PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

Bancolombia

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CEDULA DE CIUDADANIA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	1112472072
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			CARLOS MAURICIO MENDEZ SOLARTE
CIUDAD/MUNICIPIO:	JAMUNDI	DEPARTAMENTO:	VALLE
DIRECCIÓN:	CRR 9 # 9 - 13	TELÉFONO:	2681171
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Comercio al por mayor de computadores, equipo per
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:		**7923063506**		TIPO DE PLANILLA:	I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES	abril AÑO	2024	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES abril AÑO 2024
DÍAS DE MORA:		0			
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):		2024/04/15		NÚMERO AUTORIZACIÓN:	574440543

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
230301	230301-PORVENIR	1	$ 559.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 559.000	$ 0	$ 559.000
SUBTOTALES:										**$ 559.000**	**$ 0**	**$ 559.000**

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
EPS037	EPS037-NUEVA EPS	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 436.700	$ 0	$ 0	$ 0	$ 436.700	$ 0	$ 0	$ 436.700
SUBTOTALES:													**$ 436.700**	**$ 0**	**$ 0**	**$ 436.700**

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
14-23	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	1		$ 0	$ 0		$ 0	$ 85.100	$ 85.100	$ 0	$ 0	$ 85.100
SUBTOTALES:									**$ 85.100**	**$ 0**	**$ 0**	**$ 85.100**

TOTAL APORTES A CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	TOTALES		
CÓDIGO	NOMBRE		APORTES	MORA	VALOR PAGADO
CCF57	CCF57-COMFANDI	1	$ 21.000	$ 0	$ 21.000
SUBTOTALES:			**$ 21.000**	**$ 0**	**$ 21.000**

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	DIAS COT	IBC	COTIZACIÓN	FSP		APORTES VOLUNTARIOS		INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APORTE	ADMIN	DIAS COT	IBC	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	TOTAL APORTE	ADMIN	DIAS COT	IBC	CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APORTE	DIAS COT	IBC	CCF		SENA	ICBF	ESAP	MINEDU
																														SUBSISTENCIA	SOLIDARIDAD	EMPLEADOR	EMPLEADO																		

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

Bancolombia

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CEDULA DE CIUDADANIA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	1112472072
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			CARLOS MAURICIO MENDEZ SOLARTE
CIUDAD/MUNICIPIO:	JAMUNDI	DEPARTAMENTO:	VALLE
DIRECCIÓN:	CRR 9 # 9 - 13	TELÉFONO:	2681171
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Comercio al por mayor de computadores, equipo per
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:		**7923093812**	TIPO DE PLANILLA:		I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES	mayo AÑO 2024	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES	mayo AÑO 2024
DÍAS DE MORA:		0			
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):		2024/05/17	NÚMERO AUTORIZACIÓN:		644726869

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
230301	230301-PORVENIR	1	$ 559.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 559.000	$ 0	$ 559.000
SUBTOTALES:										**$ 559.000**	**$ 0**	**$ 559.000**

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
EPS037	EPS037-NUEVA EPS	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 436.700	$ 0	$ 0	$ 0	$ 436.700	$ 0	$ 0	$ 436.700
SUBTOTALES:													**$ 436.700**	**$ 0**	**$ 0**	**$ 436.700**

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
14-23	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	1		$ 0	$ 0		$ 0	$ 85.100	$ 85.100	$ 0	$ 0	$ 85.100
SUBTOTALES:									**$ 85.100**	**$ 0**	**$ 0**	**$ 85.100**

TOTAL APORTES A CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	TOTALES		
CÓDIGO	NOMBRE		APORTES	MORA	VALOR PAGADO
CCF57	CCF57-COMFANDI	1	$ 21.000	$ 0	$ 21.000
SUBTOTALES:			**$ 21.000**	**$ 0**	**$ 21.000**

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	DIAS COT	IBC	COTIZACIÓN	FSP		APORTES VOLUNTARIOS		INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APORTE	ADMIN	DIAS COT	IBC	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	TOTAL APORTE	ADMIN	DIAS COT	IBC	CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APORTE	DIAS COT	IBC	CCF		SENA	ICBF	ESAP	MINEDU
																														SUBSISTENCIA	SOLIDARIDAD	EMPLEADOR	EMPLEADO																		

Certificado de Aportes

Se certifica que HECTOR ERFAWIN ALVARADO GUERRERO identificado(a) con CC 7178246 realizó los siguientes aportes al Sistema de Seguridad Social:

GEOZAM LABORATORIO INGENIEROS CONSULTORES S.A.S NI 900357259

Periodo		Clave		Planilla		Novedades														
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Tipo	Fecha Pago	ing	ret	tde	tae	tdp	tap	vsp	cor	vst	sln	ige	lma	vac	avp	vct	irl	vip
2024-04	2024-05	642393824	9467148847	E	2024-05-16																	

Riesgo	Administradora	Días	Tarifa	IBC	Cotización
AFP	PORVENIR	30	16%	$4,600,000	$736,000
ARL	COLMENA	30	6.96%	$4,600,000	$320,200
CCF	COMFENALCO VALLE	30	4%	$4,600,000	$184,000
EPS	EPS SURA (ANTES SUSALUD)	30	4%	$4,600,000	$184,000

Este certificado se expide el día 2024-05-16 a las 08:14.

Certificado de Aportes

Se certifica que HECTOR ERFAWIN ALVARADO GUERRERO identificado(a) con CC 7178246 realizó los siguientes aportes al Sistema de Seguridad Social:

GEOZAM LABORATORIO INGENIEROS CONSULTORES S.A.S NI 900357259

Periodo		Clave		Planilla		Novedades														
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Tipo	Fecha Pago	ing	ret	tde	tae	tdp	tap	vsp	cor	vst	sln	ige	lma	vac	avp	vct	irl	vip
2024-03	2024-04	571073462	9465605586	E	2024-04-12																	

Riesgo	Administradora	Días	Tarifa	IBC	Cotización
AFP	PORVENIR	30	16%	$4,600,000	$736,000
ARL	COLMENA	30	6.96%	$4,600,000	$320,200
CCF	COMFENALCO VALLE	30	4%	$4,600,000	$184,000
EPS	EPS SURA (ANTES SUSALUD)	30	4%	$4,600,000	$184,000

Este certificado se expide el día 2024-04-12 a las 09:50.

aportes en línea

Certificado de Aportes

Se certifica que DEISY CAROLINA VALDERRAMA BUITRAGO identificado(a) con CC 1031136437 realizó los siguientes aportes al Sistema de Seguridad Social:

GEOZAM LABORATORIO INGENIEROS CONSULTORES S.A.S NI 900357259

Periodo		Clave		Planilla		Novedades														
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Tipo	Fecha Pago	ing	ret	tde	tae	tdp	tap	vsp	cor	vst	sln	ige	lma	vac	avp	vct	irl	vip
2024-04	2024-05	642393824	9467148847	E	2024-05-16																	

Riesgo	Administradora	Días	Tarifa	IBC	Cotización
AFP	PORVENIR	30	16%	$3,500,000	$560,000
ARL	COLMENA	30	6.96%	$3,500,000	$243,600
CCF	COMFENALCO VALLE	30	4%	$3,500,000	$140,000
EPS	COMPENSAR	30	4%	$3,500,000	$140,000

Este certificado se expide el día 2024-05-23 a las 12:12.

Certificado de Aportes

Se certifica que DEISY CAROLINA VALDERRAMA BUITRAGO identificado(a) con CC 1031136437 realizó los siguientes aportes al Sistema de Seguridad Social:

GEOZAM LABORATORIO INGENIEROS CONSULTORES S.A.S NI 900357259

Periodo		Clave		Planilla		Novedades														
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Tipo	Fecha Pago	ing	ret	tde	tae	tdp	tap	vsp	cor	vst	sln	ige	lma	vac	avp	vct	irl	vip
2024-04	2024-05	642393824	9467148847	E	2024-05-16																	

Riesgo	Administradora	Días	Tarifa	IBC	Cotización
AFP	PORVENIR	30	16%	$3,500,000	$560,000
ARL	COLMENA	30	6.96%	$3,500,000	$243,600
CCF	COMFENALCO VALLE	30	4%	$3,500,000	$140,000
EPS	COMPENSAR	30	4%	$3,500,000	$140,000

Este certificado se expide el día 2024-05-16 a las 08:28.

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:

ALEXANDRA BARRAGAN POMEO, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.061.780.853**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir y al Fondo de Cesantías Porvenir**.

La presente certificación se expide el 7 de Mayo del 2024.

Cordialmente,

Gerencia de Clientes

Tenga en cuenta:

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

REPORTE DE NOVEDAD DE INGRESO

CONTRATO:	1078420	
RAZON SOCIAL	GEOZAM LABORATORIO INGENIEROS CONSULTORES S.A.S	
IDENTIFICACION:	NI 900357259	

INGRESO DE TRABAJADOR

Radicado	**Inicio de vigencia**	**Identificación**
97521276	2024-5-8	CC 1061780853
Apellidos	**Nombres**	**Fecha de nacimiento**
BARRAGAN POMEO	ALEXANDRA	1995-4-1
Dirección residencia	**Localidad/Comuna**	**Zona**
CL 43 A #45-18	CAÑAVERAL	Urbana
Ciudad/Departamento	**Correo electrónico**	**Teléfono**
PALMIRA - Valle	alex.a.barragan@hotmail.com	6616621
Celular	**Sexo**	
3215198526	Femenino	
Cargo	**Salario**	**EPS**
AUXILIAR DE LABORATORIO	$1,300,000.00	EPS Sura
AFP	**Centro de Trabajo**	
Porvenir	PRINCIPAL	
Tasa de riesgo	**Clase de riesgo**	**Grado**
6.96	5	80
Tipo afiliado cotizante	**Subtipo afiliado cotizante**	**Tipo de modalidad**
Dependiente	NO DEFINIDO	Presencial
Fecha efectiva de la novedad	**Tipo jornada**	
2024-5-8	JORNADA UNICA	

Las operaciones realizadas a través de la página de Internet de **Colmena Seguros**, se rigen por los términos y condiciones de uso de esta página, por las normas del Código de Comercio y por la ley 527 de 1999 y por lo tanto, tienen plena validez jurídica.

Todos los Derechos Reservados **Colmena Seguros** ® - 2009

Resultados del registro de novedades de reingreso

EPS Y MEDICINA PREPAGADA SURAMERICANA S.A.

Número de Solicitud 6l_3402399

Por favor imprima este comprobante como constancia de la novedad reportada.

Reingreso 1	
Empleador	NI 900357259 GEOZAM LABORATORIO INGENIEROS CONSULTORES S.A.S
Afiliado	CC 1061780853 ALEXANDRA BARRAGAN POMEO
Tipo de trabajador	1 Dependiente
Salario Base	$ 1,300,000
Cargo	OTRO
Sucursal	CALI CL 35 AN # 3 N 131
Fecha de ingreso	08/05/2024
Fecha de radicación	08/05/2024 03:16:13 p.m.
Código de Transacción	178081565
Resultado delReingreso 1	
Novedad aplicada con éxito	El período de inicio de pago es 06/2024

Fecha de generación 08/05/2024

Comfenalco Valle
delagente

CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR DEL VALLE DEL CAUCA
COMFENALCO VALLE DELAGENTE
FORMULARIO DE AFILIACIÓN AL RÉGIMEN DE SUBSIDIO FAMILIAR
NIT. 890.303.093-5

1089000001624265

Antes de diligenciar este formulario lea las instrucciones que se encuentran al respaldo

I. INFORMACIÓN DE LA AFILIACIÓN

A. Tipo de Afiliado: Dependiente X | Independiente | Madre Comunitaria | Servicio Doméstico | Pensionado | Voluntario | Veterano de las Fuerzas Armadas | Otro

B. Tipo de Novedad: Nuevo | Reingreso - Reactivación X | Adición Beneficiarios

II. INFORMACIÓN DEL TRABAJADOR

1. Tipo de identificación:	2. Número de Identidad	3. 1er. Apellido	1er. Nombre	4. Genero
X CC TI CE RC PA SC PE PT	1061780853	BARRAGAN	ALEXANDRA	M H I
		2do. Apellido POMEO	2do. Nombre	

5. Fecha de nacimiento	6. Fecha expedición doc. Identidad	7. Departamento expedición doc. Identidad	8. Municipio expedición doc. Identidad	9. Nacionalidad	10. Nivel de Escolaridad / Profesión	11. Discapacidad Tipo
1995 4M 1D	2013 6M 12	CAUCA	POPAYAN	COLOMBIA	4 / TECNOLOGO EN ADMINISTRACIO	

País de residencia	12. Dirección residencia	Departamento	Municipio / Corregimiento / Vereda	Barrio	13. Sector
COLOMBIA	CL 43A 45 18	VALLE DEL CAUCA	PALMIRA - VALLE	VILLAS DE CAÑA MIEL	Rural Urbano

14. Teléfono	15. Celular	16. Correo Electrónico	17. Estado civil
6026616621	3215198526	ALEX.A.BARRAGAN@HOTMAIL.COM	Soltero X Casado Viudo Unión libre Divorciado Separado

III. INFORMACIÓN DEL CONYUGE O COMPAÑERO (A) PERMANENTE

18. Cónyuge / Compañero(a)	19. Tipo de identificación:	20. Número de Identidad	21. 1er. Apellido / 2do. Apellido	1er. Nombre / 2do. Nombre	22. Genero
	CC TI CE RC PA SC PE PT				M H I

23. Fecha inicio relación marital	24. Fecha de nacimiento	25. Fecha de expedición Doc. ID	26. Departamento de expedición Doc. ID	27. Municipio de expedición Doc. ID	28. Nacionalidad	29. Discapacidad Tipo
AAAA MM	AAAA MM DD	AAAA MM DD				

30. Nivel de Escolaridad / Profesión	31. Trabaja	32. Tipo ID.	33. Número de Nit	Digito de Verificación	34. Nombre o razón social	35. Sector
	SI NO					Rural Urbano

36. Tipo salario	Salario Básico $	37. Cargo	38. Jornada	39. Caja de Compensación	40. Recibe Subsidio Monetario
Fijo Variable			Número Horas Mensual		SI NO

IV. INFORMACIÓN DEL GRUPO FAMILIAR

Documento		Nombres completos de beneficiarios		Residencia de beneficiarios		44. Genero			45. Parentesco				46. Fecha de nacimiento			47. Fecha de expedición Doc. ID			48. Tipo Discapacidad	49. Escolaridad	
41.T.ID	42. Número de ID	43. Primer y Segundo Apellido	Primer y Segundo Nombre	Dirección	Barrio	M	H	I	Hijo	Hijastro	Padres	Hermano	Año	Mes	Día	Año	Mes	Día		Nivel de Escolaridad	Grado
													AAAA	MM	DD	AAAA	MM	DD			
													AAAA	MM	DD	AAAA	MM	DD			
													AAAA	MM	DD	AAAA	MM	DD			
													AAAA	MM	DD	AAAA	MM	DD			
													AAAA	MM	DD	AAAA	MM	DD			
													AAAA	MM	DD	AAAA	MM	DD			

V. INFORMACIÓN DEL EMPLEADOR, ENTIDAD PENSIONADORA O EMPRESA CONTRATANTE

50. T. ID	51. Número NIT	Digito Verificación	52. Empresa o entidad pensionadora	53. Sucursal	54. Sector
NI	900357259		GEOZAM LABORATORIO INGENIEROS CONSULTORES S.A.S	39608	Rural Urbano

55. Fecha ingreso a la empresa	56. Fecha pensión	57. Tipo contrato	58. Forma pago subsidio	1. Déposito electrónico a través de Celular:	2. Transferencia electrónica a cuenta
2024 5M 8D	AAAA MM DD	Fijo Indefinido X		Billetera Delagente(Cobre) Kupi X	Tipo de cuenta: Ahorros Corriente Banco: Número de cuenta: (adjunte certificado bancario)

59. Tipo salario	Salario Básico $	60. Cargo	61. % Aportes	62. Jornada
Fijo X Variable	1300000	OTRAS OCUPACIONES ELEMENTALES NO CLASIFICADAS EN OTROS GRUPOS PRIM	0% 0,6% 2% Fidelidad	Número Horas Mensual 240

VI. OTRO EMPLEADOR

63. T.I.	64. Número NIT	Digito Verificación	65. Nombre o razón social	66. Sector
				Rural Urbano

67. Tipo salario	Salario Básico $	68. Cargo	69. Jornada	70. Caja de Compensación	71. Recibe Subsidio Monetario
Fijo Variable			Número Horas Mensual		SI NO

VII. INFORMACIÓN EXCLUSIVA TRABAJADOR INDEPENDIENTE - OTRO

72. Actividad económica	73. Valor mensual ingreso	74. EPS	75. % Aportes
			0% 0,6% 2%

76. Observaciones

VIII. DATOS SENSIBLES: (CE 0007 de 2019 SSF)

77. Factor de Vulnerabilidad	78. Orientación de genero	79. Pertenencia Étnica
No aplica	No disponible	No disponible

Con mi firma que aparece dentro del presente documento, de manera previa, expresa e inequívoca autorizo a COMFENALCO VALLE DELAGENTE el tratamiento de mis datos personales (o de los datos personales del menor de edad o persona en condición de discapacidad mental que represento), para que sean almacenados, usados, circulados o suprimidos, conforme a la Política de Tratamiento de la Información que la corporación ha adaptado. Igualmente declaro haber informado a los titulares pertenecientes a mi grupo familiar que usaré sus datos personales y que cuento con la autorización de los mismos, para las finalidades consignadas en la mencionada Política, publicada en la página web www.comfenalcovalle.com.co, la cual declaro conocer y por ello estar informado de las finalidades de dicho tratamiento al estar en ella consignadas. También declaro que he sido informado que para el ejercicio de mis derechos (acceder, conocer, actualizar, rectificar, suprimir mis datos personales, etc.), podré dirigirme ante la corporación únicamente a través del correo electrónico servicioalcliente@comfenalcovalle.com.co, las líneas telefónicas 8862727-018000938585, diligenciando los formatos de los buzones de sugerencias y de manera presencial en las sedes de la corporación o enviando comunicación escrita a la dirección calle 5 # 6-63 en la ciudad de Santiago de Cali (Valle del Cauca). Así mismo, declaro que se me ha advertido la posibilidad de oponerme al tratamiento de datos sensibles como mi imagen, datos de salud, datos biométricos, datos de menor de edad, origen étnico, género, condición de discapacidad, entre otros, a lo cual manifiesto mi autorización expresa para su tratamiento.

Declaro que la información que se ha condensado en el presente formulario es veraz y se autoriza a Comfenalco Valle Delagente a que verifique la información en cualquier momento y a deducir de mi subsidio familiar en dinero los valores que me hayan dispuesto sin tener derecho a el, por este concepto o por el reporte inoportuno de las novedades.

Le recordamos que los subsidios monetarios puestos a su disposición y no cobrados, prescriben a los tres (3) años (Ley 21 de 1.982 Artículo 6).

El procedimiento de prescripción lo podrá consultar en la página web https://www.comfenalcovalle.com.co/"

	Bajo la gravedad de juramento declaro que la información que he condensado en el presente formulario es veraz, autorizo que la información sea verificada en cualquier momento por COMFENALCO VALLE DELAGENTE.	Fecha Radicacion: 2024-05-08
Firma autorizada y sello de la empresa (si lo tiene)	Firma y C.C. del trabajador	Firma y sello recibido por Comfenalco Valle Delagente

OFIX SUMINISTROS Y LOGÍSTICA SAS - NIT 900156826 - 100126484-15787

- TRAFICO -

FTO-GCO-AFC-09 V2

Edición: Mercadeo Institucional Comfenalco Valle de la gente - Noviembre de 2019 - ADBSIRES301

VIGILADO SuperSubsidio

Certificado de Aportes

Se certifica que ROLANDO NAZARIT CHARRUPI identificado(a) con CC 76337014 realizó los siguientes aportes al Sistema de Seguridad Social:

GEOZAM LABORATORIO INGENIEROS CONSULTORES S.A.S NI 900357259

Periodo		Clave		Planilla		Novedades														
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Tipo	Fecha Pago	ing	ret	tde	tae	tdp	tap	vsp	cor	vst	sln	ige	lma	vac	avp	vct	irl	vip
2024-03	2024-04	571073462	9465605586	E	2024-04-12																	

Riesgo	Administradora	Días	Tarifa	IBC	Cotización
AFP	PROTECCION	30	16%	$1,300,000	$208,000
ARL	COLMENA	30	6.96%	$1,300,000	$90,500
CCF	COMFENALCO VALLE	30	4%	$1,300,000	$52,000
EPS	COMFENALCO VALLE	30	4%	$1,300,000	$52,000

Este certificado se expide el día 2024-04-16 a las 03:16.

aportes en línea

Certificado de Aportes

Se certifica que ROLANDO NAZARIT CHARRUPI identificado(a) con CC 76337014 realizó los siguientes aportes al Sistema de Seguridad Social:

GEOZAM LABORATORIO INGENIEROS CONSULTORES S.A.S NI 900357259

Periodo		Clave		Planilla		Novedades														
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Tipo	Fecha Pago	ing	ret	tde	tae	tdp	tap	vsp	cor	vst	sln	ige	lma	vac	avp	vct	irl	vip
2024-04	2024-05	642393824	9467148847	E	2024-05-16																	

Riesgo	Administradora	Días	Tarifa	IBC	Cotización
AFP	PROTECCION	30	16%	$1,300,000	$208,000
ARL	COLMENA	30	6.96%	$1,300,000	$90,500
CCF	COMFENALCO VALLE	30	4%	$1,300,000	$52,000
EPS	COMFENALCO VALLE	30	4%	$1,300,000	$52,000

Este certificado se expide el día 2024-05-16 a las 08:25.

aportes en línea

Certificado de Aportes

Se certifica que YEFRY ANDRES OLAYA ANDRADE identificado(a) con CC 1062283149 realizó los siguientes aportes al Sistema de Seguridad Social:

GEOZAM LABORATORIO INGENIEROS CONSULTORES S.A.S NI 900357259

Periodo		Clave		Planilla		Novedades														
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Tipo	Fecha Pago	ing	ret	tde	tae	tdp	tap	vsp	cor	vst	sln	ige	lma	vac	avp	vct	irl	vip
2024-03	2024-04	571073462	9465605586	E	2024-04-12																	

Riesgo	Administradora	Días	Tarifa	IBC	Cotización
AFP	COLFONDOS	30	16%	$1,300,000	$208,000
ARL	COLMENA	30	6.96%	$1,300,000	$90,500
CCF	COMFENALCO VALLE	30	4%	$1,300,000	$52,000
EPS	NUEVA E.P.S.	30	4%	$1,300,000	$52,000

Este certificado se expide el día 2024-04-12 a las 10:02.

Certificado de Aportes

Se certifica que YEFRY ANDRES OLAYA ANDRADE identificado(a) con CC 1062283149 realizó los siguientes aportes al Sistema de Seguridad Social:

GEOZAM LABORATORIO INGENIEROS CONSULTORES S.A.S NI 900357259

Periodo		Clave		Planilla		Novedades														
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Tipo	Fecha Pago	ing	ret	tde	tae	tdp	tap	vsp	cor	vst	sln	ige	lma	vac	avp	vct	irl	vip
2024-04	2024-05	642393824	9467148847	E	2024-05-16																	

Riesgo	Administradora	Días	Tarifa	IBC	Cotización
AFP	COLFONDOS	30	16%	$1,300,000	$208,000
ARL	COLMENA	30	6.96%	$1,300,000	$90,500
CCF	COMFENALCO VALLE	30	4%	$1,300,000	$52,000
EPS	NUEVA E.P.S.	30	4%	$1,300,000	$52,000

Este certificado se expide el día 2024-05-16 a las 08:26.

PAGOSIMPLE | AUTOLIQUIDACION CONSOLIDADA

Fecha creación reporte: 2024-04-05, 04:37:26 PM **Tipo Planilla:** E: PLANILLA EMPLEADOS EMPRESAS. **Numéro Planilla:** 1062777507

Periodo Cotización: marzo de 2024 **Periodo Servicio:** abril de 2024

PAGADO 05/04/2024

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	SUMINISTROS OUTSORCING SAS	**Nombre Sucursal**	YUMBO CALLE 6	**Código Sucursal**	001
Documento	NI901288750	**Dirección**	CL 3 #6 A - 51		
Tipo de Empresa	EMPLEADOR	**Teléfono**	6953297		
Tipo Persona	JURÍDICA	**Forma Presentación**	SUCURSAL		
Ciudad	YUMBO	**Departamento**	VALLE DEL CAUCA		
Representante Legal	OSPINA LEIDY	**Identificación**	CC 1118290076		
Total Afiliados	27	**ARP**	ARL SURA		

II. DETALLE DEL APORTANTE

Datos del Afiliado				Novedades																				Pensiones			Salud			Riesgos			Cajas			Parafiscales				Total
Identificación	Apellidos y Nombres	Tipo Cotizante	Subtipo Cotizante	ING	RET	RET P	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	COR	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	Días AFP	Días EPS	Días ARP	Días CCF	Administradora	IBC Pensión	Aporte Pensión	Administradora	IBC Salud	Aporte Salud	Tarifa	IBC Riesgos	Aporte Riesgos	Administradora	IBC Caja	Aporte Caja	Aporte SENA	Aporte ICBF	ESAP	Aporte Ministerio	Total
CC 1112469952	JONATHAN ANDRES MONTENEGRO DIAZ	01	00																	0	30	30	30	30	(25-14) COLPENSIONES	$ 1.300.000	$ 208.000	(EPS018) S.O.S EPS	$ 1.300.000	$ 52.000	6,960	$ 1.300.000	$ 90.500	(CCF57) COMFANDI	$ 1.300.000	$ 52.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 402.500
CC 1112474928	FRANCISCO ANTONIO GUZMAN RAMIREZ	01	00																	0	30	30	30	30	(230301) PORVENIR	$ 1.300.000	$ 208.000	(EPS042) COOSALUD	$ 1.300.000	$ 52.000	6,960	$ 1.300.000	$ 90.500	(CCF57) COMFANDI	$ 1.300.000	$ 52.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 402.500
CC 1118305442	DANIEL TORRES ALTAMIRANO	01	00																	0	30	30	30	30	(25-14) COLPENSIONES	$ 1.300.000	$ 208.000	(EPS037) NUEVA EPS S.A.	$ 1.300.000	$ 52.000	4,350	$ 1.300.000	$ 56.600	(CCF57) COMFANDI	$ 1.300.000	$ 52.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 368.600
CC 1130677291	YUVE CAROLINA CAICEDO	01	00																	0	30	30	30	30	(231001) COLFONDOS	$ 1.300.000	$ 208.000	(EPS037) NUEVA EPS S.A.	$ 1.300.000	$ 52.000	2,436	$ 1.300.000	$ 31.700	(CCF57) COMFANDI	$ 1.300.000	$ 52.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 343.700
CC 14977398	JOSE LEONARDO GOMEZ BURBANO	01	03																	0	0	30	30	30	(NIN-AF) NINGUNA AFP	$ 0	$ 0	(EPS018) S.O.S EPS	$ 1.300.000	$ 52.000	0,522	$ 1.300.000	$ 6.800	(CCF57) COMFANDI	$ 1.300.000	$ 52.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 110.800
CC 14999905	ISAIAS MAMIAN MUÑOZ	01	03																	0	0	30	30	30	(NIN-AF) NINGUNA AFP	$ 0	$ 0	(EPS012) COMFENALCO VALLE EPS	$ 1.300.000	$ 52.000	0,522	$ 1.300.000	$ 6.800	(CCF57) COMFANDI	$ 1.300.000	$ 52.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 110.800
CC 16448918	CARLOS ALBERTO ALTAMIRANO SOTO	01	03																	0	0	30	30	30	(NIN-AF) NINGUNA AFP	$ 0	$ 0	(EPS005) EPS SANITAS	$ 1.300.000	$ 52.000	4,350	$ 1.300.000	$ 56.600	(CCF57) COMFANDI	$ 1.300.000	$ 52.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 160.600
CC 16456824	WILLINGTON GUTIERREZ GONZALEZ	01	00																	0	30	30	30	30	(230301) PORVENIR	$ 1.300.000	$ 208.000	(EPS002) SALUD TOTAL EPS	$ 1.300.000	$ 52.000	0,522	$ 1.300.000	$ 6.800	(CCF57) COMFANDI	$ 1.300.000	$ 52.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 318.800
CC 16462198	HAROLD ALBERTO BOLAÑOS DAZA	01	00																	0	30	30	30	30	(25-14) COLPENSIONES	$ 1.300.000	$ 208.000	(EPS002) SALUD TOTAL EPS	$ 1.300.000	$ 52.000	0,522	$ 1.300.000	$ 6.800	(CCF57) COMFANDI	$ 1.300.000	$ 52.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 318.800
CC 16630950	JESUS ARTURO RESTREPO CASTAÑO	01	03																	0	0	30	30	30	(NIN-AF) NINGUNA AFP	$ 0	$ 0	(EPS005) EPS SANITAS	$ 1.300.000	$ 52.000	4,350	$ 1.300.000	$ 56.600	(CCF57) COMFANDI	$ 1.300.000	$ 52.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 160.600
CC 16668649	ALBEIRO RESTREPO CASTAÑO	01	03																	0	0	30	30	30	(NIN-AF) NINGUNA AFP	$ 0	$ 0	(EPS005) EPS SANITAS	$ 1.300.000	$ 52.000	4,350	$ 1.300.000	$ 56.600	(CCF57) COMFANDI	$ 1.300.000	$ 52.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 160.600
CC 16723042	DERIAN MUÑOZ RAMIREZ	01	03																	0	0	30	30	30	(NIN-AF) NINGUNA AFP	$ 0	$ 0	(EPS018) S.O.S EPS	$ 1.300.000	$ 52.000	0,522	$ 1.300.000	$ 6.800	(CCF57) COMFANDI	$ 1.300.000	$ 52.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 110.800
CC 16826006	JOSE ORLANDO CAICEDO TORRES	01	00																	0	30	30	30	30	(25-14) COLPENSIONES	$ 1.300.000	$ 208.000	(EPS012) COMFENALCO VALLE EPS	$ 1.300.000	$ 52.000	4,350	$ 1.300.000	$ 56.600	(CCF57) COMFANDI	$ 1.300.000	$ 52.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 368.600
CC 29120692	NAYET JHALILE TRUJILLO SANTIAGO	01	00																	0	30	30	30	30	(25-14) COLPENSIONES	$ 1.300.000	$ 208.000	(EPS010) EPS SURA	$ 1.300.000	$ 162.500	0,522	$ 1.300.000	$ 6.800	(CCF57) COMFANDI	$ 1.300.000	$ 52.000	$ 26.000	$ 39.000	$ 0	$ 0	$ 494.300
CC 29740169	LUZ EDY MONTENEGRO NARVAEZ	01	00																	0	30	30	30	30	(25-14) COLPENSIONES	$ 1.300.000	$ 208.000	(EPS037) NUEVA EPS S.A.	$ 1.300.000	$ 52.000	0,522	$ 1.300.000	$ 6.800	(CCF57) COMFANDI	$ 1.300.000	$ 52.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 318.800
CC 29939519	MARTHA NIDIA JIMENEZ SUAREZ	01	03																	0	0	30	30	30	(NIN-AF) NINGUNA AFP	$ 0	$ 0	(EPS012) COMFENALCO VALLE EPS	$ 1.300.000	$ 52.000	0,522	$ 1.300.000	$ 6.800	(CCF57) COMFANDI	$ 1.300.000	$ 52.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 110.800
CC 31467383	ANA MILENA GOMEZ	01	03																	0	0	30	30	30	(NIN-AF) NINGUNA AFP	$ 0	$ 0	(EPS018) S.O.S EPS	$ 1.300.000	$ 52.000	0,522	$ 1.300.000	$ 6.800	(CCF57) COMFANDI	$ 1.300.000	$ 52.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 110.800
CC 31468474	MARTHA GLADYS SANTOS MUÑOZ	01	03																	0	0	30	30	30	(NIN-AF) NINGUNA AFP	$ 0	$ 0	(EPS010) EPS SURA	$ 1.300.000	$ 52.000	0,522	$ 1.300.000	$ 6.800	(CCF57) COMFANDI	$ 1.300.000	$ 52.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 110.800
CC 31475999	LUZ STELLA TORO QUINTERO	01	03																	0	0	30	30	30	(NIN-AF) NINGUNA AFP	$ 0	$ 0	(EPS012) COMFENALCO VALLE EPS	$ 1.300.000	$ 52.000	0,522	$ 1.300.000	$ 6.800	(CCF57) COMFANDI	$ 1.300.000	$ 52.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 110.800

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

¡El Poder de lo SIMPLE!

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

Pagado: | **Empresa NI901288750 SUMINISTROS OUTSORCING SAS** | **Planilla Nro: 1062777507** | **Periodo Cotización: marzo de 2024** | **Periodo Servicio: abril de 2024**

II. DETALLE DEL APORTANTE

Datos del Afiliado				Novedades																					Pensiones			Salud			Riesgos			Cajas			Parafiscales				Total
Identificación	Apellidos y Nombres	Tipo Cotizante	Subtipo Cotizante	ING	RET	RET P	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	COR	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	Días AFP	Días EPS	Días ARP	Días CCF	Administradora	IBC Pensión	Aporte Pensión	Administradora	IBC Salud	Aporte Salud	Tarifa	IBC Riesgos	Aporte Riesgos	Administradora	IBC Caja	Aporte Caja	Aporte SENA	Aporte ICBF	ESAP	Aporte Ministerio	Total
CC 31476230	OLGA LUCIA VALLEJO	01	00																	0	30	30	30	30	(25-14) COLPENSIONES	$ 1.300.000	$ 208.000	(ESSC62) ASMET SALUD	$ 1.300.000	$ 52.000	0,522	$ 1.300.000	$ 6.800	(CCF57) COMFANDI	$ 1.300.000	$ 52.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 318.800
CC 31484024	JACKELINE MUÑOZ	01	00																	0	30	30	30	30	(25-14) COLPENSIONES	$ 1.300.000	$ 208.000	(EPS012) COMFENALCO VALLE EPS	$ 1.300.000	$ 52.000	0,522	$ 1.300.000	$ 6.800	(CCF57) COMFANDI	$ 1.300.000	$ 52.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 318.800
CC 31484972	ADRIANA MILENA MONTENEGRO NARVAEZ	01	00																	0	30	30	30	30	(230201) PROTECCION	$ 1.300.000	$ 208.000	(EPS005) EPS SANITAS	$ 1.300.000	$ 52.000	0,522	$ 1.300.000	$ 6.800	(CCF57) COMFANDI	$ 1.300.000	$ 52.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 318.800
CC 31980229	VIVIAN DELGADO HERNANDEZ	01	03																	0	0	30	30	30	(NIN-AF) NINGUNA AFP	$ 0	$ 0	(EPS018) S.O.S EPS	$ 1.300.000	$ 52.000	0,522	$ 1.300.000	$ 6.800	(CCF57) COMFANDI	$ 1.300.000	$ 52.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 110.800
CC 37316373	ANA GRACIELA PEREZ BAYONA	01	03																	0	0	30	30	30	(NIN-AF) NINGUNA AFP	$ 0	$ 0	(EPS037) NUEVA EPS S.A.	$ 1.300.000	$ 52.000	0,522	$ 1.300.000	$ 6.800	(CCF57) COMFANDI	$ 1.300.000	$ 52.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 110.800
CC 6086425	HERNANDO MORENO	01	03																	0	0	30	30	30	(NIN-AF) NINGUNA AFP	$ 0	$ 0	(EPS002) SALUD TOTAL EPS	$ 1.300.000	$ 52.000	0,522	$ 1.300.000	$ 6.800	(CCF57) COMFANDI	$ 1.300.000	$ 52.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 110.800
CC 6445363	HERNEY RODRIGUEZ LOPEZ	01	00																	0	30	30	30	30	(25-14) COLPENSIONES	$ 1.300.000	$ 208.000	(EPS018) S.O.S EPS	$ 1.300.000	$ 52.000	2,436	$ 1.300.000	$ 31.700	(CCF57) COMFANDI	$ 1.300.000	$ 52.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 343.700
CC 79157546	RICHARD ANDREW SCHAMBACH GARCES	01	03																	0	0	30	30	30	(NIN-AF) NINGUNA AFP	$ 0	$ 0	(EPS037) NUEVA EPS S.A.	$ 1.300.000	$ 52.000	0,522	$ 1.300.000	$ 6.800	(CCF57) COMFANDI	$ 1.300.000	$ 52.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 110.800

III.TOTALES

IBC Pensión	IBC Salud	IBC Riesgos	IBC Cajas	Aportes Pensión	Aportes Salud	Aportes Riesgos	Aportes Cajas	Aportes Sena	Aportes ICBF	Aportes ESAP	Aportes Min Educación	(Incapacidades, Licencias, Saldos a Favor) EPS	Incapacidades ARP	SUBTOTAL SIN INTERESES DE MORA	TOTAL INTERESES DE MORA	TOTAL FINAL
$ 16.900.000	$ 35.100.000	$ 35.100.000	$ 35.100.000	$ 2.704.000	$ 1.514.500	$ 649.800	$ 1.404.000	$ 26.000	$ 39.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 6.337.300	$ 0	$ 6.337.300

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

¡El Poder de lo SIMPLE!

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

PAGOSIMPLE | REPORTE INDIVIDUAL

Fecha creación reporte 2024-05-08, 02:35:38 p. m. **Tipo Planilla** E **Número Planilla** 1063509662

Periodo Cotización 202404 **Periodo Servicio** 202405

PAGADA 2024-05-07 15:58:40.0

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	SUMINISTROS OUTSORCING SAS				
Documento	NI 901288750	**Dirección**	CL 3 #6 A - 51		
Tipo de Empresa	EMPLEADOR	**Teléfono**	6953297		
Tipo Persona	JURÍDICA	**Forma Presentación**	SUCURSAL	**Total Afiliados**	75
Ciudad	YUMBO	**Departamento**	VALLE DEL CAUCA		
Representante Legal	OSPINA LEIDY	**Identificación**	CC 1118290076		

II. DATOS DEL AFILIADO

Documento	CC 16668649		**Residente**		**Exonerado**	S	**Apellidos y Nombres**	**Código Ciudad - Departamento**	**Centro de Trabajo**	**Ubicación Laboral**
Tipo Cotizante	01	03					RESTREPO CASTAÑO ALBEIRO	76892000 - 76		VALLE DEL CAUCA

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

Novedades																						Extranjero	Tipo salario	Salario	Pensión							Salud						Riesgos					Caja				Parafiscales			
ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	COR	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	Días AFP	Días EPS	Días ARP	Días CCF				Código AFP	Código Tras. AFP	Tarifa AFP	IBC	Total Aporte AFP	Total Aporte FSP	Total Aporte FSPS	Código EPS	Código Tras. EPS	Tarifa EPS	IBC EPS	Aporte Salud	Aporte UPC	Código ARL	Clase Riesgo	Tarifa ARL	IBC ARL	Aporte Riesgos	Código CCF	Tarifa CCF	IBC CCF	Aporte Caja	Tarifa SENA	Aporte SENA	Tarifa ICBF	Aporte ICBF
															0	0	30	30	30		F	$ 1.300.000	NIN-AF		0 %	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	EPS005		4 %	$ 1.300.000	$ 52.000	$ 0	14-11	4	4,350 %	$ 1.300.000	$ 56.600	CCF57	4 %	$ 1.300.000	$ 52.000	0 %	$ 0	0 %	$ 0

IV.TOTALES

Total Aportes Pensión	Total Aportes FSP	Total Aportes FSPS	Total Aportes Salud	Total Aportes Riesgos	Total Aportes Cajas	Total Aportes SENA	Total Aportes ICBF	Total Aportes ESAP	Total Aportes MEN	Total Final
NINGUNA AFP	FSP SOLIDARIDAD	FSP SUBSISTENCIA	EPS SANITAS	ARL SURA	COMFANDI	SENA	ICBF	ESAP	MEN	
$ 0	$ 0	$ 0	$ 52.000	$ 56.600	$ 52.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 160.600

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

¡El Poder de lo SIMPLE!

Resultados del registro de novedades de reingreso

EPS Y MEDICINA PREPAGADA SURAMERICANA S.A.

Número de Solicitud **6I_10785**

Por favor imprima este comprobante como constancia de la novedad reportada.

Reingreso 1	
Empleador	NI 900357259 GEOZAM LABORATORIO Y CONSULTORIA SAS
Afiliado	CC 76305776 CARLOS ARCESIO ZAMBRANO PAZ
Tipo de trabajador	1 Dependiente
Salario Base	$ 4,500,000
Cargo	OTRO
Sucursal	CALI CL 35 AN 3 N-131
Fecha de ingreso	05/02/2019
Fecha de radicación	05/02/2019 09:24:37 a.m.
Código de Transacción	86765590
Resultado delReingreso 1	
Novedad aplicada con éxito	El período de inicio de pago es 03/2019

Fecha de generación 05/02/2019

REPORTE DE NOVEDAD DE INGRESO		
CONTRATO:	1078420	
RAZON SOCIAL	GEOZAM LABORATORIO Y CONSULTORIA SAS	
IDENTIFICACION:	NI 900357259	
INGRESO DE TRABAJADOR		
Radicado	**Inicio de vigencia**	**Identificación**
64291895	2019-2-5	CC 76305776
Apellidos	**Nombres**	**Fecha de nacimiento**
ZAMBRANO PAZ	CARLOS ARCESIO	1966-8-13
Dirección residencia	**Localidad/Comuna**	**Zona**
CL 1 A #4A-53	PRADOS DE LA ERMITA	Urbana
Ciudad/Departamento	**Correo electrónico**	**Teléfono**
CIUDAD DESCONOCIDA - DESCONOCIDO	info@geozam.com.co	2595596
Celular	**Sexo**	
3155021032	Masculino	
Cargo	**Salario**	**EPS**
DIRECTOR RESIDENTE	$4,500,000.00	EPS Sura
AFP	**Sede**	
Colpensiones	PRINCIPAL	
Tasa de riesgo	**Clase de riesgo**	**Grado**
6.96	5	80
Tipo afiliado cotizante	**Subtipo afiliado cotizante**	**Tipo de modalidad**
Dependiente	NO DEFINIDO	Presencial
Fecha efectiva de la novedad	**Tipo jornada**	
2019-2-5	JORNADA UNICA	

Las operaciones realizadas a través de la página de Internet de **Colmena Seguros**, se rigen por los términos y condiciones de uso de esta página, por las normas del Código de Comercio y por la ley 527 de 1999 y por lo tanto, tienen plena validez jurídica.

Todos los Derechos Reservados **Colmena Seguros** ® - 2009

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES

CERTIFICA QUE

Verificada la base de datos de Afiliados, el Señor (a) **CARLOS ARCESIO ZAMBRANO PAZ** identificado (a) con **Cédula de Ciudadanía** número **76305776,** se encuentra afiliado (a) desde **12/01/2005** al Régimen de Prima Media con Prestación Definida - RPM, administrado por la Administradora Colombiana de Pensiones **COLPENSIONES** y su estado es *ACTIVO COTIZANTE*.

INFORMACIÓN HISTÓRICA DE AFILIACIÓN AL SISTEMA GENERAL DE PENSIONES				
Novedad	Código Entidad	Entidad Definitiva	Fecha	MultivinculaciónDecreto 3995/2008
Vinculación Inicial	3	PORVENIR S.A.	26/09/2002	Afiliado con mayor número de cotizaciones entre 20070701 al 20071231 en el RAI
Traslado Aprobado de un Fondo de Pensión a COLPENSIONES	23	COLPENSIONES	01/08/2018	No Aplica

La presente certificación se expide en Bogotá, el día 04 de febrero de 2019.

Rosa Mercedes Niño 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.

Certificado de Aportes

Se certifica que CARLOS ARCESIO ZAMBRANO PAZ identificado(a) con CC 76305776 realizó los siguientes aportes al Sistema de Seguridad Social:

GEOZAM LABORATORIO INGENIEROS CONSULTORES S.A.S NI 900357259

Periodo		Clave		Planilla		Novedades														
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Tipo	Fecha Pago	ing	ret	tde	tae	tdp	tap	vsp	cor	vst	sln	ige	lma	vac	avp	vct	irl	vip
2024-03	2024-04	571073462	9465605586	E	2024-04-12																	

Riesgo	Administradora	Días	Tarifa	IBC	Cotización
AFP	COLPENSIONES	30	16%	$6,500,000	$1,040,000
AFP	FONDO DE SOLIDARIDAD PENSIONAL	30		$6,500,000	$32,500
AFP	SUBCUENTA DE SUBSISTENCIA	30		$6,500,000	$32,500
ARL	COLMENA	30	6.96%	$6,500,000	$452,400
CCF	COMFENALCO VALLE	30	4%	$6,500,000	$260,000
EPS	EPS SURA (ANTES SUSALUD)	30	4%	$6,500,000	$260,000

Este certificado se expide el día 2024-04-12 a las 10:06.

Certificado de Aportes

Se certifica que CARLOS ARCESIO ZAMBRANO PAZ identificado(a) con CC 76305776 realizó los siguientes aportes al Sistema de Seguridad Social:

GEOZAM LABORATORIO INGENIEROS CONSULTORES S.A.S NI 900357259

Periodo		Clave		Planilla		Novedades														
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Tipo	Fecha Pago	ing	ret	tde	tae	tdp	tap	vsp	cor	vst	sln	ige	lma	vac	avp	vct	irl	vip
2024-04	2024-05	642393824	9467148847	E	2024-05-16																	

Riesgo	Administradora	Días	Tarifa	IBC	Cotización
AFP	COLPENSIONES	30	16%	$6,500,000	$1,040,000
AFP	FONDO DE SOLIDARIDAD PENSIONAL	30		$6,500,000	$32,500
AFP	SUBCUENTA DE SUBSISTENCIA	30		$6,500,000	$32,500
ARL	COLMENA	30	6.96%	$6,500,000	$452,400
CCF	COMFENALCO VALLE	30	4%	$6,500,000	$260,000
EPS	EPS SURA (ANTES SUSALUD)	30	4%	$6,500,000	$260,000

Este certificado se expide el día 2024-05-16 a las 08:29.

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

compensar | eps salud

No. de Radicación | Fecha de Radicación: 0 3 0 1 2 0 2 4

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

1. Tipo de trámite	2. Tipo de Afiliación	3. Régimen	4. Tipo de afiliado	5. Tipo de cotizante	Código (a registrar por la EPS)
A. Afiliación	A. Individual: • Cotizante o cabeza de Familia: X	A. Contributivo: X	A. Cotizante: X	A. Dependiente: X	01
B. Reporte de Novedades: X	• Beneficiario o afiliado adicional	B. Subsidiado	B. Cabeza de familia	B. Independiente	
	B. Colectiva		C. Beneficiario	C. Pensionado	
	C. Institucional				
	D. De oficio				

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

6. Apellidos y nombres			
Valderrama	Buitrago	Deisy	Carolina

7. Tipo de documento de identidad	8. Número de documento de identidad	9. Sexo	10. Fecha de nacimiento
CC	1091136437	Femenino: X Masculino	24011992

III. DATOS COMPLEMENTARIOS (Datos personales)

11. Etnia	12. Discapacidad	13. Puntaje SISBÉN	14. Grupo de población especial	15. Administradora de riesgos laborales - ARL	16. Administradora de pensiones
	Tipo: Condición:			Colmena	Porvenir

17. Ocupación	18. Dirección de residencia	19. Teléfono fijo y/o celular	20. Departamento de residencia	21. Municipio de residencia
$3500.000	Cl. 33AN # 2EN-54 Conj. Las. Parques de la flora	3127647566	Zona Urbana: X Rural	
dcvalderrama4@buitrago@gmail.com	Cali	Prados del Norte	Valle	

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

19. Apellidos y nombres					

20. Tipo de documento de identidad	21. Número de documento de identidad	22. Sexo Femenino	Masculino	23. Fecha de nacimiento

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

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

	28. Fecha de nacimiento	29. Parentesco	30. Etnia	31. Discapacidad Tipo F N M T P	31. Discapacidad Condición F N M T P	32. Datos de residencia Municipio / Distrito	Zona Urbana / Rural	Departamento	Teléfono fijo y/o celular	33. Valor de la UPC afiliado adicional (a registrar por la EPS)
B1										
B2										
B3										
B4										
B5										

Selección de la IPS Primaria

Cot.	34. Nombre de la institución prestadora de servicios de salud - IPS	Código de la IPS (a registrar por la EPS)
B	VIVA 1A 2018	
B		
B		

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

35. Nombre o razón social	36. Tipo de documento de identificación
Ecozam Laboratorio Ingenieria Cons	Nit
37. Número del documento de identificación	**38. Tipo de aportante o pagador pensiones** (a registrar por la EPS)
900357259	

39. Ubicación				
Cl. 35AN # 3N-131	3720880	info@ecozam.com.co	Cali	Valle

B. REPORTE DE NOVEDADES

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

VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

41. Datos básicos de identificación					
Tipo de documento de identidad	Número de documento de identidad	Sexo Femenino	Masculino	Fecha de nacimiento	Fecha: 27012024
43. EPS anterior		44. Motivo de traslado Código		45. Caja de Compensación Familiar o Pagador de Pensiones	

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

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

VIII. FIRMAS

IX. ANEXOS

56. Anexo copia del documento de identidad: CN Cant. RC Cant. TI Cant. CC Cant. PA Cant. CE Cant. CD Cant. SC Cant. Total		
57. Copia del dictamen de incapacidad permanente emitido por la autoridad competente.		61. Copia de la orden judicial o del acto administrativo de custodia.
58. Copia del registro civil de matrimonio, o de la Escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la unión marital.		62. Documento en que conste la pérdida de la patria potestad, o el certificado de defunción de los padres o la declaración suscrita por el cotizante sobre la ausencia de los dos padres.
59. Copia de la escritura pública o sentencia judicial que declare el divorcio, sentencia judicial que declare la separación de cuerpos y escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la terminación de la unión marital.		63. Copia de la autorización de traslado por parte de la Superintendencia Nacional de Salud.
60. Copia del certificado de adopción o acta de entrega del menor.		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	67. Datos del SISBÉN	68. Fecha de radicación
Código del municipio: Código del departamento:	Número de la ficha: Puntaje: Nivel:	

70. Datos del funcionario que realiza la validación			
Tipo de documento de identidad	Número de documento de identidad	71. Firma del funcionario	B 30 ENE 2024 COD438 JHOVANNA BEDOYA SUJETO A VERIFICACION

OBSERVACIONES: PAGO MES SIGUIENTE

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

VIGILADO Supersalud

VIGILADO Supersubsidio

Powered by CamScanner

CUESTIONARIO CARTA DE DERECHOS Y DEBERES DEL AFILIADO Y DEL PACIENTE EN EL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD Y DE LA CARTA DE DESEMPEÑO

compensar | eps salud

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

Firma del afiliado (cotizante):

No. Identificación: 1031136437

FIRMA A RUEGO (Diligenciar exclusivamente cuando el cotizante no pueda firmar)

A ruego de (la) señor (a) _____ con C.C. No. _____

lo hace en su nombre, el (la) señor(a) _____

con C.C. No. _____ mayor de edad y sin ningún impedimento para dar fe de la información que se está entregando, quien además actúa como testigo, certificando que la huella dactilar del dedo índice de la mano derecha pertenece al (la) señor(a) _____

Firma a Ruego: _____

B
30 ENE 2024
COD438 JHOVANNA BEDOYA
SUJETO A VERIFICACION

Nombres y apellidos: _____

Identificación: _____

Edad: _____

Dirección de domicilio: _____

Nombres y apellidos de quien no sabe firmar: _____

Identificación: _____

Huella

AUTORIZACIÓN TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES

Autorizo de manera voluntaria, explícita, previamente informada e inequívoca a todos los servicios de salud Compensar EPS, de acuerdo a lo dispuesto en la Ley 1581 de 2012, Decreto 1377 de 2013 y el Decreto 886 de 2012, para tratar mi información personal, según lo establecido en su Manual de Protección de Datos Personales, disponible en:www.compensar.com / vínculo protección Datos Personales; información que será utilizada en el desarrollo de las funciones propias para:

- Dar cumplimiento a obligaciones contraídas conmigo y/o mis beneficiarios.
- Dar cumplimiento a requerimientos legales y de organismos de control.
- Proveer y/o evaluar la calidad de los productos y/o servicios requeridos por mi.
- La realización de estudios internos sobre fines estadísticos y analíticos de los datos, para mejoras de nuestros servicios o programas especializados de atención en salud; información sobre la cual podré, en cualquier momento, ejercer mis derechos de Habeas Data, para solicitar que no se me envíe información de los servicios en los casos que sea pertinente, y que no afecte el servicio de salud prestado por Compensar EPS.
- Transmitir mis datos personales a las administradoras encargadas de la seguridad social, con el fin de actualizar el estado de mi afiliación y/o traslado en el sistema.
- Compartir mis datos personales con la Caja de Compensación Familiar Compensar para efectos de la prestación de servicios de salud.

Cabe anotar, que la protección de los datos personales se efectúa a través de proveedores tecnológicos, con los cuales se tienen firmados contratos de transmisión de información, en aras de cumplir a cabalidad con los principios de acceso de la ley, así como de tomar las medidas técnicas y tecnológicas necesarias para el aseguramiento de los datos.

Como titular de la información personal sobre la que Compensar EPS ejerce el tratamiento, se me informa sobre los canales a través de los cuales puedo ejercer mis derechos a conocer, actualizar, rectificar, suprimir mis datos personales, entre ellos el correo electrónico proteccíondedatos@compensar.com, y la central telefónica de la EPS.

La protección de datos personales efectuada por Compensar EPS, cumple con los principios de finalidad, necesidad, circulación restringida, confidencialidad y seguridad señalados en la Ley 1581 de 2012 y manifiesto expresamente que conozco dónde consultar la información sobre protección de datos personales, así como los efectos y alcances de la presente autorización y que estoy libre de todo vicio del consentimiento en el momento de otorgarla.

Firma del afiliado (cotizante):

No. Identificación: 1031136437.

Escaneado con CamScanner

Powered by CamScanner

SOPORTE DE NOVEDADES		
CONTRATO:	1078420	
RAZON SOCIAL	GEOZAM LABORATORIO INGENIEROS CONSULTORES S.A.S	
IDENTIFICACION:	NI 900357259	

CAMBIO CIUDAD		
Radicado	**Inicio de vigencia**	**Identificación**
5456475	2024-1-27	CC 1031136437
Apellidos	**Nombres**	**Fecha de nacimiento**
VALDERRAMA BUITRAGO	DEISY CAROLINA	1992-1-24
Dirección residencia	**Localidad/Comuna**	**Zona**
CL 33 AN 2 EN 54 TORRE D APTO 204	PRADOS DEL NORTE	Urbana
Ciudad/Departamento	**Correo electrónico**	**Teléfono**
CALI - Valle	dcvalderramabuitrago@gmail.com	3720880
Celular	**Sexo**	
3127647566	Femenino	
Cargo	**Salario**	**EPS**
JEFE DE LABORATORIO	$3,500,000.00	Compensar E.P.S.
AFP	**Centro de Trabajo**	
Porvenir	PRINCIPAL	
Clase de riesgo	**Tasa de riesgo**	**Grado**
5	6.96	80
Tipo afiliado cotizante	**Subtipo afiliado cotizante**	**Tipo de modalidad**
Dependiente	NO DEFINIDO	Presencial
Fecha efectiva de la novedad		**Tipo jornada**
2024-1-26		JORNADA UNICA

Las operaciones realizadas a través de la página de Internet de **Colmena Seguros**, se rigen por los términos y condiciones de uso de esta página, por las normas del Código de Comercio y por la ley 527 de 1999 y por lo tanto, tienen plena validez jurídica.

Todos los Derechos Reservados **Colmena Seguros** ® - 2009

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:

DEISY CAROLINA VALDERRAMA BUITRAGO, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.031.136.437**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 26 de Enero 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.

Certificado de Aportes

Se certifica que DEISY CAROLINA VALDERRAMA BUITRAGO identificado(a) con CC 1031136437 realizó los siguientes aportes al Sistema de Seguridad Social:

GEOZAM LABORATORIO INGENIEROS CONSULTORES S.A.S NI 900357259

Periodo		Clave		Planilla		Novedades														
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Tipo	Fecha Pago	ing	ret	tde	tae	tdp	tap	vsp	cor	vst	sln	ige	lma	vac	avp	vct	irl	vip
2024-03	2024-04	571073462	9465605586	E	2024-04-12																	

Riesgo	Administradora	Días	Tarifa	IBC	Cotización
AFP	PORVENIR	30	16%	$3,500,000	$560,000
ARL	COLMENA	30	6.96%	$3,500,000	$243,600
CCF	COMFENALCO VALLE	30	4%	$3,500,000	$140,000
EPS	COMPENSAR	30	4%	$3,500,000	$140,000

Este certificado se expide el día 2024-06-11 a las 03:33.

aportes en línea

Certificado de Aportes

Se certifica que DEISY CAROLINA VALDERRAMA BUITRAGO identificado(a) con CC 1031136437 realizó los siguientes aportes al Sistema de Seguridad Social:

GEOZAM LABORATORIO INGENIEROS CONSULTORES S.A.S NI 900357259

Periodo		Clave		Planilla		Novedades														
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Tipo	Fecha Pago	ing	ret	tde	tae	tdp	tap	vsp	cor	vst	sln	ige	lma	vac	avp	vct	irl	vip
2024-04	2024-05	642393824	9467148847	E	2024-05-16																	

Riesgo	Administradora	Días	Tarifa	IBC	Cotización
AFP	PORVENIR	30	16%	$3,500,000	$560,000
ARL	COLMENA	30	6.96%	$3,500,000	$243,600
CCF	COMFENALCO VALLE	30	4%	$3,500,000	$140,000
EPS	COMPENSAR	30	4%	$3,500,000	$140,000

Este certificado se expide el día 2024-05-23 a las 12:12.

PAGOSIMPLE | AUTOLIQUIDACION CONSOLIDADA

Fecha creación reporte: 2024-06-12, 08:01:15 AM **Tipo Planilla:** I: PLANILLA INDEPENDIENTES **Numéro Planilla:** 1064360525

Periodo Cotización: abril de 2024 **Periodo Servicio:** abril de 2024

PAGADO 12/06/2024

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	ALEXANDRA BARRAGAN POMEO		
Documento	CC1061780853	**Dirección**	CL 43A #45 - 22
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	**Teléfono**	6023087296
Tipo Persona	NATURAL	**Forma Presentación**	ÚNICO
Ciudad	CALI	**Departamento**	VALLE DEL CAUCA
Representante Legal		**Identificación**	
Total Afiliados	1	**ARP**	COLMENA VIDA Y RIESGOS PROFESIONALES

II. DETALLE DEL APORTANTE

Datos del Afiliado				Novedades																				Pensiones			Salud			Riesgos			Cajas			Parafiscales					Total
Identificación	Apellidos y Nombres	Tipo Cotizante	Subtipo Cotizante	ING	RET	RET P	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	COR	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	Días AFP	Días EPS	Días ARP	Días CCF	Administradora	IBC Pensión	Aporte Pensión	Administradora	IBC Salud	Aporte Salud	Tarifa	IBC Riesgos	Aporte Riesgos	Administradora	IBC Caja	Aporte Caja	Aporte SENA	Aporte ICBF	ESAP	Aporte Ministerio	Total
CC 1061780853	ALEXANDRA BARRAGAN POMEO	57	00																	0	30	30	30	0	(230301) PORVENIR	$ 1.300.000	$ 208.000	(EPS010) EPS SURA	$ 1.300.000	$ 162.500	0,522	$ 1.300.000	$ 6.800	(NIN-CC) NINGUNA CCF	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 377.300

III.TOTALES

IBC Pensión	IBC Salud	IBC Riesgos	IBC Cajas	Aportes Pensión	Aportes Salud	Aportes Riesgos	Aportes Cajas	Aportes Sena	Aportes ICBF	Aportes ESAP	Aportes Min Educación	(Incapacidades, Licencias, Saldos a Favor) EPS	Incapacidades ARP	SUBTOTAL SIN INTERESES DE MORA	TOTAL INTERESES DE MORA	TOTAL FINAL
$ 1.300.000	$ 1.300.000	$ 1.300.000	$ 0	$ 208.000	$ 162.500	$ 6.800	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 377.300	$ 8.600	$ 385.900

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

¡El Poder de lo SIMPLE!

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

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:

ALEXANDRA BARRAGAN POMEO, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.061.780.853**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir y al Fondo de Cesantías Porvenir**.

La presente certificación se expide el 7 de Mayo del 2024.

Cordialmente,

Gerencia de Clientes

Tenga en cuenta:

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

REPORTE DE NOVEDAD DE INGRESO

CONTRATO:	1078420	
RAZON SOCIAL	GEOZAM LABORATORIO INGENIEROS CONSULTORES S.A.S	
IDENTIFICACION:	NI 900357259	

INGRESO DE TRABAJADOR

Radicado	**Inicio de vigencia**	**Identificación**
97521276	2024-5-8	CC 1061780853
Apellidos	**Nombres**	**Fecha de nacimiento**
BARRAGAN POMEO	ALEXANDRA	1995-4-1
Dirección residencia	**Localidad/Comuna**	**Zona**
CL 43 A #45-18	CAÑAVERAL	Urbana
Ciudad/Departamento	**Correo electrónico**	**Teléfono**
PALMIRA - Valle	alex.a.barragan@hotmail.com	6616621
Celular	**Sexo**	
3215198526	Femenino	
Cargo	**Salario**	**EPS**
AUXILIAR DE LABORATORIO	$1,300,000.00	EPS Sura
AFP	**Centro de Trabajo**	
Porvenir	PRINCIPAL	
Tasa de riesgo	**Clase de riesgo**	**Grado**
6.96	5	80
Tipo afiliado cotizante	**Subtipo afiliado cotizante**	**Tipo de modalidad**
Dependiente	NO DEFINIDO	Presencial
Fecha efectiva de la novedad	**Tipo jornada**	
2024-5-8	JORNADA UNICA	

Las operaciones realizadas a través de la página de Internet de **Colmena Seguros**, se rigen por los términos y condiciones de uso de esta página, por las normas del Código de Comercio y por la ley 527 de 1999 y por lo tanto, tienen plena validez jurídica.

Todos los Derechos Reservados **Colmena Seguros** ® - 2009

Resultados del registro de novedades de reingreso

EPS Y MEDICINA PREPAGADA SURAMERICANA S.A.

Número de Solicitud 6l_3402399

Por favor imprima este comprobante como constancia de la novedad reportada.

Reingreso 1	
Empleador	NI 900357259 GEOZAM LABORATORIO INGENIEROS CONSULTORES S.A.S
Afiliado	CC 1061780853 ALEXANDRA BARRAGAN POMEO
Tipo de trabajador	1 Dependiente
Salario Base	$ 1,300,000
Cargo	OTRO
Sucursal	CALI CL 35 AN # 3 N 131
Fecha de ingreso	08/05/2024
Fecha de radicación	08/05/2024 03:16:13 p.m.
Código de Transacción	178081565
Resultado delReingreso 1	
Novedad aplicada con éxito	El período de inicio de pago es 06/2024

Fecha de generación 08/05/2024

Comfenalco Valle
delagente

CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR DEL VALLE DEL CAUCA
COMFENALCO VALLE DELAGENTE
FORMULARIO DE AFILIACIÓN AL RÉGIMEN DE SUBSIDIO FAMILIAR
NIT. 890.303.093-5

1089000001624265

Antes de diligenciar este formulario lea las instrucciones que se encuentran al respaldo

I. INFORMACIÓN DE LA AFILIACIÓN

A. Tipo de Afiliado: Dependiente X | Independiente | Madre Comunitaria | Servicio Doméstico | Pensionado | Voluntario | Veterano de las Fuerzas Armadas | Otro

B. Tipo de Novedad: Nuevo | Reingreso - Reactivación X | Adición Beneficiarios

II. INFORMACIÓN DEL TRABAJADOR

1. Tipo de identificación:	2. Número de Identidad	3. 1er. Apellido	1er. Nombre	4. Genero
X CC TI CE RC PA SC PE PT	1061780853	BARRAGAN	ALEXANDRA	M H I
		2do. Apellido POMEO	2do. Nombre	

5. Fecha de nacimiento	6. Fecha expedición doc. Identidad	7. Departamento expedición doc. Identidad	8. Municipio expedición doc. Identidad	9. Nacionalidad	10. Nivel de Escolaridad / Profesión	11. Discapacidad Tipo
1995 4M 1D	2013 6M 12	CAUCA	POPAYAN	COLOMBIA	4 / TECNOLOGO EN ADMINISTRACIO	

País de residencia	12. Dirección residencia	Departamento	Municipio / Corregimiento / Vereda	Barrio	13. Sector
COLOMBIA	CL 43A 45 18	VALLE DEL CAUCA	PALMIRA - VALLE	VILLAS DE CAÑA MIEL	Rural Urbano

14. Teléfono	15. Celular	16. Correo Electrónico	17. Estado civil
6026616621	3215198526	ALEX.A.BARRAGAN@HOTMAIL.COM	Soltero X Casado Viudo Unión libre Divorciado Separado

III. INFORMACIÓN DEL CONYUGE O COMPAÑERO (A) PERMANENTE

18. Cónyuge / Compañero(a)	19. Tipo de identificación:	20. Número de Identidad	21. 1er. Apellido / 2do. Apellido	1er. Nombre / 2do. Nombre	22. Genero
	CC TI CE RC PA SC PE PT				M H I

23. Fecha inicio relación marital	24. Fecha de nacimiento	25. Fecha de expedición Doc. ID	26. Departamento de expedición Doc. ID	27. Municipio de expedición Doc. ID	28. Nacionalidad	29. Discapacidad Tipo
AAAA MM	AAAA MM DD	AAAA MM DD				

30. Nivel de Escolaridad / Profesión	31. Trabaja	32. Tipo ID.	33. Número de Nit	Digito de Verificación	34. Nombre o razón social	35. Sector
	SI NO					Rural Urbano

36. Tipo salario	Salario Básico $	37. Cargo	38. Jornada	39. Caja de Compensación	40. Recibe Subsidio Monetario
Fijo Variable			Número Horas Mensual		SI NO

IV. INFORMACIÓN DEL GRUPO FAMILIAR

Documento		Nombres completos de beneficiarios		Residencia de beneficiarios		44. Genero			45. Parentesco				46. Fecha de nacimiento			47. Fecha de expedición Doc. ID			48. Tipo Discapacidad	49. Escolaridad	
41.T.ID	42. Número de ID	43. Primer y Segundo Apellido	Primer y Segundo Nombre	Dirección	Barrio	M	H	I	Hijo	Hijastro	Padres	Hermano	Año	Mes	Día	Año	Mes	Día		Nivel de Escolaridad	Grado
													AAAA	MM	DD	AAAA	MM	DD			
													AAAA	MM	DD	AAAA	MM	DD			
													AAAA	MM	DD	AAAA	MM	DD			
													AAAA	MM	DD	AAAA	MM	DD			
													AAAA	MM	DD	AAAA	MM	DD			
													AAAA	MM	DD	AAAA	MM	DD			

V. INFORMACIÓN DEL EMPLEADOR, ENTIDAD PENSIONADORA O EMPRESA CONTRATANTE

50. T. ID	51. Número NIT	Digito Verificación	52. Empresa o entidad pensionadora	53. Sucursal	54. Sector
NI	900357259		GEOZAM LABORATORIO INGENIEROS CONSULTORES S.A.S	39608	Rural Urbano

55. Fecha ingreso a la empresa	56. Fecha pensión	57. Tipo contrato	58. Forma pago subsidio	1. Déposito electrónico a través de Celular:	2. Transferencia electrónica a cuenta
2024 5M 8D	AAAA MM DD	Fijo Indefinido X		Billetera Delagente(Cobre) Kupi X	Tipo de cuenta: Ahorros Corriente Banco: Número de cuenta: (adjunte certificado bancario)

59. Tipo salario	Salario Básico $	60. Cargo	61. % Aportes	62. Jornada
Fijo X Variable	1300000	OTRAS OCUPACIONES ELEMENTALES NO CLASIFICADAS EN OTROS GRUPOS PRIM	0% 0,6% 2% Fidelidad	Número Horas Mensual 240

VI. OTRO EMPLEADOR

63. T.I.	64. Número NIT	Digito Verificación	65. Nombre o razón social	66. Sector
				Rural Urbano

67. Tipo salario	Salario Básico $	68. Cargo	69. Jornada	70. Caja de Compensación	71. Recibe Subsidio Monetario
Fijo Variable			Número Horas Mensual		SI NO

VII. INFORMACIÓN EXCLUSIVA TRABAJADOR INDEPENDIENTE - OTRO

72. Actividad económica	73. Valor mensual ingreso	74. EPS	75. % Aportes
			0% 0,6% 2%

76. Observaciones

VIII. DATOS SENSIBLES: (CE 0007 de 2019 SSF)

77. Factor de Vulnerabilidad	78. Orientación de genero	79. Pertenencia Étnica
No aplica	No disponible	No disponible

Con mi firma que aparece dentro del presente documento, de manera previa, expresa e inequívoca autorizo a COMFENALCO VALLE DELAGENTE el tratamiento de mis datos personales (o de los datos personales del menor de edad o persona en condición de discapacidad mental que represento), para que sean almacenados, usados, circulados o suprimidos, conforme a la Política de Tratamiento de la Información que la corporación ha adaptado. Igualmente declaro haber informado a los titulares pertenecientes a mi grupo familiar que usaré sus datos personales y que cuento con la autorización de los mismos, para las finalidades consignadas en la mencionada Política, publicada en la página web www.comfenalcovalle.com.co, la cual declaro conocer y por ello estar informado de las finalidades de dicho tratamiento al estar en ella consignadas. También declaro que he sido informado que para el ejercicio de mis derechos (acceder, conocer, actualizar, rectificar, suprimir mis datos personales, etc.), podré dirigirme ante la corporación únicamente a través del correo electrónico servicioalcliente@comfenalcovalle.com.co, las líneas telefónicas 8862727-018000938585, diligenciando los formatos de los buzones de sugerencias y de manera presencial en las sedes de la corporación o enviando comunicación escrita a la dirección calle 5 # 6-63 en la ciudad de Santiago de Cali (Valle del Cauca). Así mismo, declaro que se me ha advertido la posibilidad de oponerme al tratamiento de datos sensibles como mi imagen, datos de salud, datos biométricos, datos de menor de edad, origen étnico, género, condición de discapacidad, entre otros, a lo cual manifiesto mi autorización expresa para su tratamiento.

Declaro que la información que se ha condensado en el presente formulario es veraz y se autoriza a Comfenalco Valle Delagente a que verifique la información en cualquier momento y a deducir de mi subsidio familiar en dinero los valores que me hayan dispuesto sin tener derecho a el, por este concepto o por el reporte inoportuno de las novedades.

Le recordamos que los subsidios monetarios puestos a su disposición y no cobrados, prescriben a los tres (3) años (Ley 21 de 1.982 Artículo 6).

El procedimiento de prescripción lo podrá consultar en la página web https://www.comfenalcovalle.com.co/"

	Bajo la gravedad de juramento declaro que la información que he condensado en el presente formulario es veraz, autorizo que la información sea verificada en cualquier momento por COMFENALCO VALLE DELAGENTE.	Fecha Radicacion: 2024-05-08
Firma autorizada y sello de la empresa (si lo tiene)	Firma y C.C. del trabajador	Firma y sello recibido por Comfenalco Valle Delagente

OFIX SUMINISTROS Y LOGÍSTICA SAS - NIT 900156826 - 100126484-15787

- TRAFICO -

FTO-GCO-AFC-09 V2

Edición: Mercadeo Institucional Comfenalco Valle de la gente - Noviembre de 2019 - ADBSIRES301

VIGILADO SuperSubsidio

GEOZAM LABORATORIO INGENIEROS CONSULTORES SAS
NIT 900357259-8

ACREDITACION PAGO APORTES PARAFISCALES Y SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL

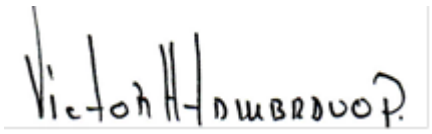
Yo, **LUIS ALONSO IZQUIERDO PEREZ**, identificado con la cedula de ciudadanía número 14.894.622 y Tarjeta Profesional No. 139450-T en mi calidad de **REVISOR FISCAL** de la empresa GEOZAM LABORATORIO INGENIEROS CONSULTORES SAS, con NIT 900357259-8 **CERTIFICO** que la empresa ha cumplido con las obligaciones laborales y pago los sistemas de salud, ARL, pensiones y aportes parafiscales. De conformidad a lo establecido en el artículo 50 de la ley 789 de 2002, en concordancia con el inciso 2 del artículo 23 de la ley 1150 del 2007 realizando los aportes correspondientes y pagos mensuales vigentes desde hace seis (6) meses hasta la fecha de expedición de esta certificación.

Para constancia de lo anterior, se firma en Santiago de Cali a los quince (15) días del mes de mayo de 2024.

Atentamente,



LUIS ALONSO IZQUIERDO PEREZ
TP 139450-T
Revisor Fiscal



VICTOR HUGO ZAMBRANO PAZ
C.C. 76.313.091
Representante legal

REPUBLICA DE COLOMBIA

IDENTIFICACION PERSONAL

CEDULA DE CIUDADANIA

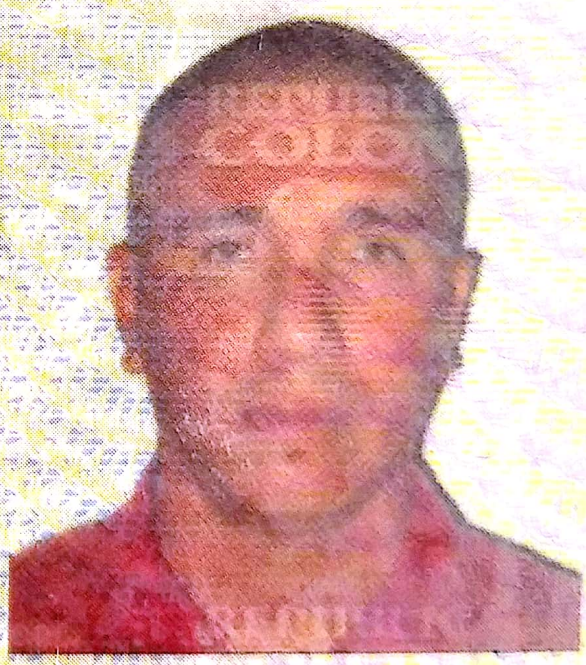
NUMERO 14.894.622

IZQUIERDO PEREZ

APELLIDOS

LUIS ALONSO

NOMBRES



FIRMA

Scanned by CamScanner



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **03-MAR-1971**

BUGA
(VALLE)

LUGAR DE NACIMIENTO

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

29-NOV-1989 BUGA

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

A-3100150-00419250-M-0014894622-20121228 **0031**980043A 2 2742086398

REGISTRADURIA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

Scanned by CamScanner

República de Colombia
Ministerio de Comercio Industria y Turismo

JUNTA CENTRAL DE CONTADORES
TARJETA PROFESIONAL DE CONTADOR PUBLICO

139450-T



LUIS ALONSO
IZQUIERDO PEREZ
C.C. 14894622
RESOLUCION INSCRIPCION 10 FECHA 12/02/2009
UNIVERSIDAD LIBRE

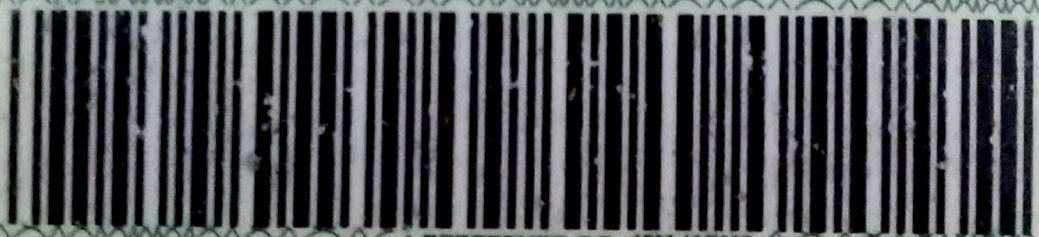
PRESIDENTE

LUIS ALONSO COLMENARES RODRÍGUEZ 149562

Scanned by CamScanner

FIRMA DEL TITULAR

Esta tarjeta es el único documento que lo acredita como CONTADOR PUBLICO de acuerdo con lo establecido en la Ley 43 de 1990.
Agradecemos a quien encuentre esta tarjeta devolverla al Ministerio de Comercio Industria y Turismo - Junta Central de Contadores.



LOGOFORMAS S.A. 1739 12/2007

Scanned by CamScanner

República de Colombia
Ministerio de Comercio Industria y Turismo

JUNTA CENTRAL DE CONTADORES
TARJETA PROFESIONAL DE CONTADOR PUBLICO

139450-T



LUIS ALONSO
IZQUIERDO PEREZ
C.C. 14894622
RESOLUCION INSCRIPCION 10 FECHA 12/02/2009
UNIVERSIDAD LIBRE

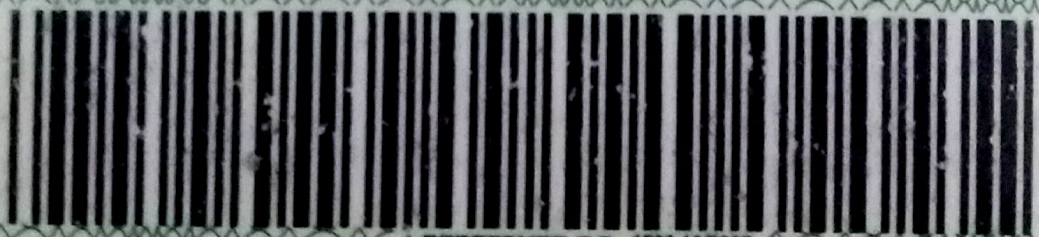
PRESIDENTE

LUIS ALONSO COLMENARES RODRÍGUEZ 149562

Scanned by CamScanner

FIRMA DEL TITULAR

Esta tarjeta es el único documento que lo acredita como CONTADOR PUBLICO de acuerdo con lo establecido en la Ley 43 de 1990.
Agradecemos a quien encuentre esta tarjeta devolverla al Ministerio de Comercio Industria y Turismo - Junta Central de Contadores.



LOGOFORMAS S.A. 1739 12/2007

Scanned by CamScanner

UNIDAD ADMINISTRATIVA ESPECIAL **JUNTA CENTRAL DE CONTADORES**

Certificado No:

F B 0 8 2 8 2 0 E 2 A 0 5 9 1 6

LA REPUBLICA DE COLOMBIA

MINISTERIO DE COMERCIO, INDUSTRIA Y TURISMO

UNIDAD ADMINISTRATIVA ESPECIAL

JUNTA CENTRAL DE CONTADORES

CERTIFICA A:
QUIEN INTERESE

Que el contador público **LUIS ALONSO IZQUIERDO PEREZ** identificado con CÉDULA DE CIUDADANÍA No 14894622 de OTRO (OTRO) Y Tarjeta Profesional No 139450-T SI tiene vigente su inscripción en la Junta Central de Contadores y desde los últimos 5 años.

NO REGISTRA ANTECEDENTES DISCIPLINARIOS * * *