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	1007825351
Nombre:	JONIER STIVEN MARTINEZ VALENICA
Fecha Ingreso:	12/12/2023
Salario básico:	1,160,000
Nit empresa en misión:	0
Código Sucursal:	1
Centro de trabajo:	CTRAB 005
Tasa:	6.960
Fecha hora transacción:	11/12/2023 05:28:49 p.m.



FECHA DE NACIMIENTO 13-FEB-1993
BUENAVENTURA
(VALLE)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.80 O+ M
ESTATURA G.S. RH SEXO
02-MAY-2011 ALTO BAUDO
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES
INDICE DERECHO
A-1700600-00614023-M-1007825351-20140823 0039683298A 3 38191807



REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA
NUMERO 1.007.825.351
MARTINEZ VALENCIA
APELLIDOS
JONIER STIVEN
NOMBRES
FIRMA

cajasan

NIT 890.200.106.1

Afiliación y Novedades de Trabajador y Grupo Familiar

RADICADO CE-20230008225 **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
1007825351	CÉDULA DE CIUDADANÍA	MARTINEZ	VALENCIA	JONIER	STIVEN

ORIENTACION SEXUAL	SEXO	RESIDE EN EL EXTERIOR: / PAIS:	DIRECCION RESIDENCIA	BARRIO	MUNICIPIO RESIDENCIA	MUNICIPIO DONDE LABORA	FECHA NACIMIENTO
Heterosexual	HOMBRE		CLLE 57 #64-65	MEDELLIN	MEDELLÍN - ANTIOQUIA	MEDELLÍN - ANTIOQUIA	13/02/1993

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	3114023599		11/12/2023

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

NUEVA EPS S.A

NIT: 900156264-2

CERTIFICA QUE:

El 11/12/2023, el empleador CONSTRUCTORA VISION FUTURO SAS identificado con NIT número 901707067 registró la siguiente solicitud de reingreso en nuestro portal transaccional.

NÚMERO DE RADICACIÓN	FECHA DE RADICACIÓN	TIPO DE SOLICITUD
6490364	11/12/2023	Reingresos

DETALLE

TIPO	IDENTIFICACIÓN	NOMBRE COTIZANTE	IBC	CARGO	FECHA
CÉDULA DE CIUDADANÍA	1007825351	JONIERSTIVEN MARTINEZ VALENCIA	1160000	OBRERO DE CONSTRUCCION	2023-12-11

La siguiente certificación se expide a solicitud del interesado a los 11 días del mes de Diciembre del año 2023.

Cordialmente,



GERENCIA NACIONAL DE AFILIACIONES

Nueva



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:	**11/DIC/ 2023**	**Empresa:**	**CONSTRUCTORA VISION FUTURO S.A.S**
Nit:	**901707067-7**		
Nombre:	**JONIER STIVEN MARTINEZ VALENCIA**	**Doc. Identidad :**	**1.007.825.351**
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

Jonier Stiven Martinez
Trabajador
CC: 1007825351
Declaro que todos los datos registrados corresponden a la verdad


Captura Biométrica

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:

JONIER STIVEN MARTINEZ VALENCIA, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.007.825.351**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 11 de Diciembre 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.

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	1133605324
Nombre:	LEICER MARTINEZ VALENCIA
Fecha Ingreso:	12/12/2023
Salario básico:	1,160,000
Nit empresa en misión:	0
Código Sucursal:	1
Centro de trabajo:	CTRAB 005
Tasa:	6.960
Fecha hora transacción:	11/12/2023 05:30:45 p.m.

cajasan

NIT 890.200.106.1

Afiliación y Novedades de Trabajador y Grupo Familiar

RADICADO CE-20230008222 **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
1133605324	CÉDULA DE CIUDADANÍA	MARTINEZ	VALENCIA	LEICER	

ORIENTACION SEXUAL	SEXO	RESIDE EN EL EXTERIOR: / PAIS:	DIRECCION RESIDENCIA	BARRIO	MUNICIPIO RESIDENCIA	MUNICIPIO DONDE LABORA	FECHA NACIMIENTO
Heterosexual	HOMBRE		CLLE 57 #64-65	MEDELLIN	MEDELLÍN - ANTIOQUIA	MEDELLÍN - ANTIOQUIA	22/03/1983

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	3235273573		11/12/2023

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



ÍNDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **22-MAR-1983**

ALTO BAUDO
(CHOCO)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.70 ESTATURA

O+ G.S. RH

M SEXO

15-SEP-2004 ALTO BAUDO (PIE DE PATO)

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
ALEXANDER VEGA ROCHA

A-0100150-01186703-M-1133605324-20201209 0072757340A 1 52437782

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO 1.133.605.324
MARTINEZ VALENCIA

APELLIDOS
LEICER

NOMBRES

: leicer

FIRMA



NUEVA EPS S.A

NIT: 900156264-2

CERTIFICA QUE:

El 11/12/2023, el empleador CONSTRUCTORA VISION FUTURO SAS identificado con NIT número 901707067 registró la siguiente solicitud de reingreso en nuestro portal transaccional.

NÚMERO DE RADICACIÓN	FECHA DE RADICACIÓN	TIPO DE SOLICITUD
6490367	11/12/2023	Reingresos

DETALLE

TIPO	IDENTIFICACIÓN	NOMBRE COTIZANTE	IBC	CARGO	FECHA
CÉDULA DE CIUDADANÍA	1133605324	LEICER MARTINEZ VALENCIA	1160000	OBRERO DE CONSTRUCCION	2023-12-11

La siguiente certificación se expide a solicitud del interesado a los 11 días del mes de Diciembre del año 2023.

Cordialmente,



GERENCIA NACIONAL DE AFILIACIONES

Nueva



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:	**11/DIC/ 2023**	**Empresa:**	**CONSTRUCTORA VISION FUTURO S.A.S**
Nit:	**901707067-7**		
Nombre:	**LEICER MARTINEZ VALENCIA**	**Doc. Identidad :**	**1.133.605.324**
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: 1133605324
Declaro que todos los datos registrados corresponden a la verdad



Captura Biométrica

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:

LEICER MARTINEZ VALENCIA, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.133.605.324**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 11 de Diciembre 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.

Bucaramanga
Campo de Entrenamiento
Cra 33#35-36 Mejoras Públicas
(607) 6 80 7119 (+57) 318 755 2663
@centrointegraldealturas

Licencia de prestación de servicios en Seguridad y Salud en el Trabajo #0020928 del 24.11.2021
Resolución de aprobación del Ministerio de Trabajo #08SE2022220000000046508 del 26.09.2022
Certificado de calidad Bureau Veritas CO22.00906 del 27.07.2022
Acreditación del organismo de certificación Bureau Veritas Código 09-CPR-008
www.centrointegraldealturas.com

CENTRO
INTEGRAL
DE ALTURAS

CERTIFICADO

DE FORMACIÓN CAPACITACIÓN Y ENTRENAMIENTO EN TRABAJO SEGURO DE ALTURAS

SST Centro Integral de Alturas S.A.S. hace constar que:

Leiner Murillo Moreno

C.C. #1.077.711.933 de MEDELLIN, Cursó y aprobó la acción de formación en **REENTRENAMIENTO SECTORIAL 4272** con una intensidad de 8 horas

Inició el 11 de Diciembre de 2023 - Finalizó el 11 de Diciembre de 2023 La presente certificación se expide en BUCARAMANGA el día 11 de Diciembre de 2023

Empresa contratante: **CONSTRUCTORA VISION FUTURO S.A.S.**

Identificación de la empresa: **9 0 1 7 0 7 0 6 7**

ARL empresa contratante: **AXA COLPATRIA**

Representante legal empresa contratante: **JOHASTON ALIRIO SARMIENTO**

Identificación del representante: **1 0 9 8 6 8 6 1 1 1**

MARTHA CAROLINA ORTEGA
ENTRENADOR
LIC. SST: 3839 DE 02/28/2015

JUAN JOSE BALLESTEROS FERNANDEZ
REPRESENTANTE LEGAL
SST CENTRO INTEGRAL DE ALTURAS S.A.S

Autorización: **#TSA-7129**

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	1077711933
Nombre:	LEINER MURILLO MORENO
Fecha Ingreso:	12/12/2023
Salario básico:	1,160,000
Nit empresa en misión:	0
Código Sucursal:	1
Centro de trabajo:	CTRAB 005
Tasa:	6.960
Fecha hora transacción:	11/12/2023 05:22:55 p.m.

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO 1.077.711.933
MURILLO MORENO
APELLIDOS
LEINER
NOMBRES

Leiner murillo moreno
FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 01-DIC-2000
NUQUI
(CHOCO)
LUGAR DE NACIMIENTO

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

06-FEB-2019 MEDELLIN
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA

P-0100150-01071047-M-1077711933-20190402 0065056505A 1 51518882

Powered by CamScanner

cajasan

NIT 890.200.106.1

Afiliación y Novedades de Trabajador y Grupo Familiar

RADICADO CE-20230008235 **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
1077711933	CÉDULA DE CIUDADANÍA	MURILLO	MORENO	LEINER	

ORIENTACION SEXUAL	SEXO	RESIDE EN EL EXTERIOR: / PAIS:	DIRECCION RESIDENCIA	BARRIO	MUNICIPIO RESIDENCIA	MUNICIPIO DONDE LABORA	FECHA NACIMIENTO
Heterosexual	HOMBRE		CLLE 57 #64-65	MEDELLIN	MEDELLÍN - ANTIOQUIA	MEDELLÍN - ANTIOQUIA	1/12/2000

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	3122015674		11/12/2023

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

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

Salud Total EPS-S

No de Radicacion	Fecha de Radicación
4011385271	1|1|1|2|2|0|2|3

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

1.tipo de tramite
A. Afiliación ☐ B.Reporte de Novedades ☒

2.Tipo afiliacion
B. Colectiva ☐
A. Individual: -Cotizante Cabeza de familia ☒ -Beneficiario afiliado adicional ☐
B. Institucional ☐ B. De oficio ☐

3.Regimen
A.Contributivo ☒ B.Subsidiado ☐

4. Tipo de afiliado
A. Cotizante ☒ B. Cabeza de Familia ☐ C. Beneficiario ☐

5. Tipo de cotizante
A. Dependiente ☒ B. Independiente ☐ C. Pensionado ☐

Codigo (a registrar por la EPS) 1

A. AFILIACIÓN

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

6.Apellidos y nombres			
MURILLO Primer apellido	MORENO Segundo apellido	LEINER Primer nombre	Segundo nombre
7.Tipo documento de Identidad	**8.Número del documento de Identidad**	**9.Sexo**	**10.Fecha de nacimiento**
CC	1077711933	Femenino ☐ Masculino ☒	0|1|1|2|2|0|0|0

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

Datos personales

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

15. Administradora de riesgos Laborales - ARL	16. Administradora de Pensiones	17. Ingreso base de cotizacion - IBC
SEGUROS DE RIESGOS PROFESIONALES SURAMERICANA S.A.	PROTECCION	1160000

18.Residencia

VRD LA UNION 123. **Dirección**	6045454 **Telefono fijo**	3122015674 **Telefono celular**	CONSTRUCTORAVISIONFUTURO@GMAIL.COM **Correo electronico**
LA UNION **Municipio/Distrito**	**zona** Urbana ☒ Rural ☐	57 **Localidad / comuna**	ANTIOQUIA **Departamento**

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NUCLEO FAMILIAR

Datos básicos de identificación del cónyuge o compañero(a) permanente cotizante

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

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

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

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

Datos complementarios

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

32. Datos de residencia

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

Seleccion de la IPS Primaria

	34. Nombre de la Institución Prestadora de Salud - IPS	Codigo de la IPS(a registrar por la EPS)
C	HOSPITAL SAN ROQUE LA UNION - HOSPITAL SAN ROQUE LA UNION	ROQUEUNION - ROQUEUNION
B	-	-
B	-	-
B	-	-

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

35. Nombre o razón social	36. Tipo de identificación	37. Numero de docuemnto de Identificación	38. Tipo de aportante o pagador de pensiones(a registrar por la EPS)
CONSTRUCTORA VISION FUTURO SAS	NIT	901707067	01

39.Ubicación

CR 5 9 68 Dirección	6132154 Teleéfono	CONSTRUCTORAVISIONFUTURO@GMAIL.COM Correo electrónico	BUCARAMANGA Municipio/distrito	SANTANDER Departamento

No de Radicacion
4011385271

B. REPORTE DE NOVEDADES

40. Tipo de Novedad

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

VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

41. Datos básicos de la identificación

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

Tipo documento de Identidad	Número documento de Identidad	Sexo	Fecha de nacimiento	42.Fecha
☐		Femenino ☐ Masculino ☐		1|1|1|2|2|0|2|3

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

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

- **46.** ☐ Declaración de dependencia económica de los beneficiarios y afiliados adicionales.
- **47.** ☐ Declaración de la no obligación de afiliarse al Régimen Contributvo,Especial o de Excepción.
- **48.** ☐ Declaración de existencia de razones de fuerza mayor o caso fortuito que impiden la entrega de documentos que acreditan la condición de beneficiarios.
- **49.** ☒ Declaración de no internación del cotizante,cabeza de familia ,beneficiarios o afiliados adicionales en una Institución Prestadora de Salud .
- **50.** ☒ Autorización para que la EPS solicite y obtenga datos y copia de la historia clinica del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales.
- **51.** ☒ Autorización para que la EPS reporte la información que se genere de la afiliación del reporte de novedades a la base de datos de afiliados vigente y a las entidades públicas que poir sus funciones la requieran
- **52.** ☒ Autorización para que la EPS maneje los datos personales del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales, de acuerdo con lo previsto en la ley 1581 de 2012 y el Decr eto 1377 de 2013
- **53.** ☒ Autorización para que la EPS envie información al correo electronico o celular como mensaje de texto

VIII. FIRMAS

54. Cotizante o cabeza de familia o beneficiario	55. El empleador aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva institucional o de oficio

IX.ANEXOS

☐ **56.**Anexo Copia del documento de identidad: **CN.** ☐ **RC.** ☐ **TI.** ☐ **CC.** ☐ **PA.** ☐ **CE.** ☐ **CD.** ☐ **SC.** ☐

Cantidad: ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ Total: 0

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

X. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL

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

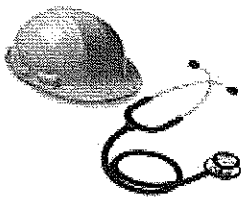
70. Datos funcionario que realiza la validación

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

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

Observaciones

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



MD. LUIS EDUARDO SAAVEDRA PUENTES
ESPECIALISTA EN SALUD OCUPACIONAL LIC 024244
Teléfono 3204682707
DIRECCIÓN: Carrera 25 # 29-12 Girón Centro

INFORME MEDICO OCUPACIONAL DE APTITUD LABORAL

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

DATOS DEL PACIENTE	
Fecha: 05 DICIEMBRE 2023	**Empresa:** CONSTRUCTORA VISION FUTURO S.A.S.
Nombre: LEINER MURILLO MORENO	**Doc. Identidad:** 1077711933
OFICIAL DE OBRA	

SE PRACTICARON LOS SIGUIENTES EXAMENES PARACLINICOS

1. EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL CON ENFASIS OSTEOMUSCULAR Y ALTURAS X	2. OPTOMETRIA BILATERAL: NORMAL	3. AUDIOMETRIA: DENTRO DE LIMITES NORMALES, BILATERAL
4.PERFIL LIPIDICO.COLESTEROL, TRIGLICERIDOS Y GLICEMIA : NORMALES	5. ESPIROMETRIA: NORMAL	6. PRUEBAS VESTIBULARES PARA TRABAJO EN ALTURA: 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	x			
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

Leiner murillo
Trabajador
CC: 1077711933

Declaro que todos los datos registrados corresponden a la verdad

Protección

Fondo de Pensiones Obligatorias Protección

NIT 800.229.739

Hace constar que:

El(la) Señor(a) **MURILLO MORENO LEINER** identificado(a) con **CC** número **1.077.711.933** se encuentra afiliado(a) en Pensiones Obligatorias a PROTECCIÓN, desde el día 17 de mayo de 2022 y sus recursos se encuentran en el **FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PROTECCIÓN MAYOR RIESGO**.

Esta constancia se expide a petición del interesado(a) el día 11 de diciembre de 2023.

Cordialmente,



Cesar Mauricio Aubad Echeverry
Equipo Soporte para Clientes

***Importante:** Esta constancia solo hace referencia a los productos mencionados anteriormente.

*Si desea verificar la veracidad de esta información comuníquese con nosotros:
Línea de servicio Protección: Bogotá: **744 44 64** - Medellín y Cali **510 90 99**
Barranquilla: **319 79 99** - Cartagena: **642 49 99** - Nacional **01 8000 52 8000**
www.proteccion.com

2023121117410

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	1077423866
Nombre:	MAURICIO ASPRILLA MOSQUERA
Fecha Ingreso:	12/12/2023
Salario básico:	1,160,000
Nit empresa en misión:	0
Código Sucursal:	1
Centro de trabajo:	CTRAB 005
Tasa:	6.960
Fecha hora transacción:	11/12/2023 05:25:13 p.m.


CEDULA DE CIUDADANIA
REPÚBLICA DE COLOMBIA
NUIP 1.077.423.866
Apellidos
ASPRILLA MOSQUERA
Nombres
MAURICIO
Nacionalidad
COL
Estatura
1.70
Sexo
M
Fecha de nacimiento
09 JUL 1985
G.S.
O+
Lugar de nacimiento
QUIBDO (CHOCO)
Fecha y Lugar de expedición
08 JUL 2004, QUIBDO
Firma
Mauricio Aspr
Fecha de expiración
02 JUN 2033


0218310586
REGISTRADOR NACIONAL
ICCOL0218310586170O1<<<<<<<<<<<
8507099M3306024COL1077423866<9
ASPRILLA<MOSQUERA<<MAURICIO<<<

cajasan

NIT 890.200.106.1

Afiliación y Novedades de Trabajador y Grupo Familiar

RADICADO CE-20230008229 **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
1077423866	CÉDULA DE CIUDADANÍA	ASPRILLA	MOSQUERA	MAURICIO	

ORIENTACION SEXUAL	SEXO	RESIDE EN EL EXTERIOR: / PAIS:	DIRECCION RESIDENCIA	BARRIO	MUNICIPIO RESIDENCIA	MUNICIPIO DONDE LABORA	FECHA NACIMIENTO
Heterosexual	HOMBRE		CLLE 57 #64-65	MEDELLIN	MEDELLÍN - ANTIOQUIA	MEDELLÍN - ANTIOQUIA	9/07/1985

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	3122015674		11/12/2023

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

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

Salud Total EPS-S

No de Radicacion	Fecha de Radicación
4011385248	1|1|1|2|2|0|2|3

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

1.tipo de tramite
A. Afiliación ☐ B.Reporte de Novedades ☒

2.Tipo afiliacion
B. Colectiva ☐
A. Individual: -Cotizante Cabeza de familia ☒ -Beneficiario afiliado adicional ☐
B. Institucional ☐ B. De oficio ☐

3.Regimen
A.Contributivo ☒ B.Subsidiado ☐

4. Tipo de afiliado
A. Cotizante ☒ B. Cabeza de Familia ☐ C. Beneficiario ☐

5. Tipo de cotizante
A. Dependiente ☒ B. Independiente ☐ C. Pensionado ☐

Codigo (a registrar por la EPS) 1

A. AFILIACIÓN

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

6.Apellidos y nombres			
ASPRILLA Primer apellido	MOSQUERA Segundo apellido	MAURICIO Primer nombre	Segundo nombre
7.Tipo documento de Identidad	**8.Número del documento de Identidad**	**9.Sexo**	**10.Fecha de nacimiento**
CC	1077423866	Femenino ☐ Masculino ☒	0|9|0|7|1|9|8|5

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

Datos personales

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

15. Administradora de riesgos Laborales - ARL	16. Administradora de Pensiones	17. Ingreso base de cotizacion - IBC
SEGUROS DE RIESGOS PROFESIONALES SURAMERICANA S.A.	PORVENIR FPC	1160000

18.Residencia

CL 72 B 24 B 102. **Dirección**	6021545 **Telefono fijo**	3122015674 **Telefono celular**	CONSTRUCTORAVISIONFUTURO@GMAIL.COM **Correo electronico**
MEDELLIN **Municipio/Distrito**	**zona** Urbana ☒ Rural ☐	57 **Localidad / comuna**	ANTIOQUIA **Departamento**

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NUCLEO FAMILIAR

Datos básicos de identificación del cónyuge o compañero(a) permanente cotizante

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

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

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

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

Datos complementarios

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

32. Datos de residencia

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

Seleccion de la IPS Primaria

	34. Nombre de la Institución Prestadora de Salud - IPS	Codigo de la IPS(a registrar por la EPS)
C	VS UAB VILLANUEVA - VS UOD VILLANUEVA	VSVILLANUE - VSODVILLAN
B	-	-
B	-	-
B	-	-

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

35. Nombre o razón social	36. Tipo de identificación	37. Numero de docuemnto de Identificación	38. Tipo de aportante o pagador de pensiones(a registrar por la EPS)
CONSTRUCTORA VISION FUTURO SAS	NIT	901707067	01

39.Ubicación

CR 5 9 68 Dirección	6048454 Teleéfono	CONSTRUCTORAVISIONFUTURO@GMAIL.COM Correo electrónico	BUCARAMANGA Municipio/distrito	SANTANDER Departamento

No de Radicacion
4011385248

B. REPORTE DE NOVEDADES

40. Tipo de Novedad

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

VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

41. Datos básicos de la identificación

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

Tipo documento de Identidad	Número documento de Identidad	Sexo	Fecha de nacimiento	42. Fecha
		Femenino ☐ Masculino ☐		1|1|1|2|2|0|2|3

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

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

- **46.** ☐ Declaración de dependencia económica de los beneficiarios y afiliados adicionales.
- **47.** ☐ Declaración de la no obligación de afiliarse al Régimen Contributvo,Especial o de Excepción.
- **48.** ☐ Declaración de existencia de razones de fuerza mayor o caso fortuito que impiden la entrega de documentos que acreditan la condición de beneficiarios.
- **49.** ☐ Declaración de no internación del cotizante,cabeza de familia ,beneficiarios o afiliados adicionales en una Institución Prestadora de Salud .
- **50.** ☒ Autorización para que la EPS solicite y obtenga datos y copia de la historia clinica del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales.
- **51.** ☒ Autorización para que la EPS reporte la información que se genere de la afiliación del reporte de novedades a la base de datos de afiliados vigente y a las entidades públicas que poir sus funciones la requieran
- **52.** ☒ Autorización para que la EPS maneje los datos personales del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales, de acuerdo con lo previsto en la ley 1581 de 2012 y el Decr eto 1377 de 2013
- **53.** ☒ Autorización para que la EPS envie información al correo electronico o celular como mensaje de texto

VIII. FIRMAS

54. Cotizante o cabeza de familia o beneficiario	55. El empleador aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva institucional o de oficio

IX. ANEXOS

☐ **56.** Anexo Copia del documento de identidad: **CN.** ☐ **RC.** ☐ **TI.** ☐ **CC.** ☐ **PA.** ☐ **CE.** ☐ **CD.** ☐ **SC.** ☐

Cantidad: ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ Total: 0

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

X. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL

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

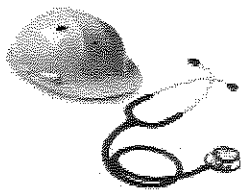
70. Datos funcionario que realiza la validación

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

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

Observaciones

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



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:	11/DIC/ 2023	Empresa:	CONSTRUCTORA VISION FUTURO S.A.S
Nit:	901707067-7		
Nombre:	MAURICIO ASPRILLA MOSQUERA	Doc. Identidad :	1.077.423.866
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

Mauricio Asprilla
Trabajador
CC: 1077 423 866
Declaro que todos los datos registrados corresponden a la verdad

Captura Biometrica

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:	**11/DIC/ 2023**	**Empresa:**	**CONSTRUCTORA VISION FUTURO S.A.S**
Nit:	**901707067-7**		
Nombre:	**YEIMER MURILLO CORDOBA**	**Doc. Identidad :**	**1.003.914.326**
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

YEIMER MURILLO CORDOBA
Trabajador
CC: 1003914326
Declaro que todos los datos registrados corresponden a la verdad

Captura Biométrica

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:

MAURICIO ASPRILLA MOSQUERA, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.077.423.866**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 11 de Diciembre 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.

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	1003914326
Nombre:	YEIMER MURILLO CORDOBA
Fecha Ingreso:	13/12/2023
Salario básico:	1,160,000
Nit empresa en misión:	0
Código Sucursal:	1
Centro de trabajo:	CTRAB 005
Tasa:	6.960
Fecha hora transacción:	12/12/2023 10:53:11 AM

cajasan

NIT 890.200.106.1

Afiliación y Novedades de Trabajador y Grupo Familiar

RADICADO CE-20230008572 **FECHA** 12/12/2023

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
1003914326	CÉDULA DE CIUDADANÍA	MURILLO	CORDOBA	YEIMER	

ORIENTACION SEXUAL	SEXO	RESIDE EN EL EXTERIOR: / PAIS:	DIRECCION RESIDENCIA	BARRIO	MUNICIPIO RESIDENCIA	MUNICIPIO DONDE LABORA	FECHA NACIMIENTO
Heterosexual	HOMBRE		CRA 24 # 71-16	TIBIRITA , CUNDINAMARCA	TIBIRITA - CUNDINAMARCA	TIBIRITA - CUNDINAMARCA	6/05/1996

CORREO ELECTRONICO PERSONAL	CORREO ELECTRONICO CORPORATIVO	TELEFONO RESIDENCIA
CONSTRUCTORAVISIOFUTURO@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	3116151886		12/12/2023

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



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **06-MAY-1996**

BAHIA SOLANO
(CHOCO)

LUGAR DE NACIMIENTO

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

30-JUL-2014 BAHIA SOLANO

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

P-1700800-00685947-M-1003914326-20150410 **00438**22402A 1 41347063

REGISTRADURIA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

REPUBLICA DE COLOMBIA

IDENTIFICACION PERSONAL

CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **1.003.914.326**

MURILLO CORDOBA

APELLIDOS

YEIMER

NOMBRES

YEIMER Murillo C.

FIRMA



FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

Salud Total EPS-S

No de Radicacion	Fecha de Radicación
4011388590	1|2|1|2|2|0|2|3

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

1.tipo de tramite
A. Afiliación ☐ B.Reporte de Novedades ☒

2.Tipo afiliacion
B. Colectiva ☐
A. Individual:
B. Institucional ☐
-Cotizante Cabeza de familia ☒
-Beneficiario afiliado adicional ☐
B. De oficio ☐

3.Regimen
A.Contributivo ☒
B.Subsidiado ☐

4. Tipo de afiliado
A. Cotizante ☒ B. Cabeza de Familia ☐ C. Beneficiario ☐

5. Tipo de cotizante
A. Dependiente ☒ B. Independiente ☐ C. Pensionado ☐

Codigo (a registrar por la EPS) 1

A. AFILIACIÓN

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

6.Apellidos y nombres			
MURILLO Primer apellido	CORDOBA Segundo apellido	YEIMER Primer nombre	Segundo nombre

7.Tipo documento de Identidad	8.Número del documento de Identidad	9.Sexo	10.Fecha de nacimiento
CC	1003914326	Femenino ☐ Masculino ☒	0|6|0|5|1|9|9|6

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

Datos personales

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

15. Administradora de riesgos Laborales - ARL	16. Administradora de Pensiones	17. Ingreso base de cotizacion - IBC
SEGUROS DE RIESGOS PROFESIONALES SURAMERICANA S.A.	PROTECCION	1160000

18.Residencia

CA 10 MZ C RINCON **Dirección**	6024545 **Telefono fijo**	3116151886 **Telefono celular**	CONSTRUCTORAVISIOFUTURO@GMAIL.COM **Correo electronico**

ITAGUI **Municipio/Distrito**	**zona** Urbana ☒ Rural ☐	**Localidad / comuna**	ANTIOQUIA **Departamento**

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NUCLEO FAMILIAR

Datos básicos de identificación del cónyuge o compañero(a) permanente cotizante

19. Apellidos y nombres completos			
Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

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

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

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

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

Datos complementarios

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

32. Datos de residencia

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

Seleccion de la IPS Primaria

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

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

35. Nombre o razón social	36. Tipo de identificación	37. Numero de docuemnto de Identificación	38. Tipo de aportante o pagador de pensiones(a registrar por la EPS)
CONSTRUCTORA VISION FUTURO SAS	NIT	901707067	01

39.Ubicación

CR 5 9 68 Dirección	6154564 Teleéfono	CONSTRUCTORAVISIOFUTURO@GMAIL.COM Correo electrónico	BUCARAMANGA Municipio/distrito	SANTANDER Departamento

No de Radicacion
4011388590

B. REPORTE DE NOVEDADES

40. Tipo de Novedad

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

VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

41. Datos básicos de la identificación

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

Tipo documento de Identidad	Número documento de Identidad	Sexo	Fecha de nacimiento	42. Fecha
		Femenino ☐ Masculino ☐		1|2|1|2|2|0|2|3

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

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

- **46.** ☐ Declaración de dependencia económica de los beneficiarios y afiliados adicionales.
- **47.** ☐ Declaración de la no obligación de afiliarse al Régimen Contributvo,Especial o de Excepción.
- **48.** ☐ Declaración de existencia de razones de fuerza mayor o caso fortuito que impiden la entrega de documentos que acreditan la condición de beneficiarios.
- **49.** ☒ Declaración de no internación del cotizante,cabeza de familia ,beneficiarios o afiliados adicionales en una Institución Prestadora de Salud .
- **50.** ☒ Autorización para que la EPS solicite y obtenga datos y copia de la historia clinica del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales.
- **51.** ☒ Autorización para que la EPS reporte la información que se genere de la afiliación del reporte de novedades a la base de datos de afiliados vigente y a las entidades públicas que poir sus funciones la requieran
- **52.** ☒ Autorización para que la EPS maneje los datos personales del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales, de acuerdo con lo previsto en la ley 1581 de 2012 y el Decr eto 1377 de 2013
- **53.** ☒ Autorización para que la EPS envie información al correo electronico o celular como mensaje de texto

VIII. FIRMAS

54. Cotizante o cabeza de familia o beneficiario	55. El empleador aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva institucional o de oficio

IX. ANEXOS

- ☐ **56.** Anexo Copia del documento de identidad: **CN.** ☐ **RC.** ☐ **TI.** ☐ **CC.** ☐ **PA.** ☐ **CE.** ☐ **CD.** ☐ **SC.** ☐

  Cantidad: ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ Total: 0

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

X. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL

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

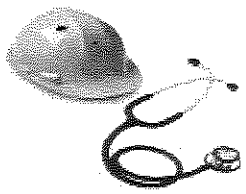
70. Datos funcionario que realiza la validación

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

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

Observaciones

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



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:	11/DIC/ 2023	Empresa:	CONSTRUCTORA VISION FUTURO S.A.S
Nit:	901707067-7		
Nombre:	MAURICIO ASPRILLA MOSQUERA	Doc. Identidad :	1.077.423.866
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

Mauricio Asprilla
Trabajador
CC: 1077 423 866
Declaro que todos los datos registrados corresponden a la verdad

Captura Biometrica

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:	**11/DIC/ 2023**	**Empresa:**	**CONSTRUCTORA VISION FUTURO S.A.S**
Nit:	**901707067-7**		
Nombre:	**YEIMER MURILLO CORDOBA**	**Doc. Identidad :**	**1.003.914.326**
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

YEIMER MURILLO CORDOBA
Trabajador
CC: 1003914326
Declaro que todos los datos registrados corresponden a la verdad

Captura Biométrica

Protección

Fondo de Pensiones Obligatorias Protección

NIT 800.229.739

Hace constar que:

El(la) Señor(a) **MURILLO CORDOBA YEIMER** identificado(a) con **CC** número **1.003.914.326** se encuentra afiliado(a) en Pensiones Obligatorias a PROTECCIÓN, desde el día 23 de junio de 2023 y sus recursos se encuentran en el **FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PROTECCIÓN MAYOR RIESGO**.

Esta constancia se expide a petición del interesado(a) el día 12 de diciembre de 2023.

Cordialmente,



Cesar Mauricio Aubad Echeverry
Equipo Soporte para Clientes

***Importante:** Esta constancia solo hace referencia a los productos mencionados anteriormente.

*Si desea verificar la veracidad de esta información comuníquese con nosotros:
Línea de servicio Protección: Bogotá: **744 44 64** - Medellín y Cali **510 90 99**
Barranquilla: **319 79 99** - Cartagena: **642 49 99** - Nacional **01 8000 52 8000**
www.proteccion.com

2023121210303

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