RESUMEN PLANILLA PAGADA

DATOS GENERALES DEL APORTANTE								
IDENTIFICACIÓN	DV	RAZÓN SOCIAL	CLASE	CÓDIGO	ARL	F. PRESENTACIÓN	ACT. ECO	TIPO DE EMPRESA
NI 901103185	5	ECOLVIAS Y GEOINGENIERIA SAS	B	0	ARL SURA - 14-11	ÚNICA	4290	Jurídica
MUN-DEP	DIRECCIÓN		TELÉFONO			EMAIL		EXENTO DE PARAFISCALES
68-1	CRA 12 21 35		6952820			ECOLVIASYGEOINGENIERIA@GMAIL.COM		S

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACIÓN										
PERÍODO PENSIÓN	PERÍODO SALUD	PLANILLA	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO	CENTRO DE TRABAJO	DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	VALOR PAGO	INTERÉS X MORA	ENTIDAD RECAUDO
2024-03	2024-04	29636315	E	2024-04-18	TODOS LOS CENTROS	TODOS	TODOS	6.935.000	0	BANCOLOMBIA
Nº AFILIADOS	REF. DE PAGO (PIN)	FECHA LÍMITE PAGO	ESTADO PLANILLA							
17	29636315	2024-04-18	Pagada							

TOTALES IBC				
IBC PENSIÓN	IBC SALUD	IBC RIESGOS	IBC CAJAS	IBC PARAF
22.121.880	23.421.880	23.421.880	23.421.880	0

SUBSISTEMA	CÓDIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	VALOR UPC	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES DESCONTADOS	VALOR A PAGAR
AFP(Administradoras: 4)				16	3.539.900	0	0	0	3.539.900
COLFONDOS	231001	800227940	6	1	400.000	0	0	0	400.000
PORVENIR	230301	800224808	8	7	1.646.000	0	0	0	1.646.000
PROTECCION	230201	800229739	0	4	745.000	0	0	0	745.000
COLPENSIONES	25-14	900336004	7	4	748.900	0	0	0	748.900
EPS(Administradoras: 7)				17	937.500	0	0	0	937.500
COOSALUD	EPS042	900226715	3	1	50.500	0	0	0	50.500
EPS-S COOSALUD	ESSC24	900226715	3	2	85.400	0	0	0	85.400
NUEVA E.P.S. S.A.	EPS037	900156264	2	6	365.700	0	0	0	365.700
SALUD TOTAL	EPS002	800130907	4	2	79.500	0	0	0	79.500
NUEVA E.P.S. S.A. MOV	EPS041	900156264	2	2	126.200	0	0	0	126.200
SANITAS	EPS005	800251440	6	3	228.400	0	0	0	228.400
EPS SURA	EPS010	800088702	2	1	1.800	0	0	0	1.800
ARP(Administradoras: 1)				17	1.520.100	0	0	0	1.520.100
ARL SURA	14-11	890903790	5	17	1.520.100	0	0	0	1.520.100
CCF(Administradoras: 1)				17	937.500	0	0	0	937.500
CAJASAN	CCF39	890200106	1	17	937.500	0	0	0	937.500
Gran Total					6.935.000	0	0	0	6.935.000

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

Bancolombia

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	NIT	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	901672292
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			SANDOVAL Y CASTANEDA SOLUCIONES S.A.S
CIUDAD/MUNICIPIO:	PIEDECUESTA	DEPARTAMENTO:	SANTANDER
DIRECCIÓN:	CARRERA 3 W # 14 -79	TELÉFONO:	6762241
TIPO APORTANTE:	01-EMPLEADOR	CLASE APORTANTE:	B-MENOS DE 200 COTIZANTES
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Actividades de arquitectura e ingeniería y otras
FORMA DE PRESENTACIÓN:	SUCURSAL	SUCURSAL / DEPENDENCIA:	OBRA002 - VIVERO
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			SI

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:		**7923281491**	TIPO DE PLANILLA:		E-EMPLEADOS
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES marzo	AÑO 2024	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES abril	AÑO 2024
DÍAS DE MORA:	3				
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):	2024/04/22		NÚMERO AUTORIZACIÓN:	588197662	

TOTAL APORTES A PENSIÓN

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	COTIZACIÓN	APORTES VOLUNTARIOS		FSP		MORA		TOTALES		
CÓDIGO	NOMBRE			EMPLEADOR	COTIZANTE	SOLIDARIDAD	SUBSISTENCIA	COTIZACIÓN	FSP	APORTES	MORA	VALOR PAGADO
230201	230201- PROTECCION	3	$ 624.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 1.600	$ 0	$ 624.000	$ 1.600	$ 625.600
25-14	25-14 COLPENSIONES	3	$ 228.900	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 600	$ 0	$ 228.900	$ 600	$ 229.500
230301	230301-PORVENIR	23	$ 3.758.200	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 9.600	$ 0	$ 3.758.200	$ 9.600	$ 3.767.800
SUBTOTALES:										**$ 4.611.100**	**$ 11.800**	**$ 4.622.900**

TOTAL APORTES A SALUD

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD		LICENCIA MATERNIDAD		SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN		MORA		TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
EPS002	EPS002-SALUD TOTAL	3		$ 0		$ 0		$ 0	$ 156.000	$ 0	$ 400	$ 0	$ 156.000	$ 400	$ 0	$ 156.400
EPS005	EPS005-SANITAS S.A.	3		$ 0		$ 0		$ 0	$ 105.800	$ 0	$ 300	$ 0	$ 105.800	$ 300	$ 0	$ 106.100
EPS037	EPS037-NUEVA EPS	7		$ 0		$ 0		$ 0	$ 306.900	$ 0	$ 800	$ 0	$ 306.900	$ 800	$ 0	$ 307.700
EPS041	NUEVA EPS CM	4		$ 0		$ 0		$ 0	$ 208.000	$ 0	$ 600	$ 0	$ 208.000	$ 600	$ 0	$ 208.600
EPS042	EPS042 - COOSALUD	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 52.000	$ 0	$ 200	$ 0	$ 52.000	$ 200	$ 0	$ 52.200
ESSC24	ESSC24-COOSALUD ESS	4		$ 0		$ 0		$ 0	$ 107.600	$ 0	$ 300	$ 0	$ 107.600	$ 300	$ 0	$ 107.900
EPS010	CIA SURAMERICANA DE SERVICIOS DE SALUD	2		$ 0		$ 0		$ 0	$ 7.000	$ 0	$ 100	$ 0	$ 7.000	$ 100	$ 0	$ 7.100
EPS017	EPS017-FAMISANAR	4		$ 0		$ 0		$ 0	$ 208.000	$ 0	$ 600	$ 0	$ 208.000	$ 600	$ 0	$ 208.600
ESSC07	ESSC07-ASOC. MUT. SER EMPRESA SOL. ESS	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 1.800	$ 0	$ 100	$ 0	$ 1.800	$ 100	$ 0	$ 1.900
SUBTOTALES:													**$ 1.153.100**	**$ 3.400**	**$ 0**	**$ 1.156.500**

TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD IRP			SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN	TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PAGO A OTROS RIESGOS	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
14-11	14-11 - ARL SURA	29		$ 0	$ 0		$ 0	$ 2.006.700	$ 2.006.700	$ 5.200	$ 0	$ 2.011.900
SUBTOTALES:									**$ 2.006.700**	**$ 5.200**	**$ 0**	**$ 2.011.900**

TOTAL APORTES A CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	TOTALES		
CÓDIGO	NOMBRE		APORTES	MORA	VALOR PAGADO
CCF64	CCF64-CAJASAI	1	$ 52.000	$ 200	$ 52.200
CCF39	CCF39-CAJASAN	28	$ 1.101.100	$ 2.900	$ 1.104.000
SUBTOTALES:			**$ 1.153.100**	**$ 3.100**	**$ 1.156.200**

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

DATOS DEL COTIZANTE									NOVEDADES																SEGURIDAD SOCIAL																				PARAFISCALES						
																									PENSIÓN								SALUD						ARP													
Nº	IDENTIFICACIÓN	NOMBRES	TIPO COTIZANTE	SUBTIPO COTIZANTE	SALARIO BÁSICO	TIPO DE SALARIO	COLOMBIANO	EXTRANJERO	REFORMA TRIBUTARIA	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	FSP SUBSISTENCIA	FSP SOLIDARIDAD	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADO	INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APORTE	ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	TOTAL APORTE	ADMIN	DÍAS COT	IBC	CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APORTE	DÍAS COT	IBC	ADMIN	TOTAL APORTE	SENA TOTAL APORTE	ICBF TOTAL APORTE	ESAP TOTAL APORTE	MINEDU TOTAL APORTE
1	CC 1005152560	ORTEGA ACEROS MICHAEL ANGEIDER	DEPEND		$ 1.300.000	FIJO			SI																230201-PROTECCION	30	$ 1.300.000	$ 208.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 208.000	EPS017-FAMISANAR	30	$ 1.300.000	$ 52.000	$ 0	$ 52.000	14-11 - ARL SURA	30	$ 1.300.000	1	$ 90.500	30	$ 1.300.000	CCF39-CAJASAN	$ 52.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
2	CC 1048994462	PEÑA RIOS JOEL	DEPEND		$ 1.300.000	FIJO			SI																230301-PORVENIR	30	$ 1.300.000	$ 208.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 208.000	EPS005-SANITAS S.A.	30	$ 1.300.000	$ 52.000	$ 0	$ 52.000	14-11 - ARL SURA	30	$ 1.300.000	1	$ 90.500	30	$ 1.300.000	CCF39-CAJASAN	$ 52.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
3	CC 1090982059	RODRIGUEZ PINZON MIGUEL ANGEL	DEPEND		$ 1.300.000	FIJO			SI																230301-PORVENIR	30	$ 1.300.000	$ 208.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 208.000	ESSC24-COOSALUD ESS	30	$ 1.300.000	$ 52.000	$ 0	$ 52.000	14-11 - ARL SURA	30	$ 1.300.000	1	$ 90.500	30	$ 1.300.000	CCF39-CAJASAN	$ 52.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
4	CC 1092334199	CARDENAS CAÑAS PEDRO JOSE	DEPEND		$ 1.300.000	FIJO			SI	18	18														230301-PORVENIR	1	$ 43.334	$ 7.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 7.000	ESSC24-COOSALUD ESS	1	$ 43.334	$ 1.800	$ 0	$ 1.800	14-11 - ARL SURA	1	$ 43.334	1	$ 3.100	1	$ 43.334	CCF39-CAJASAN	$ 1.800	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
5	CC 1095580639	ORDUZ ESPINOSA DANIEL FELIPE	DEPEND		$ 1.300.000	FIJO			SI																230301-PORVENIR	30	$ 1.300.000	$ 208.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 208.000	EPS037-NUEVA EPS	30	$ 1.300.000	$ 52.000	$ 0	$ 52.000	14-11 - ARL SURA	30	$ 1.300.000	1	$ 90.500	30	$ 1.300.000	CCF39-CAJASAN	$ 52.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
6	CC 1095806611	CAPACHO ANTELIZ ANGEL MANUEL	DEPEND		$ 1.300.000	FIJO			SI																230301-PORVENIR	30	$ 1.300.000	$ 208.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 208.000	EPS037-NUEVA EPS	30	$ 1.300.000	$ 52.000	$ 0	$ 52.000	14-11 - ARL SURA	30	$ 1.300.000	1	$ 90.500	30	$ 1.300.000	CCF39-CAJASAN	$ 52.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
7	CC 1095826779	DIAZ PALOMINO JUAN FELIPE	DEPEND		$ 1.300.000	FIJO			SI																230201-PROTECCION	30	$ 1.300.000	$ 208.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 208.000	EPS002-SALUD TOTAL	30	$ 1.300.000	$ 52.000	$ 0	$ 52.000	14-11 - ARL SURA	30	$ 1.300.000	1	$ 90.500	30	$ 1.300.000	CCF39-CAJASAN	$ 52.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
8	CC 1098703864	CELIS TORRES ANDRES ELIECER	DEPEND		$ 1.300.000	FIJO			SI	01	02														230301-PORVENIR	2	$ 86.667	$ 13.900	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 13.900	CIA SURAMERICANA DE SERVICIOS DE SALUD	2	$ 86.667	$ 3.500	$ 0	$ 3.500	14-11 - ARL SURA	2	$ 86.667	1	$ 6.100	2	$ 86.667	CCF39-CAJASAN	$ 3.500	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
9	CC 1098769518	RIOS GARCIA JORGE ELIECER	DEPEND		$ 1.300.000	FIJO			SI	12															230301-PORVENIR	19	$ 823.334	$ 131.800	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 131.800	EPS037-NUEVA EPS	19	$ 823.334	$ 33.000	$ 0	$ 33.000	14-11 - ARL SURA	19	$ 823.334	1	$ 57.400	19	$ 823.334	CCF39-CAJASAN	$ 33.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0

Planilla Pagada

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	NIT	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	901672292
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			SANDOVAL Y CASTANEDA SOLUCIONES S.A.S
CIUDAD/MUNICIPIO:	PIEDECUESTA	DEPARTAMENTO:	SANTANDER
DIRECCIÓN:	CARRERA 3 W # 14 -79	TELÉFONO:	6762241
TIPO APORTANTE:	01-EMPLEADOR	CLASE APORTANTE:	B-MENOS DE 200 COTIZANTES
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Actividades de arquitectura e ingeniería y otras
FORMA DE PRESENTACIÓN:	SUCURSAL	SUCURSAL / DEPENDENCIA:	OBRA002 - VIVERO
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):	SI		

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:	**7923281491**			TIPO DE PLANILLA:	E-EMPLEADOS
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES marzo AÑO 2024			PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES abril AÑO 2024
DÍAS DE MORA:	3				
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):	2024/04/22			NÚMERO AUTORIZACIÓN:	588197662

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

DATOS DEL COTIZANTE									NOVEDADES																SEGURIDAD SOCIAL																				PARAFISCALES						
																									PENSIÓN								SALUD						ARP													
																												FSP		APORTES VOLUNTARIOS																					
Nº	IDENTIFICACIÓN	NOMBRES	TIPO COTIZANTE	SUBTIPO COTIZANTE	SALARIO BÁSICO	TIPO DE SALARIO	COLOMBIANO	EXTRANJERO	REFORMA TRIBUTARIA	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	SUBSISTENCIA	SOLIDARIDAD	EMPLEADOR	EMPLEADO	INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APORTE	ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	TOTAL APORTE	ADMIN	DÍAS COT	IBC	CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APORTE	DÍAS COT	IBC	CCF ADMIN	CCF TOTAL APORTE	SENA TOTAL APORTE	ICBF TOTAL APORTE	ESAP TOTAL APORTE	MINEDU TOTAL APORTE
10	CC 1098778476	CASTRO BAUTISTA DIEGO FERNANDO	DEPEND		$ 1.300.000	FIJO			SI		02														25-14 COLPENSIONES	2	$ 86.667	$ 13.900	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 13.900	CIA SURAMERICANA DE SERVICIOS DE SALUD	2	$ 86.667	$ 3.500	$ 0	$ 3.500	14-11 - ARL SURA	2	$ 86.667	1	$ 6.100	2	$ 86.667	CCF39-CAJASAN	$ 3.500	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
11	CC 1100891048	CAMPO GARCIA DANILO	DEPEND		$ 1.300.000	FIJO			SI																230301-PORVENIR	30	$ 1.300.000	$ 208.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 208.000	ESSC24-COOSALUD ESS	30	$ 1.300.000	$ 52.000	$ 0	$ 52.000	14-11 - ARL SURA	30	$ 1.300.000	1	$ 90.500	30	$ 1.300.000	CCF39-CAJASAN	$ 52.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
12	CC 1116798248	CARRERO TELLEZ JUAN ONOFRE	DEPEND		$ 1.300.000	FIJO			SI																230301-PORVENIR	30	$ 1.300.000	$ 208.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 208.000	NUEVA EPS CM	30	$ 1.300.000	$ 52.000	$ 0	$ 52.000	14-11 - ARL SURA	30	$ 1.300.000	1	$ 90.500	30	$ 1.300.000	CCF39-CAJASAN	$ 52.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
13	CC 1127350728	CARRILLO VERA JESUS ANTONIO	DEPEND		$ 1.300.000	FIJO			SI	18	18														230301-PORVENIR	1	$ 43.334	$ 7.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 7.000	EPS005-SANITAS S.A.	1	$ 43.334	$ 1.800	$ 0	$ 1.800	14-11 - ARL SURA	1	$ 43.334	1	$ 3.100	1	$ 43.334	CCF39-CAJASAN	$ 1.800	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
14	CC 1193524295	SILVA NINO GARID	DEPEND		$ 1.300.000	FIJO			SI	19															230301-PORVENIR	12	$ 520.000	$ 83.200	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 83.200	EPS037-NUEVA EPS	12	$ 520.000	$ 20.800	$ 0	$ 20.800	14-11 - ARL SURA	12	$ 520.000	1	$ 36.200	12	$ 520.000	CCF39-CAJASAN	$ 20.800	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
15	CC 1232891659	ORTEGA PINZON YEISMER OMAR	DEPEND		$ 1.300.000	FIJO			SI																230301-PORVENIR	30	$ 1.300.000	$ 208.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 208.000	EPS017-FAMISANAR	30	$ 1.300.000	$ 52.000	$ 0	$ 52.000	14-11 - ARL SURA	30	$ 1.300.000	1	$ 90.500	30	$ 1.300.000	CCF39-CAJASAN	$ 52.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
16	CC 12436601	GUTIERREZ QUINTERO JUAN	DEPEND		$ 1.300.000	FIJO			SI	05															230301-PORVENIR	26	$ 1.126.667	$ 180.300	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 180.300	EPS037-NUEVA EPS	26	$ 1.126.667	$ 45.100	$ 0	$ 45.100	14-11 - ARL SURA	26	$ 1.126.667	1	$ 78.500	26	$ 1.126.667	CCF39-CAJASAN	$ 45.100	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
17	CC 13562807	PABON OSORIO HERNAN	DEPEND		$ 1.300.000	FIJO			SI																230301-PORVENIR	30	$ 1.300.000	$ 208.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 208.000	EPS002-SALUD TOTAL	30	$ 1.300.000	$ 52.000	$ 0	$ 52.000	14-11 - ARL SURA	30	$ 1.300.000	1	$ 90.500	30	$ 1.300.000	CCF39-CAJASAN	$ 52.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
18	CC 13722382	VELASCO CARRILLO JAVIER	DEPEND		$ 1.300.000	FIJO			SI																230301-PORVENIR	30	$ 1.300.000	$ 208.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 208.000	NUEVA EPS CM	30	$ 1.300.000	$ 52.000	$ 0	$ 52.000	14-11 - ARL SURA	30	$ 1.300.000	1	$ 90.500	30	$ 1.300.000	CCF39-CAJASAN	$ 52.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
19	CC 13723772	PARADA ARIZA JHON JAIRO	DEPEND		$ 1.300.000	FIJO			SI	04	04														230301-PORVENIR	1	$ 43.334	$ 7.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 7.000	ESSC24-COOSALUD ESS	1	$ 43.334	$ 1.800	$ 0	$ 1.800	14-11 - ARL SURA	1	$ 43.334	1	$ 3.100	1	$ 43.334	CCF39-CAJASAN	$ 1.800	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
20	CC 13746181	PEREZ BRAVO GUSTAVO ADOLFO	DEPEND		$ 1.300.000	FIJO			SI																230301-PORVENIR	30	$ 1.300.000	$ 208.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 208.000	EPS005-SANITAS S.A.	30	$ 1.300.000	$ 52.000	$ 0	$ 52.000	14-11 - ARL SURA	30	$ 1.300.000	1	$ 90.500	30	$ 1.300.000	CCF39-CAJASAN	$ 52.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
21	CC 13930703	RAMIREZ CASTRO WILINTON	DEPEND		$ 1.300.000	FIJO			SI																230301-PORVENIR	30	$ 1.300.000	$ 208.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 208.000	EPS002-SALUD TOTAL	30	$ 1.300.000	$ 52.000	$ 0	$ 52.000	14-11 - ARL SURA	30	$ 1.300.000	1	$ 90.500	30	$ 1.300.000	CCF39-CAJASAN	$ 52.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
22	CC 5917297	HILARRAZA GUEDEZ EDIXON ALEXANDER	DEPEND		$ 1.300.000	FIJO			SI																230301-PORVENIR	30	$ 1.300.000	$ 208.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 208.000	EPS042 - COOSALUD	30	$ 1.300.000	$ 52.000	$ 0	$ 52.000	14-11 - ARL SURA	30	$ 1.300.000	1	$ 90.500	30	$ 1.300.000	CCF39-CAJASAN	$ 52.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
23	CC 88193062	HERNANDEZ MENDOZA JOSE MANUEL	DEPEND		$ 1.300.000	FIJO			SI	11	11														25-14 COLPENSIONES	1	$ 43.334	$ 7.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 7.000	ESSC07-ASOC. MUT. SER EMPRESA SOL. ESS	1	$ 43.334	$ 1.800	$ 0	$ 1.800	14-11 - ARL SURA	1	$ 43.334	1	$ 3.100	1	$ 43.334	CCF39-CAJASAN	$ 1.800	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
24	CC 88309857	TELLEZ MANTILLA EZEQUIEL	DEPEND		$ 1.300.000	FIJO			SI																230301-PORVENIR	30	$ 1.300.000	$ 208.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 208.000	NUEVA EPS CM	30	$ 1.300.000	$ 52.000	$ 0	$ 52.000	14-11 - ARL SURA	30	$ 1.300.000	1	$ 90.500	30	$ 1.300.000	CCF39-CAJASAN	$ 52.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
25	CC 91183303	RODRIGUEZ GOMEZ LUIS JESUS	DEPEND		$ 1.300.000	FIJO			SI																230301-PORVENIR	30	$ 1.300.000	$ 208.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 208.000	EPS017-FAMISANAR	30	$ 1.300.000	$ 52.000	$ 0	$ 52.000	14-11 - ARL SURA	30	$ 1.300.000	1	$ 90.500	30	$ 1.300.000	CCF64-CAJASAI	$ 52.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
26	CC 91488217	VALENCIA GARCES WILFRED	DEPEND		$ 1.300.000	FIJO			SI																230301-PORVENIR	30	$ 1.300.000	$ 208.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 208.000	EPS037-NUEVA EPS	30	$ 1.300.000	$ 52.000	$ 0	$ 52.000	14-11 - ARL SURA	30	$ 1.300.000	1	$ 90.500	30	$ 1.300.000	CCF39-CAJASAN	$ 52.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
27	CC 91494673	OSORIO LEON JAIRO	DEPEND		$ 1.300.000	FIJO			SI																230201-PROTECCION	30	$ 1.300.000	$ 208.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 208.000	EPS017-FAMISANAR	30	$ 1.300.000	$ 52.000	$ 0	$ 52.000	14-11 - ARL SURA	30	$ 1.300.000	1	$ 90.500	30	$ 1.300.000	CCF39-CAJASAN	$ 52.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
28	CC 91498481	CASTAÑEDA FLOREZ JOSE CARLOS	DEPEND		$ 1.300.000	FIJO			SI																230301-PORVENIR	30	$ 1.300.000	$ 208.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 208.000	EPS037-NUEVA EPS	30	$ 1.300.000	$ 52.000	$ 0	$ 52.000	14-11 - ARL SURA	30	$ 1.300.000	1	$ 90.500	30	$ 1.300.000	CCF39-CAJASAN	$ 52.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
29	CC 96169375	TELLEZ RINCON FREDY ALEXANDER	DEPEND		$ 1.300.000	FIJO			SI																25-14 COLPENSIONES	30	$ 1.300.000	$ 208.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 208.000	NUEVA EPS CM	30	$ 1.300.000	$ 52.000	$ 0	$ 52.000	14-11 - ARL SURA	30	$ 1.300.000	1	$ 90.500	30	$ 1.300.000	CCF39-CAJASAN	$ 52.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0

TOTAL	**$ 8.947.500**

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	901663666-8	PROYECTOS Y MANTENIMIENTOS CHIPATECUA SAS	calle 41 # 27 25	8795003	proyectosymantenimientosch@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	B – menos de 200 c		SANTANDER	BUCARAMANGA		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
					6	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2024-04	2024-03	E		76336670	$2.213.800	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD

Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS002	Salud Total EPS	800130907-4	52.000	0		0		0	0	0	0	52.000	1
EPS010	EPS Sura	800088702-2	208.000	0		0		0	0	0	0	208.000	4
EPS017	Famisanar EPS	830003564-7	26.000	0		0		0	0	0	0	26.000	1

TOTALES PENSIÓN

Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
230201	Proteccion (ING + Proteccion)	800229739-0	624.000	0	0	0	0	0	0		624.000	3
230301	Porvenir	800224808-8	416.000	0	0	0	0	0	0		416.000	2
231001	Colfondos	800227940-6	104.000	0	0	0	0	0	0		104.000	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										
14-11	ARL SURA	890903790-5	497.800				497.800	0	0	497.800			4.978	497.800	6

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF40	Comfenalco Santander	890201578-7	286.000	0	0	286.000	6

TOTALES PARAFISCALES

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

TOTALES POR SUBSISTEMA

Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	3	286.000	286.000
Pensión	3	1.144.000	1.144.000
Riesgos Laborales	1	497.800	497.800
CCF	1	286.000	286.000
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	8	2.213.800	2.213.800

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

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
NI	901663666-8	PROYECTOS Y MANTENIMIENTOS CHIPATECUA SAS		calle 41 # 27 25	8795003	proyectosymantenimientosch@gmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
ÚNICA	B – menos de 200 c			SANTANDER	BUCARAMANGA	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
					6	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2024-04	2024-03	E		76336670	$2.213.800	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE									INFORMACIÓN NOVEDADES																		PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES				
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Colom. exterior	Exonerado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntario Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
1	CC	1019056123	BERNAL GARZON ALEXANDER	1	0			S																	230301	1.300.000	208.000	0	0	0	0	EPS010	1.300.000	52.000	14-11	1.300.000	5	90.500	CCF40	1.300.000	52.000	0	0	0	0	0
2	CC	1031120811	CHIPATECUA TELLEZ CRISTIAN ORLANDO	1	0			S																	230201	1.300.000	208.000	0	0	0	0	EPS010	1.300.000	52.000	14-11	1.300.000	5	90.500	CCF40	1.300.000	52.000	0	0	0	0	0
3	CC	1032442986	CHIPATECUA TELLEZ EDWARD LEONARDO	1	0			S																	230201	1.300.000	208.000	0	0	0	0	EPS010	1.300.000	52.000	14-11	1.300.000	5	90.500	CCF40	1.300.000	52.000	0	0	0	0	0
4	CC	1232893119	CASIQUE ARDILA FRAN GEIMAN	1	0			S																	230301	1.300.000	208.000	0	0	0	0	EPS002	1.300.000	52.000	14-11	1.300.000	5	90.500	CCF40	1.300.000	52.000	0	0	0	0	0
5	CC	79382623	CHIPATECUA PULIDO GILBERTO	1	0			S																	230201	1.300.000	208.000	0	0	0	0	EPS010	1.300.000	52.000	14-11	1.300.000	5	90.500	CCF40	1.300.000	52.000	0	0	0	0	0
6	CC	1005323469	BLANCO MANTILLA EDUWIN ARMANDO	1	0			S	X																231001	650.000	104.000	0	0	0	0	EPS017	650.000	26.000	14-11	650.000	5	45.300	CCF40	650.000	26.000	0	0	0	0	0

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	901198698-9	AYB TOPOGRAFIA EINGENIERIA SAS	MZ L CA 13 BRR CHACARITA II	6982092	AYBTOPOGRAFIA@GMAIL.COM	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	B – menos de 200 c		SANTANDER	PIEDECUESTA		SI

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					7	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2024-04	2024-03	E	23/04/2024	76497127	$2.820.300	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD

Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS002	Salud Total EPS	800130907-4	104.000	0		0		0	1	100	0	104.100	2
EPS005	Sanitas EPS	800251440-6	104.000	0		0		0	1	100	0	104.100	2
EPS010	EPS Sura	800088702-2	156.000	0		0		0	1	200	0	156.200	3

TOTALES PENSIÓN

Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
230201	Proteccion (ING + Proteccion)	800229739-0	624.000	0	0	0	0	1	600	0	624.600	3
230301	Porvenir	800224808-8	624.000	0	0	0	0	1	600	0	624.600	3
231001	Colfondos	800227940-6	208.000	0	0	0	0	1	200	0	208.200	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										
14-11	ARL SURA	890903790-5	633.500				633.500	1	600	634.100			6.335	634.100	7

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF39	Cajasan	890200106-1	364.000	1	400	364.400	7

TOTALES PARAFISCALES

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

TOTALES POR SUBSISTEMA

Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	3	364.000	364.400
Pensión	3	1.456.000	1.457.400
Riesgos Laborales	1	633.500	634.100
CCF	1	364.000	364.400
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	8	2.817.500	2.820.300

PAGADA

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

RESUMEN PLANILLA PAGADA

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

IDENTIFICACIÓN	DV	RAZÓN SOCIAL	CLASE	CÓDIGO	ARL	F. PRESENTACIÓN	ACT. ECO	TIPO DE EMPRESA
NI 900494267	3	MIGUEL SILVA INGENIERIA SAS	B	001	SEGUROS COLPATRIA - 14-4	SUCURSAL	7112	Jurídica

MUN-DEP	DIRECCIÓN	TELÉFONO	EMAIL	EXENTO DE PARAFISCALES
68-276	CL 116 3169 BL 10 AP 530 MZ 15	6398314	GYCINGENIEROSSAS@HOTMAIL.COM	S

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACIÓN

PERÍODO PENSIÓN	PERÍODO SALUD	PLANILLA	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO	CENTRO DE TRABAJO	DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	VALOR PAGO	INTERÉS X MORA	ENTIDAD RECAUDO
2024-03	2024-04	29442376	E	2024-04-02	TODOS LOS CENTROS	TODOS	TODOS	3.194.300	0	BANCO DE OCCIDENTE

Nº AFILIADOS	REF. DE PAGO (PIN)	FECHA LÍMITE PAGO	ESTADO PLANILLA
9	29442376	2024-04-15	Pagada

EMPLEADO					NOVEDADES																DÍAS				PENSIÓN					SALUD			CCF			RIESGOS		TARIFA	PARAF	SENA	ICBF	ESAP	MIN					
N.	ID	EMPLEADO	SALARIO	MODALIDAD DE SALARIO	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VTE	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	EPST	AFPT	AFP	EPS	CCF	ARL	NOMBRE	IBC	Cot	FNSOL	FNSUB	NOMBRE	IBC	Cot	NOMBRE	IBC	Cot	IBC	Cot.	ARL	IBC	Cot.	Cot.	Cot.	Cot.	Tipo Cot.	Sub. Tipo Cot.	Total	Exento de Parafiscales	Actividad Económica
1	CC 5796194	URIBE RODRIGUEZ AQUILEO	1.300.000	F	X															0			26	26	26	26	COLPENSION ES-25-14	1.126.667	180.300	0	0	SANITAS-EPS005	1.126.667	45.100	CAJASAN-CCF39	1.126.667	45.100	1.126.667	78.500	0,06960	0	0	0	0	0	01	0	349.000	S	5711001
2	CC 13720341	JAIMES HERNANDEZ CARLOS ALBERTO	1.300.000	F	X	X														0			13	13	13	13	PORVENIR-230301	563.334	90.200	0	0	NUEVA E.P.S. S.A. MOV-EPS041	563.334	22.600	CAJASAN-CCF39	563.334	22.600	563.334	39.300	0,06960	0	0	0	0	0	01	0	174.700	S	5711001
3	CC 91160280	GELVES VARGAS GIOVANNY	1.300.000	F	X															0			26	26	26	26	COLPENSION ES-25-14	1.126.667	180.300	0	0	NUEVA E.P.S. S.A.-EPS037	1.126.667	45.100	CAJASAN-CCF39	1.126.667	45.100	1.126.667	78.500	0,06960	0	0	0	0	0	01	0	349.000	S	5711001
4	CC 91490495	JAIMES HERNANDEZ LUIS GABRIEL	1.300.000	F	X	X														0			13	13	13	13	COLPENSION ES-25-14	563.334	90.200	0	0	NUEVA E.P.S. S.A.-EPS037	563.334	22.600	CAJASAN-CCF39	563.334	22.600	563.334	39.300	0,06960	0	0	0	0	0	01	0	174.700	S	5711001
5	CC 91542602	FERREIRA PIMIENTO WILLIAM	1.300.000	F	X															0			26	26	26	26	PORVENIR-230301	1.126.667	180.300	0	0	SALUD TOTAL-EPS002	1.126.667	45.100	CAJASAN-CCF39	1.126.667	45.100	1.126.667	78.500	0,06960	0	0	0	0	0	01	0	349.000	S	5711001
6	CC 1098681256	HERNANDEZ HERNANDEZ ANDERSON FABIAN	1.300.000	F	X	X														0			13	13	13	13	PORVENIR-230301	563.334	90.200	0	0	NUEVA E.P.S. S.A.-EPS037	563.334	22.600	CAJASAN-CCF39	563.334	22.600	563.334	39.300	0,06960	0	0	0	0	0	01	0	174.700	S	5711001
7	CC 1098774452	CORTES BLANCO WENDY LORAINE	1.300.000	F																0			30	30	30	30	PORVENIR-230301	1.300.000	208.000	0	0	SANITAS-EPS005	1.300.000	52.000	CAJASAN-CCF39	1.300.000	52.000	1.300.000	90.500	0,06960	0	0	0	0	0	01	0	402.500	S	5711001
8	CC 1098793880	MENDOZA FLOREZ ALEJANDRO	2.200.000	F																0			30	30	30	30	PORVENIR-230301	2.200.000	352.000	0	0	EPS SURA-EPS010	2.200.000	88.000	CAJASAN-CCF39	2.200.000	88.000	2.200.000	11.500	0,00522	0	0	0	0	0	01	0	539.500	S	1711001
9	CC 1102369209	BOLAÑOS BARANDICA JULIETH	2.200.000	F																0			30	30	30	30	PORVENIR-230301	2.200.000	352.000	0	0	SALUD TOTAL-EPS002	2.200.000	88.000	CAJASAN-CCF39	2.200.000	88.000	2.200.000	153.200	0,06960	0	0	0	0	0	01	0	681.200	S	5711001

RESUMEN PLANILLA PAGADA

DATOS GENERALES DEL APORTANTE								
IDENTIFICACIÓN	DV	RAZÓN SOCIAL	CLASE	CÓDIGO	ARL	F. PRESENTACIÓN	ACT. ECO	TIPO DE EMPRESA
NI 900494267	3	MIGUEL SILVA INGENIERIA SAS	B	001	SEGUROS COLPATRIA - 14-4	SUCURSAL	7112	Jurídica
MUN-DEP	DIRECCIÓN		TELÉFONO			EMAIL		EXENTO DE PARAFISCALES
68-276	CL 116 3169 BL 10 AP 530 MZ 15		6398314			GYCINGENIEROSSAS@HOTMAIL.COM		S

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACIÓN										
PERÍODO PENSIÓN	PERÍODO SALUD	PLANILLA	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO	CENTRO DE TRABAJO	DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	VALOR PAGO	INTERÉS X MORA	ENTIDAD RECAUDO
2024-03	2024-04	29442376	E	2024-04-02	TODOS LOS CENTROS	TODOS	TODOS	3.194.300	0	BANCO DE OCCIDENTE
Nº AFILIADOS	REF. DE PAGO (PIN)	FECHA LÍMITE PAGO	ESTADO PLANILLA							
9	29442376	2024-04-15	Pagada							

TOTALES IBC				
IBC PENSIÓN	IBC SALUD	IBC RIESGOS	IBC CAJAS	IBC PARAF
10.770.003	10.770.003	10.770.003	10.770.003	0

SUBSISTEMA	CÓDIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	VALOR UPC	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES DESCONTADOS	VALOR A PAGAR
AFP(Administradoras: 2)				9	1.723.500	0	0	0	1.723.500
PORVENIR	230301	800224808	8	6	1.272.700	0	0	0	1.272.700
COLPENSIONES	25-14	900336004	7	3	450.800	0	0	0	450.800
EPS(Administradoras: 5)				9	431.100	0	0	0	431.100
NUEVA E.P.S. S.A.	EPS037	900156264	2	3	90.300	0	0	0	90.300
SANITAS	EPS005	800251440	6	2	97.100	0	0	0	97.100
SALUD TOTAL	EPS002	800130907	4	2	133.100	0	0	0	133.100
EPS SURA	EPS010	800088702	2	1	88.000	0	0	0	88.000
NUEVA E.P.S. S.A. MOV	EPS041	900156264	2	1	22.600	0	0	0	22.600
ARP(Administradoras: 1)				9	608.600	0	0	0	608.600
SEGUROS COLPATRIA	14-4	860002183	9	9	608.600	0	0	0	608.600
CCF(Administradoras: 1)				9	431.100	0	0	0	431.100
CAJASAN	CCF39	890200106	1	9	431.100	0	0	0	431.100
Gran Total					3.194.300	0	0	0	3.194.300

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
NI	901198698-9	AYB TOPOGRAFIA EINGENIERIA SAS		MZ L CA 13 BRR CHACARITA II	6982092	AYBTOPOGRAFIA@GMAIL.COM
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
ÚNICA	B – menos de 200 c			SANTANDER	PIEDECUESTA	SI

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					7	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2024-04	2024-03	E	23/04/2024	76497127	$2.820.300	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE									INFORMACIÓN NOVEDADES																		PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES				
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Colom. exterior	Exonerado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntario Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
1	CC	1098220213	MENDEZ JAIMES YADIR ALEXIS	1	0			S																	230301	1.300.000	208.000	0	0	0	0	EPS010	1.300.000	52.000	14-11	1.300.000	5	90.500	CCF39	1.300.000	52.000	0	0	0	0	0
2	CC	91351289	ALMEYDA ESPINOSA CARLOS ALBERTO	1	0			S																	230201	1.300.000	208.000	0	0	0	0	EPS002	1.300.000	52.000	14-11	1.300.000	5	90.500	CCF39	1.300.000	52.000	0	0	0	0	0
3	CC	91352174	ALMEIDA ESPINOSA OSCAR JAVIER	1	0			S																	230201	1.300.000	208.000	0	0	0	0	EPS002	1.300.000	52.000	14-11	1.300.000	5	90.500	CCF39	1.300.000	52.000	0	0	0	0	0
4	CC	91526102	MEJIA JURADO ROBINSON ANDRES	1	0			S																	231001	1.300.000	208.000	0	0	0	0	EPS010	1.300.000	52.000	14-11	1.300.000	5	90.500	CCF39	1.300.000	52.000	0	0	0	0	0
5	CC	1098741178	GUTIERREZ HERNANDEZ FROILAN ENRIQUE	1	0			S																	230201	1.300.000	208.000	0	0	0	0	EPS010	1.300.000	52.000	14-11	1.300.000	5	90.500	CCF39	1.300.000	52.000	0	0	0	0	0
6	CC	1095935236	TELLEZ MARTINEZ JONATHAN FERNANDO	1	0			S																	230301	1.300.000	208.000	0	0	0	0	EPS005	1.300.000	52.000	14-11	1.300.000	5	90.500	CCF39	1.300.000	52.000	0	0	0	0	0
7	CC	1127346076	RODRIGUEZ FLOREZ RICHARD JESUS	1	0			S																	230301	1.300.000	208.000	0	0	0	0	EPS005	1.300.000	52.000	14-11	1.300.000	5	90.500	CCF39	1.300.000	52.000	0	0	0	0	0

PAGADA

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

RESUMEN PLANILLA PAGADA

DATOS GENERALES DEL APORTANTE								
IDENTIFICACIÓN	DV	RAZÓN SOCIAL	CLASE	CÓDIGO	ARL	F. PRESENTACIÓN	ACT. ECO	TIPO DE EMPRESA
CC 91078845	0	MIGUEL ROBERTO SILVA MONSALVE	I	0	SEGUROS COLPATRIA - 14-4	ÚNICA	7112	Natural
MUN-DEP	DIRECCIÓN		TELÉFONO			EMAIL		EXENTO DE PARAFISCALES
68-276	CALLE 29 N 9 68 BARRIO LAGOS I		6382809			SSGCONSTRUSUELOSSASBGA@GMAIL.COM		S

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACIÓN										
PERÍODO PENSIÓN	PERÍODO SALUD	PLANILLA	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO	CENTRO DE TRABAJO	DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	VALOR PAGO	INTERÉS X MORA	ENTIDAD RECAUDO
2024-03	2024-03	29442429	I	2024-04-02	TODOS LOS CENTROS	TODOS	TODOS	1.276.600	0	BANCO DE OCCIDENTE
Nº AFILIADOS	REF. DE PAGO (PIN)	FECHA LÍMITE PAGO	ESTADO PLANILLA							
1	29442429	2024-04-10	Pagada							

EMPLEADO					NOVEDADES															DÍAS				PENSIÓN					SALUD			CCF			RIESGOS		TARIFA	PARAF	SENA	ICBF	ESAP	MIN			Total	Exento de Parafiscales	Actividad Económica
N.	ID	EMPLEADO	SALARIO	MODALIDAD DE SALARIO	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VTE	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	EPST	AFPT	AFP	EPS	CCF	ARL	NOMBRE	IBC	Cot	FNSOL	FNSUB	NOMBRE	IBC	Cot	NOMBRE	IBC	Cot	IBC	Cot.	ARL	IBC	Cot.	Cot.	Cot.	Cot.	Tipo Cot.	Sub. Tipo Cot.			
1	CC 91078845	SILVA MONSALVE MIGUEL ROBERTO	3.600.000																	0			30	30	0	30	PORVENIR-230301	3.600.000	576.000	0	0	EPS SURA-EPS010	3.600.000	450.000	SIN CCF-SINCCF	0	0	3.600.000	250.600	0,06960	0	0	0	0	0	57	0	1.276.600	N	0

RESUMEN PLANILLA PAGADA

DATOS GENERALES DEL APORTANTE								
IDENTIFICACIÓN	DV	RAZÓN SOCIAL	CLASE	CÓDIGO	ARL	F. PRESENTACIÓN	ACT. ECO	TIPO DE EMPRESA
CC 91078845	0	MIGUEL ROBERTO SILVA MONSALVE	I	0	SEGUROS COLPATRIA - 14-4	ÚNICA	7112	Natural
MUN-DEP	DIRECCIÓN		TELÉFONO			EMAIL		EXENTO DE PARAFISCALES
68-276	CALLE 29 N 9 68 BARRIO LAGOS I		6382809			SSGCONSTRUSUELOSSASBGA@GMAIL.COM		S

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACIÓN										
PERÍODO PENSIÓN	PERÍODO SALUD	PLANILLA	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO	CENTRO DE TRABAJO	DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	VALOR PAGO	INTERÉS X MORA	ENTIDAD RECAUDO
2024-03	2024-03	29442429	I	2024-04-02	TODOS LOS CENTROS	TODOS	TODOS	1.276.600	0	BANCO DE OCCIDENTE
Nº AFILIADOS	REF. DE PAGO (PIN)	FECHA LÍMITE PAGO	ESTADO PLANILLA							
1	29442429	2024-04-10	Pagada							

TOTALES IBC				
IBC PENSIÓN	IBC SALUD	IBC RIESGOS	IBC CAJAS	IBC PARAF
3.600.000	3.600.000	3.600.000	0	0

SUBSISTEMA	CÓDIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	VALOR UPC	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES DESCONTADOS	VALOR A PAGAR
AFP(Administradoras: 1)				1	576.000	0	0	0	576.000
PORVENIR	230301	800224808	8	1	576.000	0	0	0	576.000
EPS(Administradoras: 1)				1	450.000	0	0	0	450.000
EPS SURA	EPS010	800088702	2	1	450.000	0	0	0	450.000
ARP(Administradoras: 1)				1	250.600	0	0	0	250.600
SEGUROS COLPATRIA	14-4	860002183	9	1	250.600	0	0	0	250.600
Gran Total					1.276.600	0	0	0	1.276.600

EXAMEN DE INGRESO

CERTIFICA MEDICAL GROUP

NIT 901.640.417-1
Dirección: Calle 41# 27a - 25
Barrio Mejoras Públicas
Celular: 314 879 8309
Correo: certificamedicalgroupcrcsas@gmail.com
Bucaramanga, Santander



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 1.479

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
02 DÍA	**04** MES	**2024** AÑO	**BUCARAMANGA (SANTANDER, COLOMBIA)** Ciudad	**EXAMEN FISICO OCUPACIONAL INGRESO**

DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARÁ O LABORO EL TRABAJADOR O ASPIRANTE

SANDOVAL Y CASTAÑEDA SOLUCIONES S.A.S	**SANDOVAL Y CASTAÑEDA SOLUCIONES S.A.S**
Nombre de la empresa	**Empresa en misión**

DATOS DEL TRABAJADOR / ASPIRANTE (Tipo de Documento de Identificación CC. Cedula de Ciudadanía, CE. Cedula de Extranjería, TI. Tarjeta de Identidad, PT. Pasaporte)

HOYOS MUÑOZ JHON ALEXANDER	Genero	Edad	Documento de Identificación	
	MASCULINO	29 AÑOS 10 MESES 26 DÍAS	CC	1098769995
Apellidos y Nombres			Tipo	Número

Cargo
AYUDANTE DE OBRA

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

CUMPLE CON LOS REQUISITOS PARA LA LABOR ASIGNADA

Observaciones: *NO APLICA*

N/A	NO SE EVALUARÓN REQUISITOS DE SALUD (Alturas, Espacios Confinados, Manipular Alimentos)

RESTRICCIONES LABORALES	**TIPO**	**RECOMENDACIONES**
SIN RESTRICCIONES LABORALES	NO APLICA	NO APLICA

El concepto de Aptitud se definió a partir de los siguientes exámenes practicados:

EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE INGRESO ✓	----------

RECOMENDACIONES MÉDICAS	**RECOMENDACIONES OCUPACIONALES**	**HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES**
	USO DE EPP	HÁBITOS SALUDABLES
		DIETA BALANCEADA

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

CUMPLIR NORMAS DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

Consentimiento informado del Aspirante o Trabajador: autorizo al doctor(a) abajo mencionado a realizar mi examen médico ocupacional registrado en este documento. El doctor(a) abajo mencionado me ha explicado la naturaleza y propósito del examen. He comprendido y he tenido la oportunidad de analizar el propósito, los beneficios, la interpretación, las limitaciones, y riesgos del examen médico a partir de la asesoría brindada. Entiendo que la realización de este examen es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento. Fui informado de las medidas para proteger la confidencialidad de mis resultados. Las respuestas dadas por mí en este examen son completas y verídicas. Autorizo al doctor(a) para que suministre a las personas o entidades contempladas en la legislación vigente, la información registrada en este documento, para el buen cumplimiento del sistema de seguridad y salud en el trabajo y para las situaciones contempladas en la misma legislación, igualmente para que remitan la Historia Clínica a la EPS a la cual me encuentro actualmente afiliado. Finalmente manifiesto que he leído y comprendido perfectamente lo anterior y que todos los espacios en blanco han sido completados entes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento.

Médico

Firma:

Dra. María Juliana Hoyos Serrano
Medicina Laboral
R.M. 2602
RSO. 07715

Nombre: HOYOS SERRANO MARIA JULIANA

R. M.: 2602 **L.S.O.:** 07715

Código de Seguridad
K1428Q1W1479

Aspirante o Trabajador

Firma:

Nombre: HOYOS MUÑOZ JHON ALEXANDER

CC: 1098769995

CERTIFICA MEDICAL GROUP
NIT 901.640.417-1
Dirección: Calle 41# 27a - 25
Barrio Mejoras Públicas
Celular: 314 879 8309
Correo: certificamedicalgroupcrcsas@gmail.com
Bucaramanga, Santander



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 1.476

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
02 DÍA	04 MES	2024 AÑO	BUCARAMANGA (SANTANDER, COLOMBIA) Ciudad	EXAMEN FISICO OCUPACIONAL INGRESO

DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARÁ O LABORO EL TRABAJADOR O ASPIRANTE

SANDOVAL Y CASTAÑEDA SOLUCIONES S.A.S	SANDOVAL Y CASTAÑEDA SOLUCIONES S.A.S
Nombre de la empresa	**Empresa en misión**

DATOS DEL TRABAJADOR / ASPIRANTE (Tipo de Documento de Identificación CC. Cedula de Ciudadanía, CE. Cedula de Extranjería, TI. Tarjeta de Identidad, PT. Pasaporte)

SILVA CARDENAS HECTOR JULIO	Genero	Edad	Documento de Identificación	
	MASCULINO	30 AÑOS 1 MESES 28 DÍAS	CC (Tipo)	1094430569 (Número)
Apellidos y Nombres				

Cargo
AYUDANTE DE OBRA

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL
CUMPLE CON LOS REQUISITOS PARA LA LABOR ASIGNADA

Observaciones: *NO APLICA*

N/A	NO SE EVALUARÓN REQUISITOS DE SALUD (Alturas, Espacios Confinados, Manipular Alimentos)

RESTRICCIONES LABORALES	TIPO	RECOMENDACIONES
SIN RESTRICCIONES LABORALES	NO APLICA	NO APLICA

El concepto de Aptitud se definió a partir de los siguientes exámenes practicados:

AUDIOMETRIA	✓	EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE INGRESO	✓
OPTOMETRIA	✓	----------	

RECOMENDACIONES MÉDICAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES
	USO DE EPP	HABITOS SALUDABLES
		CONTROL DE PESO
		HACER DEPORTE
		DIETA BALANCEADA

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

CUMPLIR NORMAS DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO
REALIZAR ACTIVIDAD FISICA 3 VECES POR SEMANA

Consentimiento informado del Aspirante o Trabajador: autorizo al doctor(a) abajo mencionado a realizar mi examen médico ocupacional registrado en este documento. El doctor(a) abajo mencionado me ha explicado la naturaleza y propósito del examen. He comprendido y he tenido la oportunidad de analizar el propósito, los beneficios, la interpretación, las limitaciones, y riesgos del examen médico a partir de la asesoría brindada. Entiendo que la realización de este examen es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento. Fui informado de las medidas para proteger la confidencialidad de mis resultados. Las respuestas dadas por mí en este examen son completas y verídicas. Autorizo al doctor(a) para que suministre a las personas o entidades contempladas en la legislación vigente, la información registrada en este documento, para el buen cumplimiento del sistema de seguridad y salud en el trabajo y para las situaciones contempladas en la misma legislación, igualmente para que remitan la Historia Clínica a la EPS a la cual me encuentro actualmente afiliado. Finalmente manifiesto que he leído y comprendido perfectamente lo anterior y que todos los espacios en blanco han sido completados entes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento.

Médico

Dra. María Juliana Hoyos Serrano
Medicina Laboral
R.M. 2602
RSO. 07715

Firma:

Nombre: HOYOS SERRANO MARIA JULIANA

R. M.: 2602 **L.S.O.:** 07715

Código de Seguridad
W1428C1I1476

Aspirante o Trabajador

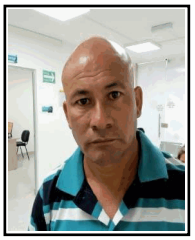
Hector Silva

Firma:

Nombre: SILVA CARDENAS HECTOR JULIO

CC: 1094430569

CERTIFICA MEDICAL GROUP
NIT 901.640.417-1
Dirección: Calle 41# 27a - 25
Barrio Mejoras Públicas
Celular: 314 879 8309
Correo: certificamedicalgroupcrcsas@gmail.com
Bucaramanga, Santander



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 1.497

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
08 DÍA	04 MES	2024 AÑO	BUCARAMANGA (SANTANDER, COLOMBIA) Ciudad	**EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE INGRESO CON ENFASIS EN ALTURAS**

DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARÁ O LABORO EL TRABAJADOR O ASPIRANTE

Nombre de la empresa	**Empresa en misión**
SANDOVAL Y CASTAÑEDA SOLUCIONES S.A.S	**SANDOVAL Y CASTAÑEDA SOLUCIONES S.A.S**

DATOS DEL TRABAJADOR / ASPIRANTE (Tipo de Documento de Identificación CC. Cedula de Ciudadanía, CE. Cedula de Extranjería, TI. Tarjeta de Identidad, PT. Pasaporte)

Apellidos y Nombres	Genero	Edad	Documento de Identificación	
PABON OSORIO ISAEN	MASCULINO	48 AÑOS 9 MESES 26 DÍAS	CC (Tipo)	13563291 (Número)

Cargo
AYUDANTE DE OBRA

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL
CON DEFECTO FISICO O ENFERMEDAD QUE NO DISMINUYE SU CAPACIDAD LABORAL PARA LA LABOR ASIGNADA.

Observaciones: *NO APLICA*

APTO PARA TRABAJAR EN ALTURAS

RESTRICCIONES LABORALES	TIPO	RECOMENDACIONES
SIN RESTRICCIONES LABORALES	NO APLICA	NO APLICA

El concepto de Aptitud se definió a partir de los siguientes exámenes practicados:

AUDIOMETRIA	✓	TRIGLICERIDOS	✓
OPTOMETRIA	✓	COLESTEROL	✓
GLICEMIA	✓	EXAMEN MEDICO DE INGRESO OCUPACIONAL CON ENFASIS EN ALTURAS	✓

RECOMENDACIONES MÉDICAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES
USAR CORRECCIÓN VISUAL	USO DE EPP	HÁBITOS SALUDABLES
		DIETA BALANCEADA

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

CUMPLIR NORMAS DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO
USAR PROTECCION AUDITIVA EN AMBIENTES RUIDOSOS DE MAS DE 85 DB
USAR PROTECCION PARA ALTURAS Y CAPACITACION

Consentimiento informado del Aspirante o Trabajador: autorizo al doctor(a) abajo mencionado a realizar mi examen médico ocupacional registrado en este documento. El doctor(a) abajo mencionado me ha explicado la naturaleza y propósito del examen. He comprendido y he tenido la oportunidad de analizar el propósito, los beneficios, la interpretación, las limitaciones, y riesgos del examen médico a partir de la asesoría brindada. Entiendo que la realización de este examen es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento. Fui informado de las medidas para proteger la confidencialidad de mis resultados. Las respuestas dadas por mí en este examen son completas y verídicas. Autorizo al doctor(a) para que suministre a las personas o entidades contempladas en la legislación vigente, la información registrada en este documento, para el buen cumplimiento del sistema de seguridad y salud en el trabajo y para las situaciones contempladas en la misma legislación, igualmente para que remitan la Historia Clínica a la EPS a la cual me encuentro actualmente afiliado. Finalmente manifiesto que he leído y comprendido perfectamente lo anterior y que todos los espacios en blanco han sido completados entes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento.

Médico

Firma: Dra. María Juliana Hoyos Serrano Medicina Laboral R.M. 2602 RSO. 07715

Nombre: HOYOS SERRANO MARIA JULIANA

R. M.: 2602 **L.S.O.:** 07715

Código de Seguridad
U1428A1G1497

Aspirante o Trabajador

Firma:

Nombre: PABON OSORIO ISAEN

CC: 13563291

CERTIFICA MEDICAL GROUP
NIT 901.640.417-1
Dirección: Calle 41# 27a - 25
Barrio Mejoras Públicas
Celular: 314 879 8309
Correo: certificamedicalgroupcrcsas@gmail.com
Bucaramanga, Santander



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 1.544

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
19 DÍA	**04** MES	**2024** AÑO	**BUCARAMANGA (SANTANDER, COLOMBIA)** Ciudad	**EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL PERIODICO CON ENFASIS EN ALTURAS**

DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARÁ O LABORO EL TRABAJADOR O ASPIRANTE

Nombre de la empresa	**Empresa en misión**
SANDOVAL Y CASTAÑEDA SOLUCIONES S.A.S	**SANDOVAL Y CASTAÑEDA SOLUCIONES S.A.S**

DATOS DEL TRABAJADOR / ASPIRANTE (Tipo de Documento de Identificación CC. Cedula de Ciudadanía, CE. Cedula de Extranjería, TI. Tarjeta de Identidad, PT. Pasaporte)

Apellidos y Nombres	Genero	Edad	Documento de Identificación	
CALDERON PEREZ ABELINO	MASCULINO	49 AÑOS 9 MESES 24 DÍAS	CC (Tipo)	13285211 (Número)

Cargo
AYUDANTE DE OBRA

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL
CON DEFECTO FISICO O ENFERMEDAD QUE NO DISMINUYE SU CAPACIDAD LABORAL PARA LA LABOR ASIGNADA.

Observaciones: *NO APLICA*

APTO PARA TRABAJAR EN ALTURAS

RESTRICCIONES LABORALES	TIPO	RECOMENDACIONES
SIN RESTRICCIONES LABORALES	NO APLICA	NO APLICA

El concepto de Aptitud se definió a partir de los siguientes exámenes practicados:

AUDIOMETRIA	✓	TRIGLICERIDOS	✓
OPTOMETRIA	✓	COLESTEROL	✓
GLICEMIA	✓	EXAMEN MEDICO DE INGRESO OCUPACIONAL CON ENFASIS EN ALTURAS	✓

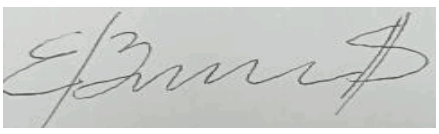
RECOMENDACIONES MÉDICAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES
CONTINUAR MANEJO MÉDICO	USO DE EPP	HÁBITOS SALUDABLES
VALORACIÓN POR EPS	SVE VISUAL : USO DE PROTECCIÓN VISUAL	DIETA BALANCEADA
	PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL	

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

APTO PARA LA LABOR ASIGNADA - ESTILOS DE VIDA SALUDABLE - SEGUIR LOS LINEAMIENTOS DEL SGSST

Consentimiento informado del Aspirante o Trabajador: autorizo al doctor(a) abajo mencionado a realizar mi examen médico ocupacional registrado en este documento. El doctor(a) abajo mencionado me ha explicado la naturaleza y propósito del examen. He comprendido y he tenido la oportunidad de analizar el propósito, los beneficios, la interpretación, las limitaciones, y riesgos del examen médico a partir de la asesoría brindada. Entiendo que la realización de este examen es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento. Fui informado de las medidas para proteger la confidencialidad de mis resultados. Las respuestas dadas por mí en este examen son completas y verídicas. Autorizo al doctor(a) para que suministre a las personas o entidades contempladas en la legislación vigente, la información registrada en este documento, para el buen cumplimiento del sistema de seguridad y salud en el trabajo y para las situaciones contempladas en la misma legislación, igualmente para que remitan la Historia Clínica a la EPS a la cual me encuentro actualmente afiliado. Finalmente manifiesto que he leído y comprendido perfectamente lo anterior y que todos los espacios en blanco han sido completados entes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento.

Médico



Firma:

Nombre: BONETT SOLANO EDGARD ERASMO

R. M.: 001466 **L.S.O.:** 03628

Código de Seguridad
U1428A1G1544

Aspirante o Trabajador

Firma:

Nombre: CALDERON PEREZ ABELINO

CC: 13285211

ITSOS SALUD EN EL TRABAJO

Nit:900554345-8 Código del prestador: 6827670312

CERTIFICADO MÉDICO DE APTITUD LABORAL

DATOS DEL SERVICIO			
Fecha Atención:	18/abr/2024 07:15 AM	**Cargo:**	AUXILIAR DE OBRA Y/O PERFORACIÓN
Examen:	Examen de Ingreso con concepto de aptitud para trabajo en alturas IN - CE		
Nombre Empresa:	ECOLVIAS & GEOINGENIERIA SAS	**T. Vinculación:**	



DATOS DEL PACIENTE			
Nombre:	OMAR MARTINEZ DIAZ	**Identificación:**	CC-1096192643
Dirección:	ASENTAMIENTO BRISAS LA BENDICION BAVARIA 2 - Colombia,	**Teléfono:**	3214843521
Fecha	11/jul/1987	**Edad:**	36 Años 9 Meses 8 Días
Sexo:	Masculino	**Estado Civil:**	Unión Libre
Profesión:	AUXILIAR DE OBRA Y/O PERFORACIÓN	**Régimen Salud:**	Contributivo cotizante
EPS:	Nueva EPS	**ARL:**	

EXÁMENES COMPLEMENTARIOS REALIZADOS

Examen	Resultado	Fecha
Visiometría	DENTRO DE PARAMETROS ESTABLECIDOS	18/abr/2024 07:37 AM
Glicemia	VALOR DENTRO DE LOS LIMITES DE REFERENCIA	18/abr/2024 09:08 AM
Audiometría	DENTRO DE PARAMETROS DE NORMALIDAD	18/abr/2024 09:12 AM
Colesterol	AUMENTADO	18/abr/2024 09:08 AM
Trigliceridos	VALOR DENTRO DE LOS LIMITES DE REFERENCIA	18/abr/2024 09:25 AM

Concepto(s) Médico(s):	**Apto para Trabajo en Alturas** **EL EXAMEN ESTÁTICO Y DINÁMICO DE LA COLUMNA ES NORMAL Y SUS CURVATURAS SON NORMALES. NO SE EVIDENCIAN LIMITACIONES DE LOS ARCOS DE MOVIMIENTO SIGNIFICATIVOS O DE IMPORTANCIA OCUPACIONAL, NI DOLOR.** **A NIVEL DE LOS DIFERENTES SEGMENTOS CORPORALES LA EXPLORACIÓN OSTEOMUSCULAR ES NORMAL Y NO SE EVIDENCIAN ATROFIAS NI LIMITACIONES DE LA MOVILIDAD SIGNIFICATIVA, O DE IMPORTANCIA OCUPACIONAL, NI DOLOR.**

Restricciones:

( ) Espacios confinados
( ) Posturas forzadas
( ) Uso de corrección visual obligatoria
( ) Manipulación de cargas mayores 12.5 kg

CERTIFICADO MÉDICO DE APTITUD LABORAL

( ) Manipulación de cargas mayores 25 kg
( ) Alturas
( ) Conducir vehículo
(x) Ninguna
( ) Otra:

Recomendaciones: SE RECOMIENDA MANTENER POSTURA CORRECTA, USO CORRECTO DEL EPP, REALIZAR PAUSAS ACTIVAS Y ESTIRAMIENTOS DURANTE LA JORNADA, MEDIDAS DE AUTOCUIDADO. USO D EGAFAS PARA VISION LEJANA OCASIONAL,CONTINUAR HABITOS Y ESTILOS DE VIDA SALUDABLE.

Enfasis:
Osteomuscular: APTO
Alturas: APTO

PACIENTE AL MOMENTO DE LA EVALUACION MEDICA EN LA ACTUALIDAD NO PRESENTA PATOLOGIA O CONDICION DE ALTO RIESGO PARA COVID-19, SEGUN CIRCULAR 0030 DE MAYO DEL 2020 DEL MINISTERIO DE SALUD. ADHERIR DE MANERA INTEGRAL LOS LINEAMIENTOS Y RECOMENDACIONES DADOS POR LA PRESIDENCIA Y EL MINISTERIO DE SALUD EN RELACION CON LA SITUACION DE PANDEMIA COVID-19. EN EL MOMENTO DE ESTA VALORACION PACIENTE NO PRESENTA SINTOMAS NI SIGNOS QUE SUGIERAN PATOLOGIA RESPIRATORIA.

Omar Martinez Diaz

Firma del Paciente

Nombre: OMAR MARTINEZ DIAZ

C.C.: 1096192643

Profesional: CARLOS E ARCE POSADA
RM: RESOLUCION 003767 del 20 marzo 2012
MEDICO ESPECIALISTA SALUD Y SEGURIDAD EN EL TRABAJO
Carlos E. Arce

ITSOS SALUD EN EL TRABAJO

Nit:900554345-8 Código del prestador: 6827670312

CERTIFICADO MÉDICO DE APTITUD LABORAL



DATOS DEL SERVICIO			
Fecha Atención:	23/abr/2024 07:45 AM	**Cargo:**	AUXILIAR DE OBRA Y / O PERFORACION
Examen:	Examen de Ingreso con concepto de aptitud para trabajo en alturas IN - CE		
Nombre Empresa:	ECOLVIAS & GEOINGENIERIA SAS	**T. Vinculación:**	

DATOS DEL PACIENTE			
Nombre:	ANDERSON OSPINA AGUILAR	**Identificación:**	CC-1006441193
Dirección:	MZ E CASA 17 - Colombia	**Teléfono:**	3228924062
Fecha	21/mar/1998	**Edad:**	26 Años 1 Meses 3 Días
Sexo:	Masculino	**Estado Civil:**	Soltero(a)
Profesión:	AUXILIAR DE OBRA Y / O PERFORACION	**Régimen Salud:**	Contributivo cotizante
EPS:	Nueva EPS	**ARL:**	

EXÁMENES COMPLEMENTARIOS REALIZADOS

Examen	Resultado	Fecha
Colesterol	VALOR DENTRO DE LOS LIMITES DE REFERENCIA	23/abr/2024 09:09 AM
Visiometría	DENTRO DE PARAMETROS ESTABLECIDOS	23/abr/2024 07:17 AM
Glicemia	VALOR DENTRO DE LOS LIMITES DE REFERENCIA	23/abr/2024 09:08 AM
Trigliceridos	VALOR DENTRO DE LOS LIMITES DE REFERENCIA	23/abr/2024 09:09 AM
Audiometría	DENTRO DE PARAMETROS DE NORMALIDAD	23/abr/2024 09:15 AM

Concepto(s) Médico(s):	**Apto para Trabajo en Alturas** **EL EXAMEN ESTÁTICO Y DINÁMICO DE LA COLUMNA ES NORMAL Y SUS CURVATURAS SON NORMALES. NO SE EVIDENCIAN LIMITACIONES DE LOS ARCOS DE MOVIMIENTO SIGNIFICATIVOS O DE IMPORTANCIA OCUPACIONAL, NI DOLOR.** **A NIVEL DE LOS DIFERENTES SEGMENTOS CORPORALES LA EXPLORACIÓN OSTEOMUSCULAR ES NORMAL Y NO SE EVIDENCIAN ATROFIAS NI LIMITACIONES DE LA MOVILIDAD SIGNIFICATIVA, O DE IMPORTANCIA OCUPACIONAL, NI DOLOR.**

Restricciones:

( ) Espacios confinados
( ) Posturas forzadas
( ) Uso de corrección visual obligatoria
( ) Manipulación de cargas mayores 12.5 kg

CERTIFICADO MÉDICO DE APTITUD LABORAL

( ) Manipulación de cargas mayores 25 kg
( ) Alturas
( ) Conducir vehículo
(x) Ninguna
( ) Otra:

Recomendaciones: SE RECOMIENDA MANTENER POSTURA CORRECTA, USO CORRECTO DEL EPP, REALIZAR PAUSAS ACTIVAS Y ESTIRAMIENTOS DURANTE LA JORNADA, MEDIDAS DE AUTOCUIDADO. CONTINUAR HABITOS Y ESTILOS DE VIDA SALUDABLE.

Enfasis:
Osteomuscular: APTO
Alturas: APTO

PACIENTE AL MOMENTO DE LA EVALUACION MEDICA EN LA ACTUALIDAD NO PRESENTA PATOLOGIA O CONDICION DE ALTO RIESGO PARA COVID-19, SEGUN CIRCULAR 0030 DE MAYO DEL 2020 DEL MINISTERIO DE SALUD. ADHERIR DE MANERA INTEGRAL LOS LINEAMIENTOS Y RECOMENDACIONES DADOS POR LA PRESIDENCIA Y EL MINISTERIO DE SALUD EN RELACION CON LA SITUACION DE PANDEMIA COVID-19. EN EL MOMENTO DE ESTA VALORACION PACIENTE NO PRESENTA SINTOMAS NI SIGNOS QUE SUGIERAN PATOLOGIA RESPIRATORIA.



Firma del Paciente

Nombre: ANDERSON OSPINA AGUILAR

C.C.: 1006441193



Profesional: CARLOS E ARCE POSADA
RM: RESOLUCION 003767 del 20 marzo 2012
MEDICO ESPECIALISTA SALUD Y SEGURIDAD EN EL TRABAJO
Carlos E. Arce

GESTION EMPRESARIAL MEDICA Y OCUPACIONAL - GEMESOC S.A.S SYMED SALUD IPS

Nit. 900747561 - 1

Dirección: CALLE 37 NRO 35-37 LC2

Tel: 6984848

INFORME MÉDICO OCUPACIONAL DE APTITUD

Tipo certificación:	Ingreso ⊗	Periódico ○	Retiro ○	Post incapacidad ○	Caso ocupacional ○
	Control ○	Reubicación ○	Ingreso al SVE ○	Trabajo en alturas ○	



DATOS DEL PACIENTE

Fecha **23/04/2024 07:32:00** Empresa **CONSORCIO GESA**

Nombre **REYNER JESUS SANTAMARIA DIAZ**

Cargo **ALMACENISTA** Doc. Identidad **CC 1003204470**

SE PRACTICARON LOS SIGUIENTES EXAMENES CLÍNICOS Y PARACLÍNICOS

1 EMO INGRESO CON ENFASIS OSTEOMUSCULAR	2	3
4	5	6
7	8	9

EXAMEN DE INGRESO	SI	NO	NO APLICA	FALTA INFORMACIÓN
Apto para el cargo	⊗	○	○	○
Aplazado	○	○	○	○
Apto con restricciones	○	○	○	○
Apto para trabajar en alturas	○	○	○	○
Apto para trabajar en espacios confinados	○	○	○	○
Apto para Trabajar con equipos de suministro de aire o autocontenido	○	○	○	○
Apto para participar en la brigada	○	○	○	○
Apto para el requerimiento del cargo de la empresa o contratista	○	○	○	○

EXAMEN PERIÓDICO	SI	NO
Apto para continuar desempeñando el cargo sin limitaciones	○	○
Requiere restricciones de actividades	○	○
Requiere reubicación laboral temporal	○	○
Requiere reubicación laboral permanente	○	○
Apto para trabajar en alturas	○	○
Apto para trabajar en espacios confinados	○	○
Apto para trabajar en alturas	○	○

EXAMEN DE RETIRO	SI	NO
Sospecha de enfermedad Profesional	○	○
Secuelas de Accidentes de Trabajo	○	○
Enfermedad Común	○	○

PROGRAMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA

Visual ⊗ Auditivo ○ Respiratorio ○ Cardiovascular ○ Psicosocial ○ Ergonómico ○ Otros ○

REMISIÓN	SI ○	NO⊗	**ARL**	SI ○	NO⊗	**EPS**	SI ○	NO⊗

CONCLUSIONES OCUPACIONALES

De acuerdo con el examen ocupacional realizado, las pruebas analizadas y el examen físico son normales, no presenta restricción para desempeñar la ocupación.

CONDUCTAS OCUPACIONALES PREVENTIVAS

Cumplir con los protocolos de bioseguridad. Realizar inducción y capacitaciones periódicas para el desarrollo de las actividades del cargo. Tener en cuenta las pausas activas en el trabajo y a diario.

RECOMENDACIONES GENERALES

Se recomienda estilos de vida saludable, hábitos e higiene postural tanto en posición de pie como sentado, y control de peso.
Se recomienda el uso de anteojos según indicación del optómetra, realizar descanso visual durante la jornada laboral seguimiento y control por su EPS.

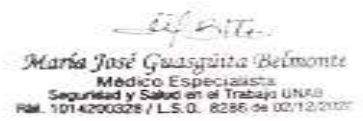
INFORME MÉDICO OCUPACIONAL DE APTITUD

CONCEPTO MÉDICO DE APTITUD OCUPACIONAL

APTO PARA EL CARGO.

CONSENTIMIENTO INFORMADO DEL ASPIRANTE: Autorizo al (a la) doctor(a) abajo mencionado(a), a realizar en mí el examen médico y/o paraclínico(s) ocupacional(es). He comprendido y he tenido la oportunidad de analizar el propósito, los beneficios, la interpretación, las limitaciones y riesgos del examen médico y/o paraclínicos ocupacional(es), a partir de la asesoría brindada antes de la respectiva toma de las pruebas. Entiendo que la realización de esta(s) prueba(s) es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento antes de que se realizara el (los) examen(es). Fui informado de las medidas que tomará la compañia Gemesoc S.A.S, para proteger la confidencialidad de mis resultados. Tengo derecho a solicitar y/o recibir copia de la valoración médica ocupacional. Las respuestas dadas por mí en este(os) examen(es) están completas y son verídicas. Autorizo a la compañía Gemesoc S.A.S., para que suministre a las personas o entidades contempladas en la legislación vigente, la información registrada en este documento, para el buen cumplimiento del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo y para las situaciones contempladas en la misma legislación. Finalmente manifiesto que he leído y comprendido perfectamente lo anterior y que todos los espacios en blanco han sido completados antes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento.

Los resultados fueron consignados en una historia clínica ocupacional que reposará en nuestra IPS.



MARIA JOSE GUASGÜITA BELMONTE
Especialidad: MEDICINA OCUPACIONAL
CC: 1014200328 RM: 1014200328 LSO 8286



Trabajador: REYNER JESUS SANTAMARIA DIAZ
CC: 1003204470
Declaro que todos los datos registrados corresponden a la verdad

Captura Biometrica

ARL

Medellín, 02 de April de 2024

LA DIRECCIÓN DE AFILIACIONES Y RECAUDOS

HACE CONSTAR:

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

A continuación se relacionan las fechas de afiliación

Número identificación	Nombre	Fecha inicio cobertura	Fecha fin cobertura	Código de transacción	Tipo Cotizante	Estado
Centro de trabajo:	0000000001 PRINCIPAL SANTANDER		Clase: 5	Porcentaje Cotización:	6.96 %	
C1098769995	HOYOS MUÑOZ JHON ALEXANDER	03/04/2024		n240135C	DEPENDIENTE	POR INICIAR

null

Atentamente,

Dirección de Afiliaciones y Recaudos

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

Este certificado fue generado con la información registrada en la base de datos el 02/04/2024 11:17:00 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 181.204.46.218, 192.230.104.11, 172.16.42.57

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Medellín, 02 de April de 2024

LA DIRECCIÓN DE AFILIACIONES Y RECAUDOS

HACE CONSTAR:

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

A continuación se relacionan las fechas de afiliación

Número identificación	Nombre	Fecha inicio cobertura	Fecha fin cobertura	Código de transacción	Tipo Cotizante	Estado
Centro de trabajo:	0000000001 PRINCIPAL SANTANDER		Clase: 5	Porcentaje Cotización:	6.96 %	
C1094430569	SILVA CARDENAS HECTOR JULIO	03/04/2024		24312715	DEPENDIENTE	POR INICIAR

null

Atentamente,

Dirección de Afiliaciones y Recaudos

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

Este certificado fue generado con la información registrada en la base de datos el 02/04/2024 11:16:09 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 181.204.46.218, 192.230.104.11, 172.16.42.57

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Medellín, 09 de April de 2024

LA DIRECCIÓN DE AFILIACIONES Y RECAUDOS

HACE CONSTAR:

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

A continuación se relacionan las fechas de afiliación

Número identificación	Nombre	Fecha inicio cobertura	Fecha fin cobertura	Código de transacción	Tipo Cotizante	Estado
Centro de trabajo:	0000000001 PRINCIPAL SANTANDER		Clase: 5	Porcentaje Cotización:	6.96 %	
C13563291	PABON OSORIO ISAEN	10/04/2024		94157205	DEPENDIENTE	POR INICIAR

null

Atentamente,

Dirección de Afiliaciones y Recaudos

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

Este certificado fue generado con la información registrada en la base de datos el 09/04/2024 05:20:53 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 181.206.155.184, 192.230.104.8, 172.16.42.57

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Medellín, 21 de April de 2024

LA DIRECCIÓN DE AFILIACIONES Y RECAUDOS

HACE CONSTAR:

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

A continuación se relacionan las fechas de afiliación

Número identificación	Nombre	Fecha inicio cobertura	Fecha fin cobertura	Código de transacción	Tipo Cotizante	Estado
Centro de trabajo:	0000000001 PRINCIPAL SANTANDER		Clase: 5	Porcentaje Cotización:	6.96 %	
C13285211	CALDERON PEREZ ABELINO	22/04/2024		242U1791	DEPENDIENTE	POR INICIAR

null

Atentamente,

Dirección de Afiliaciones y Recaudos

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

Este certificado fue generado con la información registrada en la base de datos el 21/04/2024 21:46:02 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 152.202.170.56, 192.230.104.10, 172.16.42.57

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Medellín, 18 de April de 2024

LA DIRECCIÓN DE AFILIACIONES Y RECAUDOS

HACE CONSTAR:

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

A continuación se relacionan las fechas de afiliación

Número identificación	Nombre	Fecha inicio cobertura	Fecha fin cobertura	Código de transacción	Tipo Cotizante	Estado
Centro de trabajo:	0000000001 PRINCIPAL SANTANDER		Clase: 5	Porcentaje Cotización:	6.96 %	
C1096192643	MARTINEZ DIAZ OMAR	19/04/2024		14519921	DEPENDIENTE	POR INICIAR

null

Atentamente,

Dirección de Afiliaciones y Recaudos

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

Este certificado fue generado con la información registrada en la base de datos el 18/04/2024 09:37:08 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 190.96.147.11, 192.230.104.5, 172.16.42.57

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Medellín, 23 de April de 2024

LA DIRECCIÓN DE AFILIACIONES Y RECAUDOS

HACE CONSTAR:

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

A continuación se relacionan las fechas de afiliación

Número identificación	Nombre	Fecha inicio cobertura	Fecha fin cobertura	Código de transacción	Tipo Cotizante	Estado
Centro de trabajo:	0000000001 PRINCIPAL SANTANDER		Clase: 5	Porcentaje Cotización:	6.96 %	
C1006441193	OSPINA AGUILAR ANDERSON	24/04/2024		15322320	DEPENDIENTE	POR INICIAR

null

Atentamente,

Dirección de Afiliaciones y Recaudos

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

Este certificado fue generado con la información registrada en la base de datos el 23/04/2024 10:11:30 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 186.168.6.131, 192.230.104.12, 172.16.42.57

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Medellín, 22 de April de 2024

LA DIRECCIÓN DE AFILIACIONES Y RECAUDOS

HACE CONSTAR:

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

A continuación se relacionan las fechas de afiliación

Número identificación	Nombre	Fecha inicio cobertura	Fecha fin cobertura	Código de transacción	Tipo Cotizante	Estado
Centro de trabajo:	0000000001 PRINCIPAL SANTANDER		Clase: 5	Porcentaje Cotización:	6.96 %	
C1003204470	SANTAMARIA DIAZ REYNER JESUS	23/04/2024		188227²1	DEPENDIENTE	POR INICIAR

null

Atentamente,

Dirección de Afiliaciones y Recaudos

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

Este certificado fue generado con la información registrada en la base de datos el 22/04/2024 14:18:03 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 152.202.129.40, 192.230.104.11, 172.16.42.57

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

EPS

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

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

nueva eps
gente cuidando gente
NIT. 900.156.264-2

"Código Únicamente para dependientes y afiliaciones al Régimen Subsidiado"

01 B 12297880

No. de Radicación SAT
0694C10987699530047074153100004

CÓDIGO ASESOR Y/O PROMOTOR
N0665

Lea atentamente las instrucciones antes de diligenciar este formulario

I. DATOS DEL TRÁMITE

1. TIPO DE TRÁMITE: A. AFILIACIÓN [ ] B. REPORTE DE NOVEDADES [X]
2. TIPO DE AFILIACIÓN: A. Individual: a) Cotizante o cabeza de familia [X] b) Beneficiario o afiliado adicional [ ] B. Colectiva [ ] C. Institucional [ ] D. De oficio [ ]
3. RÉGIMEN: C. Contributivo [X] S. Subsidiado [ ]
4. TIPO DE AFILIADO: CO Cotizante [X] CF Cabeza de Familia [ ] BE Beneficiario [ ]
5. TIPO DE COTIZANTE: A. Dependiente [X] B. Independiente [ ] C. Pensionado [ ] D. Independiente por prestación de servicio [ ]
CÓDIGO: N0665
FECHA DE LA SOLICITUD: 30 04 2024

A. AFILIACIÓN

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

6. APELLIDOS Y NOMBRES COMPLETOS
PRIMER APELLIDO: Hoyos | SEGUNDO APELLIDO: Muñoz | PRIMER NOMBRE: Jhon | SEGUNDO NOMBRE: Alexander
7. TIPO DE IDENTIFICACIÓN: [X] 8. NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN: 1098769995 | 9. SEXO: [X] | 10. FECHA NACIMIENTO: 07 05 1994

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

11. ORIGEN ETNICO: Código
12. DISCAPACIDAD: Tipo | Condición
13. PUNTAJE Y NIVEL DEL SISBEN
14. GRUPO DE POBLACIÓN ESPECIAL
15. ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES
16. ADMINISTRADORA DE PENSIONES
17. INGRESO BASE DE COTIZACIÓN - IBC: 1300000
18. UBICACIÓN O DIRECCIÓN DE RESIDENCIA: Calle 9 #15-12
LOCALIDAD / COMUNA
BARRIO
CIUDAD / MUNICIPIO: Bucaramanga
DEPARTAMENTO: Santander
ZONA: U. [X] R. [ ]
TELÉFONO FIJO
TELÉFONO MÓVIL: 3003235337
CORREO ELECTRÓNICO
CÓDIGO IPS

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

19. APELLIDOS Y NOMBRES COMPLETOS
PRIMER APELLIDO | SEGUNDO APELLIDO | PRIMER NOMBRE | SEGUNDO NOMBRE
20. TIPO DE IDENTIFICACIÓN | 21. NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN | 22. SEXO | 23. FECHA NACIMIENTO | CÓDIGO IPS

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

	24. APELLIDOS Y NOMBRES COMPLETOS DE LOS BENEFICIARIOS	25. TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD	26. NÚMERO DE IDENTIDAD	27. SEXO	28. FECHA DE NACIMIENTO	29. PARENTESCO	30. ETNIA	31. DISCAPACIDAD Tipo	31. DISCAPACIDAD Condición
1								F. N. M. T. P.	
2								F. N. M. T. P.	
3								F. N. M. T. P.	
4								F. N. M. T. P.	

	32. DATOS DE RESIDENCIA Ciudad / Mpio.	Departamento	Zona	Teléfono Fijo	Teléfono Móvil	33. VALOR UPC AFILIADO ADICIONAL (Lo diligencia la EPS)	34. Nombre y código de la IPS	EXCEPCIÓN DEL TRASLADO COBERTURA GEOGRÁFICA	EXCEPCIÓN DEL TRASLADO UNIFICACIÓN GRUPO FAMILIAR	EXCEPCIÓN DEL TRASLADO CUMPLIMIENTO TIEMPO POR CESIÓN	EXCEPCIÓN DEL TRASLADO SERVICIO AVALADO POR SNS	NIVEL DE SISBÉN	GRUPO POBLACIONAL
1			R. U.									I. II.	
2			R. U.									I. II.	
3			R. U.									I. II.	
4			R. U.									I. II.	

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

35. Nombre o Razón Social: Sandoval y Cañaveda Soluciones
36. Tipo documento de identidad: [X]
37. Número documento de identidad: 901672292
DV
38. Tipo de aportante o pagador de pensiones
39. UBICACIÓN O DIRECCIÓN: Cra 3 W #14-79 | Piedecuesta | Santander | 6762241
FECHA INICIO DE RELACIÓN LABORAL: 03 04 2024
CARGO: Ayudante
SALARIO: 1300000

B. REPORTE DE NOVEDADES

40. TIPO DE NOVEDAD
1. MODIFICACIÓN DE DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN [ ]
2. CORRECCIÓN DE DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN [ ]
3. ACTUALIZACIÓN DEL DOCUMENTO DE IDENTIDAD [ ]
4. ACTUALIZACIÓN Y/O CORRECCIÓN DE DATOS COMPLEMENTARIOS [ ]
5. TERMINACIÓN DE LA INSCRIPCIÓN EN LA EPS [ ] Código [ ]
6. REINSCRIPCIÓN EN LA EPS [ ]
7. INCLUSIÓN DE BENEFICIARIOS O DE AFILIADOS ADICIONALES [ ]
8. EXCLUSIÓN DE BENEFICIARIOS O DE AFILIADOS ADICIONALES [ ]
9. INICIO DE RELACIÓN LABORAL O ADQUISICIÓN DE CONDICIONES PARA COTIZAR [ ]
10. TERMINACIÓN DE LA RELACIÓN LABORAL O PÉRDIDA DE LAS CONDICIONES PARA SEGUIR COTIZANDO [ ]
11. VINCULACIÓN A UNA ENTIDAD AUTORIZADA PARA REALIZAR AFILIACIONES COLECTIVAS [ ]
12. DESVINCULACIÓN A UNA ENTIDAD AUTORIZADA PARA REALIZAR AFILIACIONES COLECTIVAS [ ]
13. MOVILIDAD A) AL RÉGIMEN CONTRIBUTIVO [ ] B) AL 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 PREPENSIONADO [ ]
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 DOCUMENTO DE IDENTIDAD | NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD | SEXO | FECHA NACIMIENTO
42. FECHA (a partir de)
43. EPS ANTERIOR Código
44. EXCEPCIÓN DEL TRASLADO: COBERTURA GEOGRÁFICA [ ] UNIFICACIÓN GRUPO FAMILIAR [ ] CUMPLIMIENTO TIEMPO POR CESIÓN [ ] SERVICIO AVALADO POR SNS [ ]
45. CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR O PAGADOR DE PENSIONES

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

Declaración Juramentada de convivencia: Declaro que convivo con el(la) Señor(a) _____ Identificado(a) con _____ No. _____ desde el día _____ del mes _____ del año _____ [ ]

46. Declaración de dependencia económica de los beneficiarios y afiliados adicionales: Declaro bajo la gravedad de juramento que el(los) Beneficiario(s) reportado(s) dependen económicamente de mí. [ ]
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. Anexo soporte de la Entidad. [ ]
49. Declaración de no intermediación del cotizante, cabeza de familia, beneficiarios o afiliados adicionales en una Institución Prestadora de Servicios de Salud. [ ]
50. Autorización para que la EPS solicite y obtenga datos y copia de la historia clínica del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales. [ ]
51. Autorización para que la EPS reporte la información que se genere de la afiliación o del reporte de novedades a la base de datos de afiliados vigentes y los entes de control que 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 la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013. [ ]
53. Autorización para que la EPS envíe información al correo electrónico o al celular como mensajes de texto. [ ]

RADICADO nueva eps
FECHA: 30/04/2024
NOMBRE ASESOR:
FIRMA:
Uso en contacto con Nueva eps
Para estudios de afiliación SGSSS
Sujeta a verificación

VIII. FIRMAS

54. Firma de cotizante, cabeza de familia o beneficiario

55. Firma y sello del empleador, aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva, institucional o de oficio y/o independiente por prestación de servicio

IX. ANEXOS

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

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

X. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL

66. Identificación de la Entidad Territorial: Código del Municipio | Código del departamento
67. Datos del SISBÉN: Número de ficha | Puntaje | Nivel
68. Fecha de radicación
69. Fecha de validación
70. Datos del funcionario que realiza la validación: Tipo documento de identidad | Número del documento de identidad
71. Firma del funcionario

OBSERVACIONES:

VIGILADO Supersalud
CONTRAENTREGA TOMADAS EN PRESENCIA DE: NIT 900.156.264-2 FR-GC-010
EDICIÓN Feb

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

COOSALUD
En Pos de tu bienestar

No. De Radicación	Fecha de Radicación
	D D M M A A A A

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

1. Tipo de Trámite	2. Tipo de Afiliacion	3. Régimen
A. Afiliación ☐ B. Reporte de Novedades ☒	A. Individual: - Cotizante o Cabeza de Familia ☐ - Beneficiario o afiliado adicional ☐ B. Colectiva ☐ C. Institucional ☐ D. De oficio ☐	A. Contributivo ☒ B. Subsidiado ☐

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

A. AFILIACIÓN

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

6. Apellidos y nombres			
Silva (Primer apellido)	Cardenas (Segundo apellido)	Hector (Primer Nombre)	Julio (Segundo Nombre)
7. Tipo de documento de identidad	8. Número del documento de identidad	9. sexo	10. Fecha de nacimiento
CC	1094430569	Femenino ☐ Masculino ☒	03 02 1994

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

Datos personales

11. Etnia	12. Discapacidad	13. Puntaje SISBEN	14. Grupo de población especial
	Tipo F N M ☐ Condición T P ☐		

15. Administradora de Riesgos Laborales - ARL	16. Administradora de Pensiones	17. Ingreso base de cotización - IBC
Sura	Porvenir	1300.000

18. Residencia			
la Gracia de Dios Sector el plan casa 86 (Direccion)	(Telefono Fijo)	3182844040 (Telefono celular)	hectorgulio12@gmail.com (Correo electrónico)
Bucaramanga (Municipio/Distrito)	Zona: Urbana ☒ Rural ☐	(Localidad/Comuna)	Santander (Departamento)

IV. DATOS DE IDENTIFICACION DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR

Datos básicos de identificación del conyugue 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 Femenino ☐ Masculino ☐	23. Fecha de nacimiento D D M M A A A A

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

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

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

Datos complementarios

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

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

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

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

35. Nombre o razón social	36. Tipo de documento de identificación	37. Número del documento de identificación	38. Tipo de aportante o pagador pensiones (a registrar por la EPS)
Sandoval y Cardeña Soluciones S.A.S	NIT	901672292	

39. Ubicación				
Dirección	Teléfono	Correo electrónico	Municipio/Distrito	Departamento

B. REPORTE DE NOVEDADES

40. Tipo de Novedad

- [ ] 1. Modificación de datos básicos de identificación.
- [ ] 2. Corrección de datos básicos de identificación.
- [ ] 3. Actualización del documento de identidad.
- [ ] 4. Actualización y corrección de datos complementarios.
- [ ] 5. Terminación de la inscripción en la EPS. Código [ ]
- [ ] 6. Reinscripción en la EPS.
- [ ] 7. Inclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales.
- [ ] 8. Exclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales.
- [x] 9. Inicio de relación laboral o adquisición de condiciones para cotizar.
- [ ] 10. Terminación de la relación laboral o pérdida de las condiciones para seguir cotizando.
- [ ] 11. Vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas
- [ ] 12. Desvinculaciones de una entidad autorizada 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 [ ] Masculino [ ]	Fecha de nacimiento D D M M A A A A	4.2 Fecha D D M M A A A A

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.
- [ ] 49. Declaración de no intemeción 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 beneficiados o afiliados adicionales.
- [x] 51. Autorización para que la EPS reporte la información que se genera de la afiliación o del reporte de novedades a la base de datos de afiliados vigente a las entidades publicas que por sus funciones la requieran.
- [x] 52. Autorización para que la EPS maneje los datos personales del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales, de acuerdo con lo previsto en la ley 1581 de 2012 y del Decreto 1377 de 2013.
- [x] 53. Autorización para que la EPS envíe información al correo electrónico o al celular como mensaje de texto.

VIII. FIRMAS

Hector Julio Silva	Zayra Sandoval Ortiz.
54. El cotizante, cabeza de familia o beneficiario	55. El empleador, aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva, Institucional o de Oficio

IX. ANEXOS

- [ ] 56. Anexo copia del documento de identidad: CN [ ] RC [ ] TI [ ] CC [ ] PA [ ] CE [ ] CD [ ] SC [ ] Cantidad: [ ] Total [ ]
- [ ] 57. Copia del dictamen de incapacidad permanente emitido por la autoridad competente.
- [ ] 58. Copia del registro civil de matrimonio, o de la Escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la unión marital.
- [ ] 59. Copia de la escritura pública o sentencia judicial que declare divorcio, sentencia judicial que declare la separación de cuerpos y escritura pública acta de conciliación o sentencia judicial que declare la terminación de la unión marital.
- [ ] 60. Copia del certificado de adopción o acta de entrega del menor.
- [ ] 61. Copia de la orden judicial o del acto administrativo de custodia.
- [ ] 62. Documento en que conste la pérdida de la patria potestad o el certificado de defunción 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 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 D D M M A A A A	69. Fecha de validación D D M M A A A A

70. Datos del funcionario que realiza la validación

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

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

OBSERVACIONES:

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

NUEVA EPS S.A

NIT: 900156264-2

CERTIFICA QUE:

El 10/04/2024, el empleador SANDOVAL Y CASTA¿DA SOLUCIONES identificado con NIT número 901672292 registró la siguiente solicitud de reingreso en nuestro portal transaccional.

NÚMERO DE RADICACIÓN	FECHA DE RADICACIÓN	TIPO DE SOLICITUD
7028238	10/04/2024	Reingresos

DETALLE

TIPO	IDENTIFICACIÓN	NOMBRE COTIZANTE	IBC	CARGO	FECHA
CÉDULA DE CIUDADANÍA	13563291	ISAEN PABON OSORIO	1300000		2024-04-10

La siguiente certificación se expide a solicitud del interesado a los 10 días del mes de Abril del año 2024.

Cordialmente,



GERENCIA NACIONAL DE AFILIACIONES

Nueva

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

COOSALUD
En Pos de tu bienestar

No. De Radicación	Fecha de Radicación
	D D M M A A A A

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

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

A. AFILIACIÓN

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

6. Apellidos y nombres			
Primer apellido: Calderon	Segundo apellido: Perez	Primer Nombre: Abelino	Segundo Nombre:
7. Tipo de documento de identidad CC	**8. Número del documento de identidad** 13 285. 211	**9. sexo** Femenino ☐ Masculino ☒	**10. Fecha de nacimiento** 25 06 1974

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

Datos personales

11. Etnia	12. Discapacidad	13. Puntaje SISBEN	14. Grupo de población especial
	Tipo F N M Condición T P		

15. Administradora de Riesgos Laborales - ARL	16. Administradora de Pensiones	17. Ingreso base de cotización - IBC
Sura	Porvenir	1300.000

18. Residencia			
Dirección: calle 42 26-79 La concordia	Teléfono Fijo:	Teléfono celular: 3146779015	Correo electrónico: AbelinoCP@gmail.com
Municipio/Distrito: Bucaramanga	Zona: Urbana ☐ Rural ☐	Localidad/Comuna:	Departamento: Santander

IV. DATOS DE IDENTIFICACION DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR

Datos básicos de identificación del cónyugue 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** Femenino ☐ Masculino ☐	**23. Fecha de nacimiento** D D M M A A A A

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

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

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

Datos complementarios

	29. Parentesco	30. Etnia	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	Telefono Fijo y/o Celular	33. Valor de la UPC del afiliado adicional (a registrar por la EPS)
B1						
B2						
B3						
B4						
B5						

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

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

35. Nombre o razón social	36. Tipo de documento de identificación	37. Número del documento de identificación	38. Tipo de aportante o pagador pensiones (a registrar por la EPS)
Sandoval y Castañeda Soluciones S.A.S	NIT	901672292	

39. Ubicación				
Dirección	Teléfono	Correo electrónico	Municipio/Distrito	Departamento

B. REPORTE DE NOVEDADES

40. Tipo de Novedad

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

VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

41. Datos básicos de identificación

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

Tipo de documento de identidad	Número del documento de identidad	Sexo	Fecha de nacimiento	4.2 Fecha
[ ]		Femenino [ ] Masculino [ ]	D D M M A A A A	D D M M A A A A

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.
- [ ] 49. Declaración de no intemeción 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 beneficiados o afiliados adicionales.
- [X] 51. Autorización para que la EPS reporte la información que se genera de la afiliación o del reporte de novedades a la base de datos de afiliados vigente a las entidades publicas que por sus funciones la requieran.
- [X] 52. Autorización para que la EPS maneje los datos personales del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales, de acuerdo con lo previsto en la ley 1581 de 2012 y del Decreto 1377 de 2013.
- [X] 53. Autorización para que la EPS envie 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
Alvaro Cuevas	Zayra Sandoval Ortiz.

IX. ANEXOS

- [ ] 56. Anexo copia del documento de identidad: CN [ ] RC [ ] TI [ ] CC [ ] PA [ ] CE [ ] CD [ ] SC [ ] Cantidad: [ ] Total [ ]
- [ ] 57. Copia del dictamen de incapacidad permanente emitido por la autoridad competente.
- [ ] 58. Copia del registro civil de matrimonio, o de la Escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la unión marital.
- [ ] 59. Copia de la escritura pública o sentencia judicial que declare divorcio, sentencia judicial que declare la separación de cuerpos y escritura pública acta de conciliación o sentencia judicial que declare la terminación de la unión marital.
- [ ] 60. Copia del certificado de adopción o acta de entrega del menor.
- [ ] 61. Copia de la orden judicial o del acto administrativo de custodia.
- [ ] 62. Documento en que conste la pérdida de la patria potestad o el certificado de defunción 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 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 D D M M A A A A	69. Fecha de validación D D M M A A A A

70. Datos del funcionario que realiza la validación

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

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

OBSERVACIONES:

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

COOSALUD
En Pos de tu bienestar

CERTIFICADO DE AFILIACIÓN

Para la atención de servicios de salud POS, el suscrito afiliado se encuentra registrado en la EPS con los siguientes datos.

Información del Cotizante y/o Cabeza de Familia										
Tipo Ident.	**Número de Ident.**	**Nombres**	**Apellidos**	**Fecha de Afiliación**	**Departamento**	**Ciudad**	**Dirección**	**Teléfono**	**Regimen**	**Estado**
CC	1096192643	OMAR	MARTINEZ DIAZ	01/12/2020 12:00:00 a. m.	SANTANDER	SAN VICENTE DE CHUCURI	VEREDA CANTARRANAS		Contributivo	Activo

Informacion del Aportante				
NIT/CC	**Razon Social**	**Estado**	**Rango Cotizante**	**Fecha Vinculacion**
901103185	ECOLVIAS Y GEOINGENIERIA S.A.S.	N	A	19/04/2024

La anterior certificación se expide y firma, a los 29 días del mes de Abril de 2024, a solicitud del interesado y es válida hasta los 29 días del mes de Mayo de 2024

Cordialmente,

CARLOS TORRES SALAZAR
SUBDIRECTOR DE ASEGURAMIENTO NACIONAL

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

SOPORTE DE NOVEDADES DE REINGRESOS

nueva eps
gente cuidando gente
NIT 900.156 264-2

CODIGO ASESOR Y/O PROMOTOR

AFILIACIÓN

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

1. APELLIDOS Y NOMBRES COMPLETOS

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE
Ospina	Aguilar	Anderson	

2. TIPO DOCUMENTO	3. DOCUMENTO DE IDENTIDAD	RÉGIMEN	4. SEXO	5. FECHA NACIMIENTO
CC (X)	1.006.441.193		M (X)	21 / 03 / 1998

ANEXO COPIA DEL DOCUMENTO DE IDENTIDAD [X]

II. DATOS COMPLEMENTARIOS

CIUDAD / MUNICIPIO	DEPARTAMENTO	CAJA DE COMPENSACIÓN	TELÉFONO
Bucaramanga	Santander	Cajasan	

TELÉFONO MOVIL (1)	TELÉFONO MÓVIL (2)	CORREO ELECTRÓNICO	CÓDIGO IPS	IPS ODONTOLÓGICA
3167701693	3228924062	Shirleyospina210398@gmail.com		

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

33. NOMBRE O RAZÓN SOCIAL	35. Tipo documento de identidad	37 Número documento de identidad	DV	38. Tipo de aportante o pagador de pensiones
Ecdvias y geoingenieria S.A.S	NIT (X)	901.103.185	5	Porvenir

4. UBICACIÓN O DIRECCIÓN	CIUDAD / MUNICIPIO	DEPARTAMENTO	SECTOR DEL APORTANTE
Cra 31 #21-12	Bucaramanga	Santander	

TELÉFONO FIJO - EXT.	TELÉFONO MÓVIL (1)	TELÉFONO MÓVIL (2)	CORREO ELECTRÓNICO	ACTIVIDAD ECONÓMICA
	3186953208		ecdviasygeoingenieria@gmail.com	4290

FECHA INICIO DE RELACIÓN LABORAL	CARGO U OCUPACIÓN	SALARIO
24 / 04 / 2024	Auxiliar de obra	1.300.000

IV. FIRMAS

54. Firma de cotizante, cabeza de familia o beneficiario	55. Firma y sello del representante legal, funcionario autorizado o entidad responsable de la afiliacion colectiva, institucional o de oficio y/o independiente por prestación de servicio
Anderson Ospina	ECDVIAS Y GEOINGENIERIA NIT 901.103.185-5

VIGILADO Supersalud

Powered by CamScanner

Powered by CamScanner

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

nueva eps
RADICADO PARA ESTUDIO EPS
ASESOR COMERCIAL
22 ABRIL 2024
JULIE ACENETH ARIAS TRIANA
C 1903

SOPORTE DE NOVEDADES DE REINGRESOS

nueva eps
gente cuidando gente
NIT. 900.156.264-2

CÓDIGO ASESOR Y/O PROMOTOR: C1903

AFILIACIÓN

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

6. APELLIDOS Y NOMBRES COMPLETOS	PRIMER APELLIDO	SANTAMARIA	SEGUNDO APELLIDO	DIAZ	PRIMER NOMBRE	REYNER	SEGUNDO NOMBRE	JESUS					
7.TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD	CC	8. NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD	1003204470	9. SEXO BIOLÓGICO	F	X							
SEXO DE IDENTIFICACIÓN	F	X	T	NB	10. FECHA NACIMIENTO	DÍA 17	MES FEBRERO	AÑO 2003	PAÍS DE NACIMIENTO	COLOMBIA	11. NACIONALIDAD	COLOMBIANO	

ANEXO COPIA DEL DOCUMENTO DE IDENTIDAD

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

CIUDAD / MUNICIPIO	DEPARTAMENTO	ZONA	TELÉFONO MÓVIL
BUCARAMANGA	SANTANDER	URBANA	3225726397

TELÉFONO FIJO	EXT.	CORREO ELECTRÓNICO	IPS	IPS ODONTOLÓGICA
3225726397		REYNERJESUS@GMAIL.COM	15332	

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

39. Nombre o Razón Social	40.TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD	41.Número documento de identidad	DV	42. Tipo de aportante o pagador de pensiones
CONSORCIO GESA	NIT	901712408	5	DEPENDIENTE

43. UBICACIÓN O DIRECCIÓN	TIPO NOMENCLATURA	URBANA	RURAL		CIUDAD / MUNICIPIO	DEPARTAMENTO
CRA 31 NO 51 74 ED TORRE MARDEL OFC 1110				ED TORRE MARDEL	BUCARAMANGA	SANTANDER

CORREO ELECTRÓNICO	TELÉFONO MÓVIL	TELÉFONO FIJO	EXT	FECHA INICIO DE RELACIÓN LABORAL	DÍA	MES	AÑO	CARGO	OCUPACIÓN	SALARIO
CONSORCIOGESA@GMAIL.COM	3186897943	31868979			20	ABRIL	2024	ALMACENISTA	Empleado	1,300,000

IX. FIRMAS

61. El cotizante, cabeza de familia o beneficiario cuando aplique	62. Aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva, Institucional o de Oficio
Reyner Santamaria	

VIGILADO Supersalud
REINGRESOS

F.P

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:

JHON ALEXANDER HOYOS MUÑOZ, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.098.769.995**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir y al Fondo de Cesantías Porvenir**.

La presente certificación se expide el 18 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.

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:

HECTOR JULIO SILVA CARDENAS, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.094.430.569**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 18 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.

LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES

CERTIFICA QUE

Verificada la base de datos de afiliados, el/la señor/a **ISAEN PABON OSORIO** identificado/a con documento de identidad **Cédula de Ciudadanía** número **13563291,** se encuentra afiliado/a desde **20/12/2005** al Régimen de Prima Media con Prestación Definida (RPM) administrado por la Administradora Colombiana de Pensiones **COLPENSIONES**.

La presente certificación se expide en Bogotá, el día 18 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.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

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

En su condición de administradora del

FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR

NIT 800.224.808-8

CERTIFICA QUE:

ABELINO CALDERON PEREZ, identificado(a) con cédula de ciudadanía **13.285.211**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 29 de Abril 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 presenta inconsistencias, ingrese a www.porvenir.com.co y actualice su Historia Laboral.

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:

OMAR MARTINEZ DIAZ, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.096.192.643**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 22 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.

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

En su condición de administradora del

FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR

NIT 800.224.808-8

CERTIFICA QUE:

ANDERSON OSPINA AGUILAR, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.006.441.193**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 23 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.

Protección

Fondo de Pensiones Obligatorias Protección

NIT 800.229.739

Hace constar que:

El(la) Señor(a) **SANTAMARIA DIAZ REYNER JESUS** identificado(a) con **CC** número **1.003.204.470** se encuentra afiliado(a) en Pensiones Obligatorias a PROTECCIÓN, desde el día 05 de junio de 2021 y sus recursos se encuentran en el **FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PROTECCIÓN MAYOR RIESGO**.

Esta constancia se expide a petición del interesado(a) el día 03 de octubre de 2023.

Cordialmente,



***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

2023100310323

C.C.A.F

cajasan
NIT 890.200.106.1

Afiliación y Novedades de Trabajador y Grupo Familiar

RADICADO CE-20240095071 **FECHA** 11/04/2024

AFILIACIÓN DE TRABAJADORES Y/O PERSONAS A CARGO

Número personas a cargo 0

I. DATOS DEL EMPLEADOR

Cód GM-SUB-F005 Versión 12

NUMERO IDENTIFICACION	TIPO IDENTIFICACION	NOMBRE O RAZON SOCIAL
901672292	NI	SANDOVAL Y CASTANEDA SOLUCIONES SAS

II. DATOS DEL TRABAJADOR

NÚMERO IDENTIFICACION	TIPO IDENTIFICACION	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE
1098769995	CC	HOYOS	MUÑOZ	JHON	ALEXANDER

ORIENTACION SEXUAL	SEXO	RESIDE EN EL EXTERIOR: NO / PAIS: Colombia	DIRECCION RESIDENCIA	BARRIO	MUNICIPIO RESIDENCIA	MUNICIPIO DONDE LABORA	FECHA NACIMIENTO
Heterosexual	M		CAMPO MADRID		BUCARAMANGA - SANTANDER	BUCARAMANGA - SANTANDER	07/05/1994

CORREO ELECTRONICO PERSONAL	CORREO ELECTRONICO CORPORATIVO	TELEFONO RESIDENCIA
confirmarcorreo@gmail.com	0	0

FACTOR DE VULNERABILIDAD	PERTENENCIA ÉTNICA
No aplica	No se autoreconoce en ninguno de los anteriores

CARGO-OCUPACION	PROFESION U OFICIO	SUELDO BASICO	CELULAR 1	CELULAR 2	FECHA INGRESO EMPRESA
EMPLEADO	EMPLEADO	1300000	3003235337	0	03/04/2024

NIVEL ESTUDIO	ESTADO CIVIL	TIPO VIVIENDA	TENENCIA VIVIENDA
SECUNDARIA TECNICA	Soltero	Casa	Otros

III. DATOS DEL CONYUGE O COMPAÑERO PERMANENTE

TIPO Y NUMERO DE IDENTIFICACION	EN CONDICION DE DISCAPACIDAD	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	MUNICIPIO RESIDENCIA

FECHA NACIMIENTO	SEXO	EMPRESA DONDE TRABAJA	NIT	RECIBE CUOTA MONETARIA CAJA?	SUELDO BASICO	CELULAR

IV. DATOS DE LOS BENEFICIARIOS (Padres, Hijos, Hermanos, Hijastros)

No Documento	Tipo documento	Sexo	Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre	Fecha nacimiento	Parentesco	Municipio residencia	Condición Discapacidad	Grado escolaridad

Con mi firma que aparece dentro del presente documento, de manera previa, expresa e inequívoca autorizo a CAJASAN el tratamiento de mis datos personales (o el tratamiento de los datos personales del menor de edad o persona en condición de discapacidad que represento) aquí consignados, para que sean almacenados, usados y puestos en circulación o suprimidos, conforme a la Política de Tratamiento de la Información que la Corporación ha adoptado y que se encuentra publicada en la página web www.cajasan.com que declaro conocer y por ello estar informado de la finalidad de dicho tratamiento, por estar en ella consignado. También declaro que he sido informado que, para el ejercicio de mis derechos, podré dirigirme ante la Corporación a través del correo electrónico protección.datos@cajasan.com, las líneas telefónicas 018000972021 o 6434444 Ext.4328, a través de la página web www.cajasan.com vínculo Contáctenos o mediante comunicación escrita remitida a la oficina de atención al usuario, Carrera 27 No. 61-78, Sede Administrativa en Bucaramanga -Primer Piso.

Así mismo, declaro que se me ha advertido la posibilidad de oponerme al tratamiento de datos sensibles como datos de salud, biométricos o de menores de edad, entre otros, a lo cual manifiesto mi autorización expresa para su tratamiento.

Firma del Trabajador – C.C. No

Firma y Sello de la Empresa

CAJASAN le hará entrega a través de su empresa LA TARJETA MULTISERVICIOS, la cual le permite identificarse y acceder a la Cuota Monetaria y todos los servicios.
La tarjeta permanece vigente incluso si cambia de empleador.

VIGILADO SuperSubsidio

cajasan
NIT 890.200.106.1

Afiliación y Novedades de Trabajador y Grupo Familiar

RADICADO CE-20240095074 **FECHA** 11/04/2024

AFILIACIÓN DE TRABAJADORES Y/O PERSONAS A CARGO

Número personas a cargo 0

I. DATOS DEL EMPLEADOR

Cód GM-SUB-F005 Versión 12

NUMERO IDENTIFICACION	TIPO IDENTIFICACION	NOMBRE O RAZON SOCIAL
901672292	NI	SANDOVAL Y CASTANEDA SOLUCIONES SAS

II. DATOS DEL TRABAJADOR

NÚMERO IDENTIFICACION	TIPO IDENTIFICACION	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE
1094430569	CC	SILVA	CARDENAS	HECTOR	JULIO

ORIENTACION SEXUAL	SEXO	RESIDE EN EL EXTERIOR: NO / PAIS: Colombia	DIRECCION RESIDENCIA	BARRIO	MUNICIPIO RESIDENCIA	MUNICIPIO DONDE LABORA	FECHA NACIMIENTO
Heterosexual	M		GRACIA DE DIOS SECTOR PLAN CASA 86		BUCARAMANGA - SANTANDER	BUCARAMANGA - SANTANDER	03/02/1994

CORREO ELECTRONICO PERSONAL	CORREO ELECTRONICO CORPORATIVO	TELEFONO RESIDENCIA
confirmarcorreo@gmail.com	0	0

FACTOR DE VULNERABILIDAD	PERTENENCIA ÉTNICA
No aplica	No se autoreconoce en ninguno de los anteriores

CARGO-OCUPACION	PROFESION U OFICIO	SUELDO BASICO	CELULAR 1	CELULAR 2	FECHA INGRESO EMPRESA
EMPLEADO	EMPLEADO	1300000	3182844040	0	03/04/2024

NIVEL ESTUDIO	ESTADO CIVIL	TIPO VIVIENDA	TENENCIA VIVIENDA
SECUNDARIA TECNICA	Soltero	Casa	Otros

III. DATOS DEL CONYUGE O COMPAÑERO PERMANENTE

TIPO Y NUMERO DE IDENTIFICACION	EN CONDICION DE DISCAPACIDAD	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	MUNICIPIO RESIDENCIA

FECHA NACIMIENTO	SEXO	EMPRESA DONDE TRABAJA	NIT	RECIBE CUOTA MONETARIA CAJA?	SUELDO BASICO	CELULAR

IV. DATOS DE LOS BENEFICIARIOS (Padres, Hijos, Hermanos, Hijastros)

No Documento	Tipo documento	Sexo	Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre	Fecha nacimiento	Parentesco	Municipio residencia	Condición Discapacidad	Grado escolaridad

Con mi firma que aparece dentro del presente documento, de manera previa, expresa e inequívoca autorizo a CAJASAN el tratamiento de mis datos personales (o el tratamiento de los datos personales del menor de edad o persona en condición de discapacidad que represento) aquí consignados, para que sean almacenados, usados y puestos en circulación o suprimidos, conforme a la Política de Tratamiento de la Información que la Corporación ha adoptado y que se encuentra publicada en la página web www.cajasan.com que declaro conocer y por ello estar informado de la finalidad de dicho tratamiento, por estar en ella consignado. También declaro que he sido informado que, para el ejercicio de mis derechos, podré dirigirme ante la Corporación a través del correo electrónico protección.datos@cajasan.com, las líneas telefónicas 018000972021 o 6434444 Ext.4328, a través de la página web www.cajasan.com vínculo Contáctenos o mediante comunicación escrita remitida a la oficina de atención al usuario, Carrera 27 No. 61-78, Sede Administrativa en Bucaramanga -Primer Piso.

Así mismo, declaro que se me ha advertido la posibilidad de oponerme al tratamiento de datos sensibles como datos de salud, biométricos o de menores de edad, entre otros, a lo cual manifiesto mi autorización expresa para su tratamiento.

Firma del Trabajador – C.C. No

Firma y Sello de la Empresa

CAJASAN le hará entrega a través de su empresa LA TARJETA MULTISERVICIOS, la cual le permite identificarse y acceder a la Cuota Monetaria y todos los servicios.
La tarjeta permanece vigente incluso si cambia de empleador.

VIGILADO SuperSubsidio