificación	37. Numero de documnto de identificación	38. Tipo de aportante o pagador de pensiones(a registrar por la EPS)
SEGURIDAD RALCO	NIT	901448922	01

39.Ubicación

Dirección	Teleéfono	Correo electrónico	Municipio/distrito	Departamento
4789833		RALCO.2010@HOTMAIL.COM	BOGOTA	BOGOTA

194