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	901550907-2	CONSORCIO VENTURA	Carrera 54 No. 153-75 Torre 2 Apto. 512	3105587676	altavistacgsas@outlook.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	B – menos de 200 c		BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		NO

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
					45	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2023-12	2023-11	E	05/12/2023	72992119	$9.837.300	

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					
CCFC55	EPS-S Cajacopi	901543211-6	4.900	0		0		0	1	100	0	5.000	1
EPS002	Salud Total EPS	800130907-4	546.400	0		0		0	1	600	0	547.000	9
EPS005	Sanitas EPS	800251440-6	227.300	0		0		0	1	300	0	227.600	4
EPS008	Compensar EPS	860066942-7	483.400	0		0		0	1	500	0	483.900	4
EPS010	EPS Sura	800088702-2	212.900	0		0		0	1	300	0	213.200	4
EPS017	Famisanar EPS	830003564-7	512.400	0		0		0	1	500	0	512.900	5
EPS037	Nueva EPS	900156264-2	227.300	0		0		0	1	300	0	227.600	3
EPS041	NUEVA E.P.S. S.A. MOV	900156264-2	246.600	0		0		0	1	300	0	246.900	3
EPS048	EPS-S Mutual Ser	806008394-7	101.600	0		0		0	1	100	0	101.700	2
EPSC34	Recaudo SGP Capital Salud	900298372-9	145.000	0		0		0	1	200	0	145.200	1
ESSC07	EPS-S Mutual Ser	806008394-7	130.700	0		0		0	1	200	0	130.900	3
ESSC24	EPS-S Coosalud	900226715-3	101.900	0		0		0	1	100	0	102.000	6

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	1.200.300	0	0	0	0	1	1.200	0	1.201.500	9
230301	Porvenir	800224808-8	1.689.500	0	0	0	0	1	1.700	0	1.691.200	22
231001	Colfondos	800227940-6	173.300	0	0	0	0	1	200	0	173.500	3
25-14	Colpensiones	900336004-7	600.400	0	0	0	0	1	600	0	601.000	10

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										
14-23	Positiva Seguros	860011153-6	1.414.300				1.414.300	1	1.400	1.415.700			14.143	1.415.700	45

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF24	Compensar Caja	860066942-7	803.100	1	800	803.900	45

PAGADA

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

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
NI	901550907-2	CONSORCIO VENTURA		Carrera 54 No. 153-75 Torre 2 Apto. 512	3105587676	altavistacgsas@outlook.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	B – menos de 200 c			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		NO

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					45	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2023-12	2023-11	E	05/12/2023	72992119	$9.837.300	

TOTALES PARAFISCALES

Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
402.600	1	400	403.000	45
ICBF				
603.000	1	600	603.600	45
ESAP				
MEN				

TOTALES POR SUBSISTEMA

Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	12	2.940.400	2.943.900
Pensión	4	3.663.500	3.667.200
Riesgos Laborales	1	1.414.300	1.415.700
CCF	1	803.100	803.900
ESAP	0	0	0
ICBF	1	603.000	603.600
MEN	0	0	0
SENA	1	402.600	403.000
TOTALES	20	9.826.900	9.837.300

PAGADA

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

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
NI	901550907-2	CONSORCIO VENTURA		Carrera 54 No. 153-75 Torre 2 Apto. 512	3105587676	altavistacgsas@outlook.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	B – menos de 200 c			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	

EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
NO

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					45	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2023-12	2023-11	E	05/12/2023	72992119	$9.837.300	

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	Estornado	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	1000033791	GONZALEZ HAENZZ LEONARDO	1	0			N	X																230301	386.667	61.900	0	0	0	0	EPS008	386.667	48.400	14-23	386.667	5	27.000	CCF24	386.667	15.500	386.667	7.800	11.700	0	0
2	CC	1001833045	GOMEZ FLOREZ SAIR MANUEL	1	0			N	X																230301	38.667	6.200	0	0	0	0	ESSC24	38.667	4.900	14-23	38.667	5	2.700	CCF24	38.667	1.600	38.667	800	1.200	0	0
3	CC	1001978897	PAJARO BETANCOURT JUAN JOSE	1	0			N	X	X															230301	38.667	6.200	0	0	0	0	ESSC24	38.667	4.900	14-23	38.667	5	2.700	CCF24	38.667	1.600	38.667	800	1.200	0	0
4	CC	1002191558	GONZALEZ MARIMON KEVIN	1	0			N	X																230301	38.667	6.200	0	0	0	0	ESSC07	38.667	4.900	14-23	38.667	5	2.700	CCF24	38.667	1.600	38.667	800	1.200	0	0
5	CC	1007975928	OSORIO MIELES DANIEL ESTEBAN	1	0			N	X	X															25-14	38.667	6.200	0	0	0	0	ESSC24	38.667	4.900	14-23	38.667	5	2.700	CCF24	38.667	1.600	38.667	800	1.200	0	0
6	CC	1026251053	ORJUELA CARRERO JHOAM MANUEL	1	0			N																	230201	1.160.000	185.600	0	0	0	0	EPS002	1.160.000	145.000	14-23	1.160.000	5	80.800	CCF24	812.000	32.500	812.000	16.300	24.400	0	0
7	CC	1043650652	RODRIGUEZ BELTRAN LUIS ALBERTO	1	0			N	X																230301	193.334	31.000	0	0	0	0	EPS048	193.334	24.200	14-23	193.334	5	13.500	CCF24	193.334	7.800	193.334	3.900	5.900	0	0
8	CC	1047367008	CORTECERO CABRERA JORMAN	1	0			N	X																230301	386.667	61.900	0	0	0	0	EPS017	386.667	48.400	14-23	386.667	5	27.000	CCF24	386.667	15.500	386.667	7.800	11.700	0	0
9	CC	1047450089	RIOS MEZA VICTOR ALFONSO	1	0			N	X																230301	618.667	99.000	0	0	0	0	EPS010	618.667	77.400	14-23	618.667	5	43.100	CCF24	618.667	24.800	618.667	12.400	18.600	0	0
10	CC	1047477459	ORTEGA GAMARRA ALBERT GREGORIO	1	0			N	X																230301	618.667	99.000	0	0	0	0	EPS048	618.667	77.400	14-23	618.667	5	43.100	CCF24	618.667	24.800	618.667	12.400	18.600	0	0
11	CC	1049447758	PEREZ AGAMEZ FELIPE	1	0			N	X																25-14	232.000	37.200	0	0	0	0	EPS002	232.000	29.000	14-23	232.000	5	16.200	CCF24	232.000	9.300	232.000	4.700	7.000	0	0
12	CC	1077320582	AVILA RINCON NESTOR ENRIQUE	1	0			N																	230301	1.160.000	185.600	0	0	0	0	EPS017	1.160.000	145.000	14-23	1.160.000	5	80.800	CCF24	812.000	32.500	812.000	16.300	24.400	0	0
13	CC	1026267003	RAMIREZ FIGUEROA SANTOS EDUARDO	1	0			N																	230201	1.160.000	185.600	0	0	0	0	EPS017	1.160.000	145.000	14-23	1.160.000	5	80.800	CCF24	812.000	32.500	812.000	16.300	24.400	0	0
14	CC	1042578084	LOPEZ PAYARES YUVIANA PATRICIA	1	0			N	X																25-14	193.334	31.000	0	0	0	0	EPS041	193.334	24.200	14-23	193.334	5	13.500	CCF24	193.334	7.800	193.334	3.900	5.900	0	0
15	CC	1043643864	ZALLA CAMAÑO CARLOS ALBERTO	1	0			N	X	X															25-14	38.667	6.200	0	0	0	0	ESSC24	38.667	4.900	14-23	38.667	5	2.700	CCF24	38.667	1.600	38.667	800	1.200	0	0
16	CC	43492267	ARBOLEDA FERNANDEZ ANNI YULIET	1	0			N	X	X															230301	38.667	6.200	0	0	0	0	EPS010	38.667	4.900	14-23	38.667	5	2.700	CCF24	38.667	1.600	38.667	800	1.200	0	0
17	CC	52832228	LOPEZ ARGENIS	1	0			N																	230301	1.160.000	185.600	0	0	0	0	EPS002	1.160.000	145.000	14-23	1.160.000	5	80.800	CCF24	812.000	32.500	812.000	16.300	24.400	0	0
18	CC	73084648	LARA RUIZ JUAN MANUEL	1	0			N	X																25-14	618.667	99.000	0	0	0	0	EPS005	618.667	77.400	14-23	618.667	5	43.100	CCF24	618.667	24.800	618.667	12.400	18.600	0	0
19	CC	1047450558	DE LA ROSA GONZALEZ CRISTIAN DE JESUS	1	0			N	X																230201	38.667	6.200	0	0	0	0	CCFC55	38.667	4.900	14-23	38.667	5	2.700	CCF24	38.667	1.600	38.667	800	1.200	0	0
20	CC	1047454997	RAMOS GARCIA EDUARDO ENRIQUE	1	0			N	X																230301	580.000	92.800	0	0	0	0	EPS037	580.000	72.500	14-23	580.000	5	40.400	CCF24	580.000	23.200	580.000	11.600	17.400	0	0
21	CC	1047469198	GONZALEZ CEBALLOS ELKIN RAFAEL	1	0			N	X																230301	618.667	99.000	0	0	0	0	EPS005	618.667	77.400	14-23	618.667	5	43.100	CCF24	618.667	24.800	618.667	12.400	18.600	0	0
22	CC	73197553	POSADA PORTELA JULIO	1	0			N	X																230301	232.000	37.200	0	0	0	0	EPS002	232.000	29.000	14-23	232.000	5	16.200	CCF24	232.000	9.300	232.000	4.700	7.000	0	0
23	CC	73212605	RIOS JIMENEZ JOE ENRIQUE	1	0			N	X																230301	618.667	99.000	0	0	0	0	ESSC07	618.667	77.400	14-23	618.667	5	43.100	CCF24	618.667	24.800	618.667	12.400	18.600	0	0
24	CC	73317594	TORRES GAMARRA CLEIDER JOSE	1	0			N	X																230201	618.667	99.000	0	0	0	0	ESSC24	618.667	77.400	14-23	618.667	5	43.100	CCF24	618.667	24.800	618.667	12.400	18.600	0	0
25	CC	1193563504	RAMOS ACEVEDO NICOLAS ELIAS	1	0			N	X																25-14	618.667	99.000	0	0	0	0	EPS041	618.667	77.400	14-23	618.667	5	43.100	CCF24	618.667	24.800	618.667	12.400	18.600	0	0
26	CC	1193591177	OROZCO BURGOS RAFAEL	1	0			N	X																230301	232.000	37.200	0	0	0	0	EPS005	232.000	29.000	14-23	232.000	5	16.200	CCF24	232.000	9.300	232.000	4.700	7.000	0	0
27	CC	424126	VARGAS MOLINA NORBERTO	1	0			N																	230201	1.160.000	185.600	0	0	0	0	EPS017	1.160.000	145.000	14-23	1.160.000	5	80.800	CCF24	812.000	32.500	812.000	16.300	24.400	0	0
28	CC	88143350	TORO CASTRO ANOLFO	1	0			N	X																230301	232.000	37.200	0	0	0	0	EPS017	232.000	29.000	14-23	232.000	5	16.200	CCF24	232.000	9.300	232.000	4.700	7.000	0	0
29	CC	9043110	PEÑA PEREZ PEDRO ANTONIO	1	0			N	X																230301	386.667	61.900	0	0	0	0	ESSC07	386.667	48.400	14-23	386.667	5	27.000	CCF24	386.667	15.500	386.667	7.800	11.700	0	0
30	CC	9082324	DE LA ROSA PATERNINA DIOMEDES	1	0			N	X																231001	38.667	6.200	0	0	0	0	ESSC24	38.667	4.900	14-23	38.667	5	2.700	CCF24	38.667	1.600	38.667	800	1.200	0	0
31	CC	73113272	RIOS BELTRAN GERMAN	1	0			N	X																25-14	386.667	61.900	0	0	0	0	EPS002	386.667	48.400	14-23	386.667	5	27.000	CCF24	386.667	15.500	386.667	7.800	11.700	0	0
32	CC	73145264	CARVAJAL KALIL ANIBAL ISAAC	1	0			N	X																230201	425.334	68.100	0	0	0	0	EPS002	425.334	53.200	14-23	425.334	5	29.700	CCF24	425.334	17.100	425.334	8.600	12.800	0	0
33	CC	73168636	JULIO BONILLA MIGUEL ANDRES	1	0			N	X																231001	618.667	99.000	0	0	0	0	EPS002	618.667	77.400	14-23	618.667	5	43.100	CCF24	618.667	24.800	618.667	12.400	18.600	0	0
34	PT	5841106	ANGEL VALERO CARIBAY DEL VALLE	1	0			N																	230301	1.160.000	185.600	0	0	0	0	EPS008	1.160.000	145.000	14-23	1.160.000	1	6.100	CCF24	812.000	32.500	812.000	16.300	24.400	0	0
35	CC	80060866	REAL RODRIGUEZ FREDDY	1	0			N																	230201	1.160.000	185.600	0	0	0	0	EPS008	1.160.000	145.000	14-23	1.160.000	1	6.100	CCF24	812.000	32.500	812.000	16.300	24.400	0	0
36	CC	1014200124	RAMIREZ FIGUEROA JOSE ISAIAS	1	0			N	X																230301	618.667	99.000	0	0	0	0	EPS037	618.667	77.400	14-23	618.667	5	43.100	CCF24	618.667	24.800	618.667	12.400	18.600	0	0
37	CC	79920871	GONZALEZ ORTIZ HAENZZ	1	0			N																	230201	1.160.000	185.600	0	0	0	0	EPS008	1.160.000	145.000	14-23	1.160.000	5	80.800	CCF24	812.000	32.500	812.000	16.300	24.400	0	0
38	CC	79954942	GONZALEZ PIRAQUIVE WILLIAM EDILSON	1	0			N																	25-14	1.160.000	185.600	0	0	0	0	EPSC34	1.160.000	145.000	14-23	1.160.000	5	80.800	CCF24	812.000	32.500	812.000	16.300	24.400	0	0
39	CC	80774880	GUEVARA SOTO JONATHAN	1	0			N	X																231001	425.334	68.100	0	0	0	0	EPS010	425.334	53.200	14-23	425.334	5	29.700	CCF24	425.334	17.100	425.334	8.600	12.800	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
NI	901550907-2	CONSORCIO VENTURA		Carrera 54 No. 153-75 Torre 2 Apto. 512	3105587676	altavistacgsas@outlook.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
ÚNICA	B – menos de 200 c			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	NO

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					45	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2023-12	2023-11	E	05/12/2023	72992119	$9.837.300	

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	Estornado	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
40	CC	1073599257	MARTIN GUERRERO JOSE ALCIDES	1	0			N	X																230201	618.667	99.000	0	0	0	0	EPS037	618.667	77.400	14-23	618.667	5	43.100	CCF24	618.667	24.800	618.667	12.400	18.600	0	0
41	CC	743600158	ROSERO GONZALEZ ANDRES MAURICIO	1	0			N	X																25-14	348.000	55.700	0	0	0	0	EPS005	348.000	43.500	14-23	348.000	5	24.300	CCF24	348.000	14.000	348.000	7.000	10.500	0	0
42	CC	1000787322	AVILA CONTRERAS JOHAN CAMILO	1	0			N	X	X															230301	38.667	6.200	0	0	0	0	EPS002	38.667	4.900	14-23	38.667	5	2.700	CCF24	38.667	1.600	38.667	800	1.200	0	0
43	CC	9094808	OROZCO MERCADO JAVIER	1	3			N	X																	0	0	0	0	0	0	EPS010	618.667	77.400	14-23	618.667	5	43.100	CCF24	618.667	24.800	618.667	12.400	18.600	0	0
44	CC	92557333	MEDINA HERNANDEZ WILFRIDO	1	0			N	X																25-14	116.000	18.600	0	0	0	0	EPS002	116.000	14.500	14-23	116.000	5	8.100	CCF24	116.000	4.700	116.000	2.400	3.500	0	0
45	CC	1120572360	CARDENAS MANRIQUE CARLOS ANDRES	1	0			N																	230301	1.160.000	185.600	0	0	0	0	EPS041	1.160.000	145.000	14-23	1.160.000	1	6.100	CCF24	812.000	32.500	812.000	16.300	24.400	0	0

PAGADA

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

AXA COLPATRIA

INGRESO EMPLEADO

DATOS DE LA EMPRESA

Tipo de Identificación:	NIT
Número de documento:	901707067
Número Afiliación:	9017772
Razón social:	CONSTRUCTORA VISION FUTURO S.A.S.

DATOS DEL EMPLEADO:

Tipo de documento:	CÉDULA
Número de Documento	1193034295
Nombre:	DAVINSON DE JESUS HERNANDEZ GARZON
Fecha Ingreso:	28/11/2023
Salario básico:	1,160,000
Nit empresa en misión:	0
Código Sucursal:	1
Centro de trabajo:	CTRAB 005
Tasa:	6.960
Fecha hora transacción:	27/11/2023 03:12:31 p.m.

cajasan

NIT 890.200.106.1

Afiliación y Novedades de Trabajador y Grupo Familiar

RADICADO CE-20230008172 **FECHA** 11/12/2023

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
901707067	NIT	CONSTRUCTORA VISION FUTURO S A S

II. DATOS DEL TRABAJADOR

NÚMERO IDENTIFICACION	TIPO IDENTIFICACION	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE
1193034295	CÉDULA DE CIUDADANÍA	HERNANDEZ	GARZON	DAVINSON	DE JESUS

ORIENTACION SEXUAL	SEXO	RESIDE EN EL EXTERIOR: / PAIS:	DIRECCION RESIDENCIA	BARRIO	MUNICIPIO RESIDENCIA	MUNICIPIO DONDE LABORA	FECHA NACIMIENTO
Heterosexual	HOMBRE		CRA 53 #59-32	ITUANGO , ANTIOQUIA	ITUANGO - ANTIOQUIA	ITUANGO - ANTIOQUIA	9/08/2001

CORREO ELECTRONICO PERSONAL	CORREO ELECTRONICO CORPORATIVO	TELEFONO RESIDENCIA
visionfuturosas15@gmail.com		

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
OBRERO		1160000	3113577115		1/12/2023

NIVEL ESTUDIO	ESTADO CIVIL	TIPO VIVIENDA	TENENCIA VIVIENDA
MEDIA ADULTO	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 BÁSICO	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

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO **1.193.034.295**

HERNANDEZ GARZON

APELLIDOS

DAVINSON DE JESUS

NOMBRES

Davinson H.G

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **09-AGO-2001**

ANDES
(ANTIOQUIA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.71 ESTATURA

O+ G.S. RH

M SEXO

16-AGO-2019 ANDES

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VÁCHA

P-0101900-01099272-M-1193034295-20190924 **0067**91345A 1 52272854

- ORIGINAL: E.P.S. - - 1a. COPIA: EMPLEADOR O ENTE TERRITORIAL -

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

"Código Únicamente para dependientes y afiliaciones al Régimen Subsidiado"

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

nueva eps
gente cuidando gente
NIT 900.156.264-2

FORMULARIO VÍA WEB

I. DATOS DEL TRÁMITE

Lea atentamente las instrucciones antes de diligenciar este formulario

1. TIPO DE TRÁMITE	2. TIPO DE AFILIACIÓN	3. RÉGIMEN
A. AFILIACIÓN [✓] B. REPORTE DE NOVEDADES [ ]	A. Individual: a) Cotizante o cabeza de familia [ ] b) Beneficiario o afiliado adicional [ ] B. Colectiva [ ] C. Institucional [ ] D. De oficio [ ]	C. Contributivo [✓] S. Subsidiado [ ]

4. TIPO DE AFILIADO	5. TIPO DE COTIZANTE	CÓDIGO	FECHA DE LA SOLICITUD
CO Cotizante [✓] CF Cabeza de Familia [ ] BE Beneficiario [ ]	A. Dependiente [✓] B. Independiente [ ] C. Pensionado [ ]	C 1519	DÍA 27 MES 12 AÑO 2023

A. AFILIACIÓN

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

6. APELLIDOS Y NOMBRES COMPLETOS			
PRIMER APELLIDO: HERNANDEZ	SEGUNDO APELLIDO: GARZON	PRIMER NOMBRE: DAVINSON	SEGUNDO NOMBRE: DE JESUS

7. TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD	8. NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD	9. SEXO	10. FECHA NACIMIENTO
RC TI [✓] CC CE PA CD SC	1193034295	F [✓] M	DÍA 09 MES 08 AÑO 2001

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

11. ORIGEN ÉTNICO	12. DISCAPACIDAD	13. PUNTAJE Y NIVEL DEL SISBEN	14. GRUPO DE POBLACIÓN ESPECIAL	15. ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES
Código	Tipo F N M Condición T P			

16. ADMINISTRADORA DE PENSIONES	17. INGRESO BASE DE COTIZACIÓN - IBC	18. UBICACIÓN O DIRECCIÓN DE RESIDENCIA	ZONA U. R.	LOCALIDAD / COMUNA	BARRIO
		CRA 5 AE # 28A 40			CUMBRE

CIUDAD / MUNICIPIO	DEPARTAMENTO	TELÉFONO FIJO	TELÉFONO MÓVIL	CORREO ELECTRÓNICO	CÓDIGO IPS
JERICO	ANTIOQUIA		3113577115		3135

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 DOCUMENTO DE IDENTIDAD	21. NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD	22. SEXO	23. FECHA NACIMIENTO	CÓDIGO IPS
TI RC CC CE PA CD		F M	DÍA MES AÑO	

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		CN RC TI CC PA CE CD SC		F M	DÍA MES AÑO			F. N. M.	T. P.
2		CN RC TI CC PA CE CD SC		F M	DÍA MES AÑO			F. N. M.	T. P.
3		CN RC TI CC PA CE CD SC		F M	DÍA MES AÑO			F. N. M.	T. P.
4		CN RC TI CC PA CE CD SC		F M	DÍA MES AÑO			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 de la institución prestadora de servicios de salud (IPS)	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 O DE LAS ENTIDADES RESPONSABLES DE LA AFILIACIÓN COLECTIVA, INSTITUCIONAL O DE OFICIO

35. Nombre o Razón Social	36. Tipo documento de identidad	37. Número documento de identidad	DV	38. Tipo de aportante o pagador de pensiones
CONSTRUCTORA VISION FUTURO	C.C. C.E. P.A. C.D. [✓]	901707067		

39. UBICACIÓN O DIRECCIÓN	MUNICIPIO	DEPARTAMENTO	TELÉFONO FIJO	TELÉFONO MÓVIL	CORREO ELECTRÓNICO
KR 32 33 105	B/MANGA	SANTANDER		3012682930	constructoravisionfuturo@gmail.com

FECHA INICIO DE RELACIÓN LABORAL	CARGO	SALARIO
DÍA 27 MES 11 AÑO 2023	AYUDANTE OBRA	1160000

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
RC TI CC CE PA CD SC		F M	DÍA MES AÑO

42. FECHA (a partir de)	43. EPS ANTERIOR	44. MOTIVO DE TRASLADO	45. CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR O PAGADOR DE PENSIONES
DÍA MES AÑO	Código	Código	

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 Regimen 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 a las entidades públicas que por sus funciones la requieran. [ ]
52. Autorización para que la EPS maneje los datos personales del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales, de acuerdo con lo previsto en la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013. [ ]
53. Autorización para que la EPS envíe información al correo electrónico o al celular como mensajes de texto. [ ]

VIII. FIRMAS

54. 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

IX. ANEXOS

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

57. Copia del dictamen de incapacidad permanente emitido por la autoridad competente. [ ]
58. Copia del registro civil de matrimonio, o de la Escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la unión marital. [ ]
59. Copia de la escritura pública o sentencia judicial que declare el divorcio, sentencia judicial que declare la separación de cuerpos y escritura [illegible] 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 [illegible] [ ]
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. [ ]

nueva eps
Marta Lucía Franco S.
Clave: C-1519
FECHA: 27/11/2023

X. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL

66. Identificación de la Entidad Territorial		67. Datos del SISBÉN			68. Fecha de radicación			69. Fecha de validación		
Código del Municipio	Código del departamento	Número de ficha	Puntaje	Nivel	DÍA	MES	AÑO	DÍA	MES	AÑO

70. Datos del funcionario que realiza la validación

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

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

OBSERVACIONES:

6007000 ENERO / 2016 — 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. — 01-01-F-009

- 2a. COPIA: AFILIADO -



MD. LUIS EDUARDO SAAVEDRA PUENTES
ESPECIALISTA EN SALUD OCUPACIONAL LIC 024244
Teléfono 3164392382 - 6167885
DIRECCIÓN: Carrera 26 # 40-41 Centro Comercial Poblado Plaza Local 203
Correo: usisaludipssaludocupacinal@gmail.com

INFORME MEDICO OCUPACIONAL DE APTITUD LABORAL

TIPO CERTIFICACION: Ingreso X Periódico O Retiro O Post Incapacidad O Caso Ocupacional O
Control O Reubicación O Ingreso al SVE O Trabajo en alturas O

DATOS DEL PACIENTE			
Fecha:	**28/NOV/2023**	**Empresa:**	**CONSTRUCTORA VISION FUTURO SAS**
Nit:	**901707067-7**		
Nombre:	**DAVINSON DE JESUS HERNANDEZ GARZON**	**Doc. Identidad :**	**1.193.034.295**
Cargo:	**OBRERO**		

SE PRACTICARON LOS SIGUIENTES EXAMENES PARACLINICOS

1. EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL CON ENFASIS OSTEOMUSCULAR Y CARDIOVASCULAR : NORMAL	**2. OPTOMETRIA: BILATERAL NORMAL, FONDO DE OJO BILATERAL NORMAL**	**3: AUDIOMETRIA :DENTRO DE LIMITES NORMALES BILATERAL**
4. ESPIROMETRIA : NORMAL	**5. GLICEMIA : NORMAL**	**6. PERFIL LIPIDICO COMPLETO: NORMALES**
EXAMEN CARDIOPULMONAR: AUSCULTACION PULMONAR Y CARDIACA NORMAL	**OTOSCOPIA BILATERAL NORMAL, FONDO DE OJO BILATERAL NORMAL, ORL NORMAL**	**RESTO DE EXAMEN FISICO DENTRO DE LIMITES NORMALES**

EXAMEN DE INGRESO	**SI**	**NO**	**NO APLICA**	**FALTA INFORMACION**
Apto para el cargo	**X**			
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 auto contenido				
Apto para el requerimiento del cargo de la empresa o contratista				

EXAMEN PERIODICO	**SI**	**NO**
Apto para continuar desempeñando el cargo sin limitaciones		
Requiere restricciones de actividades		
Requiere reubicación laboral		
Requiere reubicación laboral permanente		
Apto para trabajar en alturas		
Apto para trabajar en espacios confinados		
EXAMEN DE RETIRO	**SI**	**NO**
Sospecha de Enfermedad Profesional		
Secuelas de Accidente de Trabajo		
Examen Físico Normal		

PROGRAMA DE VIGILANCIA PERIÓDICA

Visual ☐ Auditivo ☐ Respiratorio ☐ Cardiovascular ☐ Psicosocial ☐ Ergonómico ☐ Otros ☐

SE RECOMIENDA USO PERMANENTE DE EPP, HIGIENE POSTURAL, PAUSAS ACTIVAS, ESTILOS DE VIDA SALUDABLE.

REMISION	SI	NO X	ARL	SI	NO	EPS	SI	NO

LUIS EDUARDO SAAVEDRA PUENTES
Especialidad: MEDICO ESPECIALISTA EN SST
CC: 91267852 RM: 01833/024244

Davinson Hernández G.
Trabajador
CC: 1193034295
Declaro que todos los datos registrados corresponden a la verdad



Fondo de Pensiones Obligatorias
Solicitud de Vinculación o Traslado

porvenir

Sociedad Administradora de Fondos de Pensiones y Cesantías Porvenir S.A. Nit. 800.144.331-3

Nº 23370120

23370120

RETIRADA | Ciudad: Bucaramanga | Fecha de Solicitud de Afiliación: 2023 11 27

1. Tipo de Vinculación

Vinculación Inicial
Marque con X si el solicitante va a cotizar por primera vez y no ha estado afiliado nunca a una AFP, Colpensiones o Caja y desea vincularse a Porvenir
Pensiones Obligatorias: X

Traslado de AFP
Pensiones Obligatorias (Permanencia mínima de 6 meses en otra AFP)
Entidad Origen Traslado: Pensión Familiar
Entidad Destino:

Traslado de Régimen
(Marque con X si el solicitante ha estado vinculado al régimen de prima media en alguna entidad oficial, en Colpensiones o cajas durante más de 5 años y desea vincularse a Porvenir)
Entidad Origen Traslado: Pensión Familiar
Entidad Destino:

2. Datos Básicos

Tipo de Documento	Nº de Documento de Identidad	Fecha de Expedición del Documento de Identidad	Lugar de Expedición	Género	Es Pensionado (Jubilado)
CC X TI CE PAS RC CD	1193034295	20190816	Andes	M X F	SI NO X

Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Otros Nombres
Hernandez	Garzon	Davinson	de Jesus

Fecha de Nacimiento	Lugar de Nacimiento	Nacionalidad
20010809	Andes (Antioquia)	Colombiana X Otra ¿Cuál?

3. Datos de Localización

Dirección de Residencia: Cra 53 #59-32 | Barrio | Ciudad/Municipio: Bmanga
Departamento: Santander | Nº de Teléfono Fijo | Nº de Teléfono celular: 3113577115
Autorización de envío de información a través de medios electrónicos. Autorizo a Porvenir S.A. para enviar notificaciones, extractos y cualquier información de interés a mi correo electrónico y/o a mi teléfono celular: SI NO
Dirección de Correo Electrónico (e-mail):

Dirección Laboral | Ciudad: Bbermeja | Departamento: Santander | Nº de Teléfono:

4. Datos Empleador e Información del Vínculo Laboral

Tipo de Documento	Nº de Documento de Identidad	Nombre y/o Razón Social
NIT X CC CE PAS TI	901707067	Constructora Vision Futuro

Ciudad: Bbermeja | Dirección Empleador | Departamento: Santander | Teléfono(s)

Ocupación o Cargo Actual	Salario o Ingreso Mensual	Salario Integral
obrero	$ 1160000	y/o $

Envío de Notificación	Sucursal Principal	Sucursal Ciudad	Tipo de Trabajador	Independiente Contratista	Dependiente	Independiente Voluntario
		X			X	

5. Datos Beneficiarios

Nombre y Apellido	Género	Tipo de Documento	Nº de Documento de Identidad	Fecha de Nacimiento	Código Parentesco
	M F				
	M F				
	M F				
	M F				

"Códigos parentesco: 01 Conyuge 02 Compañero permanente 03 Padres 04 Hijo 05 Hijo inválido 06 Hermano inválido" "Los beneficiarios relacionados serán verdaderos de acuerdo con las normas legales vigentes."

6. Derecho a Bono Pensional

Tengo derecho al Bono Pensional porque antes de mi vinculación a Porvenir S.A. Estuve afiliado a Colpensiones, a una Caja o Fondo Prestacional y cotizé 150 semanas
Entidad en la cual se realizó la cotización
Tengo Derecho al Bono Pensional: SI NO X

7. Régimen de Transición e Información del Producto

Importante: Manifiesto que luego de haber recibido asesoría amplia y suficiente sobre el producto ofrecido, conozco y entiendo las implicaciones legales que tiene mi decisión de traslado al régimen de ahorro individual por medio de la Vinculación al Fondo de Pensiones Obligatorias de Porvenir S.A. particularmente en lo que tiene que ver con el régimen de transición establecido en la ley.

- Anexe la fotocopia de su documento de identidad ampliada al 150% en blanco y negro.

8. Término de Retracto

Recuerda que a partir del momento en que el fondo de pensiones te notifique sobre la validez de la afiliación o del traslado, cuentas con un término de cinco (5) días hábiles para ejercer tu facultad de retracto. (Decreto 1813 de 2020)

9. Voluntad de Selección y Afiliación

"Declaro bajo juramento que los antecedentes del trabajador incluidos en el presente contrato corresponden a la información que me ha sido suministrada"

FIRMA Y NOMBRE DEL REPRESENTANTE LEGAL DEL EMPLEADOR

Hago constar que la selección del Régimen de Prima la he efectuado en forma libre y espontánea y sin presiones.
Manifiesto que he elegido a Porvenir para que administre mis aportes pensionales y que los datos proporcionados en esta solicitud son verdaderos.

FIRMA Y HUELLA DEL SOLICITANTE

10. Espacio para la Administradora

Nombre del Promotor: Deiver Contreras
No. de identificación del promotor: 91185726
Firma del promotor:

Firma Autorizada del Representante Legal

Powered by CamScanner

Certificado de Aportes

Se certifica que DAVINSON DE JESUS HERNANDEZ GARZON identificado(a) con CC 1193034295 realizó los siguientes aportes al Sistema de Seguridad Social:

CONSTRUCTORA VISION FUTURO SAS NI 901707067

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
2023-11	2023-12	331019709	9460247454	E	2023-12-11	X																

Riesgo	Administradora	Días	Tarifa	IBC	Cotización
AFP	PORVENIR	4	16%	$154,667	$24,800
ARL	COLPATRIA ARP	4	6.96%	$154,667	$10,800
CCF	COMFAMILIAR ATLANTICO	4	4%	$100	$100
EPS	SAVIA SALUD	4	4%	$154,667	$6,200

Este certificado se expide el día 2023-12-11 a las 05:57.

AXA COLPATRIA

INGRESO EMPLEADO

DATOS DE LA EMPRESA

Tipo de Identificación:	NIT
Número de documento:	901707067
Número Afiliación:	9017772
Razón social:	CONSTRUCTORA VISION FUTURO S.A.S.

DATOS DEL EMPLEADO:

Tipo de documento:	CÉDULA
Número de Documento	1027885119
Nombre:	LUIS ALBEIRO HERNANDEZ GARZON
Fecha Ingreso:	26/11/2023
Salario básico:	1,160,000
Nit empresa en misión:	0
Código Sucursal:	1
Centro de trabajo:	CTRAB 005
Tasa:	6.960
Fecha hora transacción:	25/11/2023 11:55:53 AM



FECHA DE NACIMIENTO 16-AGO-1991

ANDES
(ANTIOQUIA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.89
ESTATURA

O+
G.S. RH

M
SEXO

18-AGO-2009 ANDES
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

INDICE DERECHO

A-0101900-00316807-M-1027885119-20110726 0027567877A 1 36584510



REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 1.027.885.119
HERNANDEZ GARZON

APELLIDOS
LUIS ALBEIRO

NOMBRES

FIRMA

cajasan

NIT 890.200.106.1

Afiliación y Novedades de Trabajador y Grupo Familiar

RADICADO CE-20230008148 **FECHA** 11/12/2023

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
901707067	NIT	CONSTRUCTORA VISION FUTURO S A S

II. DATOS DEL TRABAJADOR

NÚMERO IDENTIFICACION	TIPO IDENTIFICACION	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE
1027885119	CÉDULA DE CIUDADANÍA	HERNANDEZ	GARZON	LUIS	ALBEIRO

ORIENTACION SEXUAL	SEXO	RESIDE EN EL EXTERIOR: / PAIS:	DIRECCION RESIDENCIA	BARRIO	MUNICIPIO RESIDENCIA	MUNICIPIO DONDE LABORA	FECHA NACIMIENTO
Heterosexual	HOMBRE		CRA 53 INFANTE #50-32	10 DE MAYO	BUCARAMANGA - SANTANDER	BUCARAMANGA - SANTANDER	16/08/1971

CORREO ELECTRONICO PERSONAL	CORREO ELECTRONICO CORPORATIVO	TELEFONO RESIDENCIA
CONSTRUCTORAVISIONFUTURO@GMAIL.COM		

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
INDEPENDIENTE		1160000	3128376404		1/12/2023

NIVEL ESTUDIO	ESTADO CIVIL	TIPO VIVIENDA	TENENCIA VIVIENDA
BÁSICA ADULTO	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 BÁSICO	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

- ORIGINAL: E.P.S. - - 1a. COPIA: EMPLEADOR O ENTE TERRITORIAL -

O.P. 280235 04/18

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

"Código Únicamente para dependientes y afiliaciones al Régimen Subsidiado"

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

nueva eps
gente cuidando gente
NIT 900.156.264-2

FORMULARIO VÍA WEB

I. DATOS DEL TRÁMITE

Lea atentamente las instrucciones antes de diligenciar este formulario

1. TIPO DE TRÁMITE: A. AFILIACIÓN [✓] B. REPORTE DE NOVEDADES [ ]
2. TIPO DE AFILIACIÓN: A. Individual: a) Cotizante o cabeza de familia [ ] b) Beneficiario o afiliado adicional [ ] B. Colectiva [ ] C. Institucional [ ] D. De oficio [ ]
3. RÉGIMEN: C. Contributivo [✓] S. Subsidiado [ ]
4. TIPO DE AFILIADO: CO Cotizante [✓] CF Cabeza de Familia [ ] BE Beneficiario [ ]
5. TIPO DE COTIZANTE: A. Dependiente [✓] B. Independiente [ ] C. Pensionado [ ]
CÓDIGO: C 1519
FECHA DE LA SOLICITUD: 27 / 12 / 2023

A. AFILIACIÓN

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

6. APELLIDOS Y NOMBRES COMPLETOS

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE
HERNANDEZ	GARZON	LUIS	ALBERTO

7. TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD: RC [ ] TI [ ] CC [✓] CE [ ] PA [ ] CD [ ] SC [ ]
8. NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD: 1027885119
9. SEXO: F [✓] M [ ]
10. FECHA NACIMIENTO: 16 / 08 / 1991

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

11. ORIGEN ETNICO: Código [ ] Tipo: I [ ] N [ ] M [ ] Condición: T [ ] P [ ]
12. DISCAPACIDAD
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
18. UBICACIÓN O DIRECCIÓN DE RESIDENCIA: Cra 53 infante # 50- 32
ZONA: U. [ ] R. [ ]
LOCALIDAD / COMUNA
BARRIO

CIUDAD / MUNICIPIO	DEPARTAMENTO	TELÉFONO FIJO	TELÉFONO MÓVIL	CORREO ELECTRÓNICO	CÓDIGO IPS
JERICO	ANTIOQUIA		312 8376404		3135

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 DOCUMENTO DE IDENTIDAD: TI [ ] CC [ ] CE [ ] PA [ ] CD [ ]
21. NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD
22. SEXO: F [ ] M [ ]
23. FECHA NACIMIENTO: DÍA / MES / AÑO
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 F / M	28. FECHA DE NACIMIENTO DÍA / MES / AÑO	29. PARENTESCO	30. ETNIA	31. DISCAPACIDAD Tipo / Condición
1		RC TI CC CE PA CD SC		F M				F N M T P
2		RC TI CC CE PA CD SC		F M				F N M T P
3		RC TI CC CE PA CD SC		F M				F N M T P
4		RC TI CC CE PA CD SC		F M				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 de la Institución prestadora de servicios de salud (IPS)	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 O DE LAS ENTIDADES RESPONSABLES DE LA AFILIACIÓN COLECTIVA, INSTITUCIONAL O DE OFICIO

35. Nombre o Razón Social: CONSTRUCTORA VISION FUTURO
36. Tipo documento de identidad: CC [ ] CE [ ] PA [ ] CD [ ] NIT [✓]
37. Número documento de identidad: 901707067
DV
38. Tipo de aportante o pagador de pensiones
39. UBICACIÓN O DIRECCIÓN: KR 32 33 105
MUNICIPIO: B/MANGA
DEPARTAMENTO: SANTANDER
TELÉFONO FIJO: 3012682930
CORREO ELECTRÓNICO: constructoravisionfuturo@gmail.com
FECHA INICIO DE RELACIÓN LABORAL: 24 / 11 / 2023
CARGO: DEPENDEINTE
SALARIO: 1160000

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: RC [ ] TI [ ] CC [ ] CE [ ] PA [ ] CD [ ] SC [ ]
NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD
SEXO: F [ ] M [ ]
FECHA NACIMIENTO: DÍA / MES / AÑO

42. FECHA (a partir de) DÍA / MES / AÑO	43. EPS ANTERIOR Código	44. MOTIVO DE TRASLADO Código	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 a las entidades públicas que por sus funciones la requieran. [ ]
52. Autorización para que la EPS maneje los datos personales del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales, de acuerdo con lo previsto en la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013. [ ]
53. Autorización para que la EPS envíe información al correo electrónico o al celular como mensajes de texto. [ ]

VIII. FIRMAS

54. 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

IX. ANEXOS

56. Anexo copia del documento de identidad: CN [ ] RC [ ] TI [ ] CC [ ] PA [ ] CE [ ] CD [ ] SC [ ] Cantidad: [ ] Total [ ]
57. Copia del dictamen de incapacidad permanente emitido por la autoridad competente. [ ]
58. Copia del registro civil de matrimonio, o de la Escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la unión marital. [ ]
59. Copia de la escritura pública o sentencia judicial que declare el divorcio, sentencia judicial que declare la separación de cuerpos y es... 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 [ ]
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. [ ]

nueva eps
Marta Lucia Franco S.
Clave: C-1519
FECHA: 27/11/2023

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: DÍA / MES / AÑO
69. Fecha de validación: DÍA / MES / AÑO

70. Datos del funcionario que realiza la validación

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

Tipo documento de identidad [ ] Número del documento de identidad

71. Firma del funcionario

OBSERVACIONES: FAVOR SOLICITAR POR NO COBERTURA EN JERICO ANTIOQUIA

6007000 ENERO / 2016

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.

01-01-F-009

- 2a. COPIA: AFILIADO -

VIGILADO Supersalud

MD. LUIS EDUARDO SAAVEDRA PUENTES
ESPECIALISTA EN SALUD OCUPACIONAL LIC 024244
Teléfono 3164392382 - 6167885
DIRECCIÓN: Carrera 26 # 40-41 Centro Comercial Poblado Plaza Local 203
Correo: usisaludipssaludocupacinal@gmail.com

INFORME MEDICO OCUPACIONAL DE APTITUD LABORAL

TIPO CERTIFICACION: Ingreso X | Periódico O | Retiro O | Post Incapacidad O | Caso Ocupacional O
Control O | Reubicación O | Ingreso al SVE O | Trabajo en alturas O

DATOS DEL PACIENTE			
Fecha:	**24/NOV/2023**	**Empresa:**	**CONSTRUCTORA VISION FUTURO SAS**
Nit:	**901707067-7**		
Nombre:	**LUIS ALBEIRO HERNANDEZ GARZON**	**Doc. Identidad. :**	**1.027.885.119**
Cargo:	**OBRERO**		

SE PRACTICARON LOS SIGUIENTES EXAMENES PARACLINICOS

1. EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL CON ENFASIS OSTEOMUSCULAR Y CARDIOVASCULAR : NORMAL	**2. OPTOMETRIA: BILATERAL NORMAL, FONDO DE OJO BILATERAL NORMAL**	**3: AUDIOMETRIA :DENTRO DE LIMITES NORMALES BILATERAL**
4. ESPIROMETRIA : NORMAL	**5. GLICEMIA : NORMAL**	**6. PERFIL LIPIDICO COMPLETO: NORMALES**
EXAMEN CARDIOPULMONAR: AUSCULTACION PULMONAR Y CARDIACA NORMAL	**OTOSCOPIA BILATERAL NORMAL, FONDO DE OJO BILATERAL NORMAL, ORL NORMAL**	**RESTO DE EXAMEN FISICO DENTRO DE LIMITES NORMALES**

EXAMEN DE INGRESO	SI	NO	NO APLICA	FALTA INFORMACION
Apto para el cargo	X			
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 auto contenido				
Apto para el requerimiento del cargo de la empresa o contratista				

EXAMEN PERIODICO	SI	NO
Apto para continuar desempeñando el cargo sin limitaciones		
Requiere restricciones de actividades		
Requiere reubicación laboral		
Requiere reubicación laboral permanente		
Apto para trabajar en alturas		
Apto para trabajar en espacios confinados		
EXAMEN DE RETIRO	**SI**	**NO**
Sospecha de Enfermedad Profesional		
Secuelas de Accidente de Trabajo		
Examen Físico Normal		

PROGRAMA DE VIGILANCIA PERIÓDICA

Visual ☐ Auditivo ☐ Respiratorio ☐ Cardiovascular ☐ Psicosocial ☐ Ergonómico ☐ Otros ☐

SE RECOMIENDA USO PERMANENTE DE EPP, HIGIENE POSTURAL, PAUSAS ACTIVAS, ESTILOS DE VIDA SALUDABLE.

REMISION	SI	NO X	ARL	SI	NO	EPS	SI	NO

LUIS EDUARDO SAAVEDRA PUENTES
Especialidad: MEDICO ESPECIALISTA EN SST
CC: 91267852 RM: 01833/024244

Trabajador
CC: 1027885119.
Declaro que todos los datos registrados corresponden a la verdad


Captura Biometrica

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:

LUIS ALBEIRO HERNANDEZ GARZON, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.027.885.119**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 25 de Noviembre del 2023.

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.

aportes en línea

Certificado de Aportes

Se certifica que LUIS ALBEIRO HERNANDEZ GARZON identificado(a) con CC 1027885119 realizó los siguientes aportes al Sistema de Seguridad Social:

CONSTRUCTORA VISION FUTURO SAS NI 901707067

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
2023-11	2023-12	331019709	9460247454	E	2023-12-11	X																

Riesgo	Administradora	Días	Tarifa	IBC	Cotización
AFP	PORVENIR	7	16%	$270,667	$43,400
ARL	COLPATRIA ARP	7	6.96%	$270,667	$18,900
CCF	COMFAMILIAR ATLANTICO	7	4%	$100	$100
EPS	SAVIA SALUD	7	4%	$270,667	$10,900

Este certificado se expide el día 2023-12-11 a las 05:56.

aportes en línea

Planilla Resumen

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1098723059		FLOREZ OREJUELA CAMILO ANDRES	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	cll 64 2aw 33	BUCARAMANGA-SANTANDER	1111111	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2023-11	2023-11	319273893	9457683813	I	2023/12/15	2023/12/05	BANCOLOMBIA	0	$416,500

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO			NOVEDADES																PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS					PARAFISCALES				
No.	Identificación	Nombre	ing	ret	tde	tae	tdp	tap	vsp	cor	vst	sln	ige	lma	vac	avp	vct	irl	vip	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Tarifa	Aporte	Dias	IBC	Aporte	Exonerado SENA e ICBF	Total Aportes
SUCURSAL: PRINCIPAL (1 Afiliados)																					**$1,435,000**	**$229,600**			**$1,435,000**	**$179,400**			**$0**	**$0**			**$1,435,000**		**$7,500**		**$0**	**$0**		**$416,500**
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)																					**$1,435,000**	**$229,600**			**$1,435,000**	**$179,400**			**$0**	**$0**			**$1,435,000**		**$7,500**		**$0**	**$0**		**$416,500**
Ciudad: BUCARAMANGA Depto: SANTANDER (1 Afiliados)																					**$1,435,000**	**$229,600**			**$1,435,000**	**$179,400**			**$0**	**$0**			**$1,435,000**		**$7,500**		**$0**	**$0**		**$416,500**
1	CC	1098723059 FLOREZ CAMILO																	23100 1	30	$1,435,000	$229,600	EPS037	30	$1,435,000	$179,400		0	$0	$0	14-23	30	$1,435,000	0.522%	$7,500	0	$0	$0	No	$416,500
Total	**Afiliados(1)**																				$1,435,000	$229,600			$1,435,000	$179,400			$0	$0			$1,435,000		$7,500		$0	$0		$416,500

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1098723059		FLOREZ OREJUELA CAMILO ANDRES	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	cll 64 2aw 33	BUCARAMANGA-SANTANDER	1111111	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2023-11	2023-11	319273893	9457683813	I	2023/12/15	2023/12/05	BANCOLOMBIA	0	$416,500

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$229,600	$0	$0	$229,600
COLFONDOS	231001	800,227,940	6	1	$229,600	$0	$0	$229,600
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$7,500	$0	$0	$7,500
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	$7,500	$0	$0	$7,500
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$179,400	$0	$0	$179,400
NUEVA E.P.S.	EPS037	900,156,264	2	1	$179,400	$0	$0	$179,400
TOTAL				**1**	**$416,500**	**$0**	**$0**	**$416,500**

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
COMPROBANTE DE PAGO

Bancolombia

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CEDULA DE CIUDADANIA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	91474319
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			EDIMER ROJAS SANCHEZ
CIUDAD/MUNICIPIO:	BUCARAMANGA	DEPARTAMENTO:	SANTANDER
DIRECCIÓN:	CALLE 36 19 76	TELÉFONO:	6803531
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Actividades de administración
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:	**7906033921**		TIPO DE PLANILLA:		I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN	MES:	noviembre	PERIODO COTIZACIÓN	MES:	noviembre
OTROS SUBSISTEMAS:	AÑO:	2023	SALUD:	AÑO:	2023
DÍAS DE MORA:		0			
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):		2023/11/30	NÚMERO AUTORIZACIÓN:		305780602

NOVEDADES

ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP

LIQUIDACIÓN GENERAL

			TOTALES	
			COTIZANTES	TOTAL PAGADO
PENSIÓN				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
800227940	231001	231001-COLFONDOS	1	$ 92.800
SUBTOTAL:			1	**$ 92.800**
SALUD				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
800088702	EPS010	CIA SURAMERICANA DE SERVICIOS DE SALUD	1	$ 72.500
SUBTOTAL:			1	**$ 72.500**
RIESGOS PROFESIONALES				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
860011153	14-23	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	1	$ 25.300
SUBTOTAL:			1	**$ 25.300**

VALOR SIN MORA:	**$ 190.600**
VALOR MORA:	**$ 0**
TOTAL PAGADO:	**$ 190.600**

Planilla Pagada

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
COMPROBANTE DE PAGO

Bancolombia

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CEDULA DE CIUDADANIA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	91474319
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			EDIMER ROJAS SANCHEZ
CIUDAD/MUNICIPIO:	BUCARAMANGA	DEPARTAMENTO:	SANTANDER
DIRECCIÓN:	CALLE 36 19 76	TELÉFONO:	6803531
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Actividades de administración
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:	**7908997179**		TIPO DE PLANILLA:		N-CORRECCIONES
PERIODO COTIZACIÓN OTROS SUBSISTEMAS:	MES:	noviembre	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES:	noviembre
	AÑO:	2023		AÑO:	2023
DÍAS DE MORA:		16			
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):		2023/12/22	NÚMERO AUTORIZACIÓN:		355551056

NÚMERO DE LA PLANILLA ASOCIADA:	7906033921	FECHA DE PAGO DE LA PLANILLA ASOCIADA:	2023/11/29

LIQUIDACIÓN GENERAL

			TOTALES	
			COTIZANTES	TOTAL PAGADO
PENSIÓN				
		ADMINISTRADORA		
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
800227940	231001	231001-COLFONDOS	1	$ 0
		SUBTOTAL:	1	**$ 0**
SALUD				
		ADMINISTRADORA		
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
800088702	EPS010	CIA SURAMERICANA DE SERVICIOS DE SALUD	1	$ 0
		SUBTOTAL:	1	**$ 0**
RIESGOS PROFESIONALES				
		ADMINISTRADORA		
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
860011153	14-23	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	1	$ 15.400
		SUBTOTAL:	1	**$ 15.400**

VALOR SIN MORA:	**$ 15.100**
VALOR MORA:	**$ 300**
TOTAL PAGADO:	**$ 15.400**

Planilla Pagada