EMPRESA	TRABAJADOR	CEDULA	CENTRO DE TRABAJO	CARGO	PLANILLA SEPTIEMBRE
TRANSPORTES ANGIE ROMERO	JHON FREDY LOZANO MATEUS	1.018.418.642	TRANSVERSAL	VOLQUETAS	8499060274
TRANSPORTES ANGIE ROMERO	PEDRO ELKIN ROMERO DUQUINO	80.133.031	TRANSVERSAL	VOLQUETAS	8499060274
TRANSPORTES ANGIE ROMERO	WILMARK ALEJANDRO ROMERO DUQUINO	79.939.510	TRANSVERSAL	VOLQUETAS	8499060274

en línea

ATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Telefono	Exonerado SENA e ICBF
901149648	1	TRANSPORTES ANGIE ROMERO SAS	B - MENOS DE 200 COTIZANTES	BOGOTA	TRV 5C No 127A-40	BOGOTA-BOGOTA D.E.	8013727	SI

ATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
ensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
19-10	2019-11	520316562	8499060274	E	2019/11/14	2019/11/13	BANCO DAVIVIENDA	0	$1,045,200

QUIDACION DETALLADA DE APORTES

	EMPLEADO			PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES			
lo.	Identificación		Nombres	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Dias	IBC	Aporte
1	CC	1018418642	LOZANO MATEUS JOHN FREDY	25-14	30	$828,116	$132,500	EPS008	30	$828,116	$33,200	CCF22	30	$828,116	$33,200	14-23	30	$828,116	$36,100	30	$0	$0
2	CC	1020801053	ROMERO DUQUINO ANGIE KATHERINE	230301	30	$1,200,000	$192,000	EPS010	30	$1,200,000	$48,000	CCF22	30	$1,200,000	$48,000	14-23	30	$1,200,000	$52,200	30	$0	$0
3	CC	80133031	ROMERO DUQUINO PEDRO ELKIN	230301	30	$828,116	$132,500	EPS002	30	$828,116	$33,200	CCF22	30	$828,116	$33,200	14-23	30	$828,116	$36,100	30	$0	$0
4	CC	79939510	ROMERO DUQUINO WILMARK ALEJANDRO	25-14	30	$828,116	$132,500	EPS008	30	$828,116	$33,200	CCF22	30	$828,116	$33,200	14-23	30	$828,116	$36,100	30	$0	$0
otal	Afiliados(4)					$3,684,348	$589,500			$3,684,348	$147,600			$3,684,348	$147,600			$3,684,348	$160,500		$0	$0

ESUMEN DE PAGO

ESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
P (ADMINISTRADORAS: 2)				4	$589,500	$0	$0	$589,500
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	2	$265,000	$0	$0	$265,000
PORVENIR	230301	800,224,808	8	2	$324,500	$0	$0	$324,500
L (ADMINISTRADORAS: 1)				4	$160,500	$0	$0	$160,500
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	4	$160,500	$0	$0	$160,500
F (ADMINISTRADORAS: 1)				4	$147,600	$0	$0	$147,600
COLSUBSIDIO	CCF22	860,007,336	1	4	$147,600	$0	$0	$147,600
S (ADMINISTRADORAS: 3)				4	$147,600	$0	$0	$147,600
COMPENSAR	EPS008	860,066,942	7	2	$66,400	$0	$0	$66,400
EPS SURA (ANTES SUSALUD)	EPS010	800,088,702	2	1	$48,000	$0	$0	$48,000
SALUD TOTAL	EPS002	800,130,907	4	1	$33,200	$0	$0	$33,200
OTAL				4	$1,045,200	$0	$0	$1,045,200

EMPRESA	TRABAJADOR	CEDULA	CENTRO DE TRABAJO	CARGO	PLANILLA SEPTIEMBRE
ANCER CONSTRUCTOR SAS	ALARCON YEISON	1.026.291.393	TRANSVERSAL	AYUDANTE	8499144485
ANCER CONSTRUCTOR SAS	ARROYO ROBERTO	80.113.278	TRANSVERSAL	AYUDANTE	8499144485
ANCER CONSTRUCTOR SAS	AVILA ANGELICA	1.019.071.725	TRANSVERSAL	AYUDANTE	8499144485
ANCER CONSTRUCTOR SAS	JEAN CARLOS BALDIRIS MARQUEZ	1.151.471.731	TRANSVERSAL	AYUDANTE	8499144485
ANCER CONSTRUCTOR SAS	BARBOSA FREDY	80.919.571	TRANSVERSAL	AYUDANTE	8499144485
ANCER CONSTRUCTOR SAS	DIEGO ANDRES CORTES TRUJILLO	1.075.306.684	TRANSVERSAL	AYUDANTE	8499144485
ANCER CONSTRUCTOR SAS	GARZON NICOLL	1.000.617.968	TRANSVERSAL	AYUDANTE	8499144485
ANCER CONSTRUCTOR SAS	GUTIERREZ CESAR STIVEEN	1.019.066.733	TRANSVERSAL	SUPERVISOR ANSER	8499144485
ANCER CONSTRUCTOR SAS	MARIA CAMILA GUTIERREZ MARZOLA	1.010.240.936	TRANSVERSAL	AUXILIAR ASEO	8499144485
ANCER CONSTRUCTOR SAS	HERNANDEZ LUIS	1.032.419.619	TRANSVERSAL	AYUDANTE	8499144485
ANCER CONSTRUCTOR SAS	JIMENEZ CARLOS	1.012.346.128	TRANSVERSAL	AYUDANTE	8499144485
ANCER CONSTRUCTOR SAS	JIMENEZ EDINSON	78.020.225	TRANSVERSAL	AYUDANTE	8499144485
ANCER CONSTRUCTOR SAS	ANA MATILDE MARTINEZ VILLEGAS	34.950.451	TRANSVERSAL	AUXILIAR ASEO	8499144485
ANCER CONSTRUCTOR SAS	JEIMY ORDUZ CARDOZO	1.007.106.622	TRANSVERSAL	AUXILIAR ASEO	8499144485
ANCER CONSTRUCTOR SAS	IDELFONSO JOSE PALACIO CHAVEZ	1.127.940.035	TRANSVERSAL	OFICIAL	8499144485
ANCER CONSTRUCTOR SAS	SANDRA MILENA PEÑA	1.024.472.425	TRANSVERSAL	AUXILIAR ASEO	8499144485
ANCER CONSTRUCTOR SAS	TORRES DANIEL	1.000.220.368	TRANSVERSAL	AYUDANTE	8499144485
ANCER CONSTRUCTOR SAS	TORRES OSCAR	79.123.079	TRANSVERSAL	AYUDANTE	8499144485
UNIVERSAL SEC	CARRILLO ROJAS SAMUEL EDUARDO	7.717.488	TRANSVERSAL	REPRESENTANTE LEGAL	38951114

1364

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
NIT 901206646	1	ANCER CONSTRURTOR SAS	B - MENOS DE 200 COTIZANTES	VILLAMARIA 2DO SECTOR	Calle 136a # 111a - 09	BOGOTA-BOGOTA D.E.	7573874	SI

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2019-10	2019-11	522664252	8499144485	E	2019/11/14	2019/11/18	BANCOLOMBIA	4	$3.586 200

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO					PENSION		SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES		
No.	Identificación		Nombres	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Dias	IBC	Aporte
Sucursal: VILLAMARIA 2DO SECTOR (24 Afiliados)						$11,538,418	$1,847,000			$11,538,418	$463,500			$11,538,418	$463,500			$11,538,418	$801,000		$0	$0
Centro de Trabajo: ADMINISTRATIVO (2 Afiliados)						$55,208	$9,000			$55,208	$2,400			$55,208	$2,400			$55,208	$400		$0	$0
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (2 Afiliados)						$55,208	$9,000			$55,208	$2,400			$55,208	$2,400			$55,208	$400		$0	$0
1	CC	1075223442	CASTRO YULY	230101	1	$27,604	$4,500	EPS037	1	$27,604	$1,200	CCF24	1	$27,604	$1,200	14-11	1	$27,604	$200	1	$0	$0
2	CC	1010222631	PAEZ ANDRES	230201	1	$27,604	$4,900	EPS010	1	$27,604	$1,200	CCF24	1	$27,604	$1,200	14-11	1	$27,604	$200	1	$0	$0
Centro de Trabajo: RIESGO 5 (22 Afiliados)						$11,483,210	$1,838,000			$11,483,210	$461,100			$11,483,210	$461,100			$11,483,210	$800,600		$0	$0
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (22 Afiliados)						$11,483,210	$1,838,000			$11,483,210	$461,100			$11,483,210	$461,100			$11,483,210	$800,600		$0	$0
3	CC	1026291393	ALARCON YESON	230201	30	$828,116	$132,500	EPS002	30	$828,116	$33,200	CCF24	30	$828,116	$33,200	14-11	30	$828,116	$57,700	30	$0	$0
4	CC	80113278	ARROYO ROBERTO	25-14	9	$248,435	$39,800	EPS044	9	$248,435	$10,000	CCF24	9	$248,435	$10,000	14-11	9	$248,435	$17,300	9	$0	$0
5	CC	1019031725	AVILA ANGELICA	230301	9	$248,435	$39,800	EPS005	9	$248,435	$10,000	CCF24	9	$248,435	$10,000	14-11	9	$248,435	$17,300	9	$0	$0
6	CC	1151471731	BALDIRIS JEAN	230301	30	$828,116	$132,500	EPS037	30	$828,116	$33,200	CCF24	30	$828,116	$33,200	14-11	30	$828,116	$57,700	30	$0	$0
7	CC	80919571	BARBOSA FREDY	230301	30	$828,116	$132,500	EPS017	30	$828,116	$33,200	CCF24	30	$828,116	$33,200	14-11	30	$828,116	$57,700	30	$0	$0
8	CC	1075306684	CORTES DIEGO	230301	1	$27,604	$4,500	EPS005	1	$27,604	$1,200	CCF24	1	$27,604	$1,200	14-11	1	$27,604	$2,000	1	$0	$0
9	CC	1030670406	GARCIA ANDRES	230301	30	$828,116	$132,900	EPS017	30	$828,116	$33,200	CCF24	30	$828,116	$33,200	14-11	30	$828,116	$57,700	30	$0	$0
10	CC	1030617948	GARZON NICOLL	230201	2	$55,208	$8,900	EPS002	2	$55,208	$2,300	CCF24	2	$55,208	$2,300	14-11	2	$55,208	$3,900	2	$0	$0
11	CC	1019084733	GUTIERREZ CESAR	230201	30	$828,116	$132,500	EPS002	30	$828,116	$33,200	CCF24	30	$828,116	$33,200	14-11	30	$828,116	$57,700	30	$0	$0
12	CC	1010276936	GUTIERREZ MARIA	230201	30	$828,116	$132,500	EPS002	30	$828,116	$33,200	CCF24	30	$828,116	$33,200	14-11	30	$828,116	$57,700	30	$0	$0
13	CC	1032415619	HERNANDEZ LUIS	230301	1	$27,604	$4,500	EPS017	1	$27,604	$1,200	CCF24	1	$27,604	$1,200	14-11	1	$27,604	$2,000	1	$0	$0
14	CC	1072346128	JIMENEZ CARLOS	25-14	30	$828,116	$132,500	EPS005	30	$828,116	$33,200	CCF24	30	$828,116	$33,200	14-11	30	$828,116	$57,700	30	$0	$0
15	CC	78020275	JIMENEZ EDINSON	230201	30	$828,116	$132,500	ESSC07	30	$828,116	$33,200	CCF24	30	$828,116	$33,200	14-11	30	$828,116	$57,700	30	$0	$0
16	CC	1065008677	JIMENEZ FIDEL	230301	30	$828,116	$132,500	EPS002	30	$828,116	$33,200	CCF24	30	$828,116	$33,200	14-11	30	$828,116	$57,700	30	$0	$0
17	CC	34950451	MARTINEZ ANA	25-14	30	$828,116	$132,500	EPS017	30	$828,116	$33,200	CCF24	30	$828,116	$33,200	14-11	30	$828,116	$57,700	30	$0	$0
18	CC	7723231	MONTEALEGRE JAIR	230301	1	$27,604	$4,500	EPS002	1	$27,604	$1,200	CCF24	1	$27,604	$1,200	14-11	1	$27,604	$2,000	1	$0	$0
19	CC	1077106622	ORDUZ YEINI	230301	1	$27,604	$4,900	EPSC34	1	$27,604	$1,200	CCF24	1	$27,604	$1,200	14-11	1	$27,604	$2,000	1	$0	$0
20	CC	1127840235	PALACIO IDELFONSO	230301	30	$828,116	$132,500	EPS005	30	$828,116	$33,200	CCF24	30	$828,116	$33,200	14-11	30	$828,116	$57,700	30	$0	$0
21	CC	1024471425	PEÑA SANDRA	230201	30	$828,116	$132,500	EPS044	30	$828,116	$33,200	CCF24	30	$828,116	$33,200	14-11	30	$828,116	$57,700	30	$0	$0
22	CC	1000220365	TORRES DANIEL	230301	1	$27,604	$4,500	EPS002	1	$27,604	$1,200	CCF24	1	$27,604	$1,200	14-11	1	$27,604	$2,000	1	$0	$0
23	CC	79123079	TORRES OSCAR	230201	30	$828,116	$132,500	EPS017	30	$828,116	$33,200	CCF24	30	$828,116	$33,200	14-11	30	$828,116	$57,700	30	$0	$0
24	CC	1075213473	TRUJILLO OSCAR	230301	1	$27,604	$4,500	EPS002	1	$27,604	$1,200	CCF24	1	$27,604	$1,200	14-11	1	$27,604	$2,000	1	$0	$0
Total			**Afiliados(24)**			$11,538,418	$1,847,000			$11,538,418	$463,500			$11,538,418	$463,500			$11,538,418	$801,000		$0	$0

2019/11/18 04:17 PM

1365

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE								
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
NIT 901206646	1	ANCER CONSTRURTOR SAS	B - MENOS DE 200 COTIZANTES	VILLAMARIA 2DO SECTOR	Calle 136a # 111a - 09	BOGOTA-BOGOTA D.E.	7573874	SI

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2019-10	2019-11	522664252	8499144485	E	2019/11/14	2019/11/18	BANCOLOMBIA	4	$3,586,200

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 4)				24	$1,847,000	$5,600	$0	$1,852,600
COLFONDOS	231001	800,227,940	6	1	$4,500	$100	$0	$4,600
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	3	$304,800	$900	$0	$305,700
PORVENIR	230301	800,224,808	8	12	$729,300	$2,200	$0	$731,500
PROTECCION	230201	800,229,739	0	8	$808,400	$2,400	$0	$810,800
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				24	$801,000	$2,400	$0	$803,400
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	24	$801,000	$2,400	$0	$803,400
CCF (ADMINISTRADORAS: 1)				24	$463,500	$1,400	$0	$464,900
COMPENSAR	CCF24	860,066,942	7	24	$463,500	$1,400	$0	$464,900
EPS (ADMINISTRADORAS: 8)				24	$463,500	$1,800	$0	$465,300
CAPITAL SALUD	EPSC34	900,298,372	9	1	$1,200	$100	$0	$1,300
EPS SURA (ANTES SUSALUD)	EPS010	800,088,702	2	1	$1,200	$100	$0	$1,300
FAMISANAR	EPS017	830,003,564	7	5	$134,000	$400	$0	$134,400
MEDIMAS EPS	EPS044	901,097,473	5	2	$43,200	$200	$0	$43,400
MUTUAL SER	ESSC07	806,008,394	7	1	$33,200	$100	$0	$33,300
NUEVA E.P.S.	EPS037	900,156,264	2	2	$34,400	$100	$0	$34,500
SALUD TOTAL	EPS002	800,130,907	4	8	$138,700	$500	$0	$139,200
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	4	$77,600	$300	$0	$77,900
TOTAL				24	$3,575,000	$11,200	$0	$3,586,200

2019/11/18 04:17 PM

436
1366

EMPRESA	TRABAJADOR	CEDULA	CENTRO DE TRABAJO	CARGO	PLANILLA SEPTIEMBRE
CONSORCIO PRUNI SEDES 04	GOMEZ ALDANA DANIEL FELIPE	1.018.480.030	TRANSVERSAL	RESIDENTE TECNICO	38788465
CONSORCIO PRUNI SEDES 04	GUZMAN MUNAR JAVIER SEBASTIAN	1.024.266.805	TRANSVERSAL	AYUDANTE	38788465
CONSORCIO PRUNI SEDES 04	SALCEDO QUINTERO MAYCOLL	1.024.527.597	TRANSVERSAL	AYUDANTE	38788465
CONSORCIO PRUNI SEDES 04	OSORIO QUINTERO BRAYAN STIVEN	1.026.301.207	TRANSVERSAL	AYUDANTE	38788465
CONSORCIO PRUNI SEDES 04	JUAN JOSE LEAL VARGAS	1.032.470.073	TRANSVERSAL	AUXILIAR TECNICO	38788465
CONSORCIO PRUNI SEDES 04	LEIDY NATALIA JHON VENAVIDEZ	1.110.570.029	TRANSVERSAL	AUX ADMINISTRATIVA	38788465
CONSORCIO PRUNI SEDES 04	ROMERO LEAL TANIA ERIKA	37.510.531	TRANSVERSAL	RESIDENTE SST	38788465
CONSORCIO PRUNI SEDES 04	MARILUZ CARBACAS GOMEZ	45.530.754	TRANSVERSAL	RESIDENTE ADMINISTRATIVA	38788465
CONSORCIO PRUNI SEDES 04	ZORAYA RUIZ OLAYA	52.084.547	TRANSVERSAL	RESIDENTE TECNICA	38788465
CONSORCIO PRUNI SEDES 04	SANDRA LUCIA PARRA JIMENEZ	52.261.860	TRANSVERSAL	RESIDENTE ADMINISTRATIVA	38788465
CONSORCIO PRUNI SEDES 04	INGRID ALEJANDRA BOLAÑO CRUZ	55.131.681	TRANSVERSAL	RESIDENTE DE OBRA	38788465
CONSORCIO PRUNI SEDES 04	WILLIAM FONSECA VARGAS	74.381.366	TRANSVERSAL	RESIDENTE SST	38788465
CONSORCIO PRUNI SEDES 04	FREDI GOMEZ GARCES	79.416.146	TRANSVERSAL	DIRECTOR DE OBRA	38788465
CONSORCIO PRUNI SEDES 04	ORTIZ GONZALEZ JOSE MAURICIO	79.622.037	TRANSVERSAL	AUXILIAR TECNICO	38788465
CONSORCIO PRUNI SEDES 04	DARIO ALBERTO FRANCO FIGUEREDO	86.060.271	TRANSVERSAL	RESIDENTE TECNICO	38788465

compen. miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUT. LIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
NI	901294259-1	CONSORCIO PRUNI SEDES 04	CL 98 70 91 OFI 812	7441529	asistente@prismauniversal.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	B – menos de 200 c		BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		SI

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					15	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2019-11	2019-10	E	25/11/2019	38788465	$10.856.300	

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					
CCFC53	EPS-S Comfacundi	860045904-7	41.000	0		0		0	7	300	0	41.300	1
EPS001	ALIANSALUD EPS S.A.	830113831-0	120.000	0		0		0	7	700	0	120.700	1
EPS002	Salud Total EPS	800130907-4	190.300	0		0		0	7	1.000	0	191.300	3
EPS008	Compensar EPS	860066942-7	288.000	0		0		0	7	1.500	0	289.500	2
EPS010	EPS Sura	800088702-2	260.000	0		0		0	7	1.400	0	261.400	2
EPS017	Famisanar EPS	830003564-7	339.700	0		0		0	7	1.800	0	341.500	5
EPS037	Nueva EPS	900156264-2	140.000	0		0		0	7	800	0	140.800	1

TOTALES PENSIÓN

Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
230201	Proteccion (ING + Proteccion)	800229739-0	548.000	0	0	0	0	7	2.800	0	550.800	2
230301	Porvenir	800224808-8	1.824.000	0	0	21.000	21.000	7	9.300	400	1.875.700	6
231001	Colfondos	800227940-6	1.040.000	0	0	17.500	17.500	7	5.300	200	1.080.500	2
25-14	Colpensiones	900336004-7	2.103.700	0	0	25.000	25.000	7	10.700	400	2.164.800	5

TOTALES RIESGOS LABORALES

Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-11	ARL SURA	890903790-5	2.399.700				2.399.700	7	12.200	2.411.900			23.997	2.411.900	15

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF21	Cafam	860013570-3	1.379.000	7	7.100	1.386.100	15

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

PAGADA 38788465

compen. miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AU. LIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
NI	901294259-1	CONSORCIO PRUNI SEDES 04	CL 98 70 91 OFI 812	7441529	asistente@prismauniversal.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	B – menos de 200 c		BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		SI

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD
					EMPLEADOS: 15 / UPC: 0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR
2019-11	2019-10	E	25/11/2019	38788465	$10.856.300

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

TOTALES POR SUBSISTEMA			
Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	7	1.379.000	1.386.500
Pensión	4	5.642.700	5.671.800
Riesgos Laborales	1	2.399.700	2.411.900
CCF	1	1.379.000	1.386.100
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	13	10.800.400	10.856.300

PAGADA

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

404
1369

compen. miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AU LIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
NI	901294259-1	CONSORCIO PRUNI SEDES 04	CL 98 70 91 OFI 812	7441529	asistente@prismauniversal.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	B – menos de 200 c	.	BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ. D.C.		SI

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD
					EMPLEADOS: 15 / UPC: 0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR
2019-11	2019-10	E	25/11/2019	38788465	$10.856.300

ALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE							INFORMACIÓN NOVEDADES																PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES				
No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Colom. exterior	Exonerado	IRG	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCION	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntario o Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
1018480030	GOMEZ ALDANA DANIEL FELIPE	1	0			S																	230301	1.000.000	160.000	0	0	0	0	EPS017	1.000.000	40.000	14-11	1.000.000	5	69.600	CCF21	1.000.000	40.000	0	0	0	0	0
1024266805	GUZMAN MUNAR JAVIER SEBASTIAN	1	0			S	X																230301	1.200.000	192.000	0	0	0	0	EPS002	1.200.000	48.000	14-11	1.200.000	5	83.600	CCF21	1.200.000	48.000	0	0	0	0	0
1024527597	SALCEDO QUINTERO MAYCOLL	1	0			S								X									230201	1.024.966	164.000	0	0	0	0	CCFC53	1.024.966	41.000	14-11	1.024.966	5	71.400	CCF21	1.024.966	41.000	0	0	0	0	0
1026301207	OSORIO QUINTERO BRAYAN STIVEN	1	0			S								X									25-14	1.156.947	185.200	0	0	0	0	EPS002	1.156.947	46.300	14-11	1.156.947	5	80.800	CCF21	1.156.947	46.300	0	0	0	0	0
1032470073	LEAL VARGAS JUAN JOSE	1	0			S																	230301	1.500.000	240.000	0	0	0	0	EPS010	1.500.000	60.000	14-11	1.500.000	5	104.400	CCF21	1.500.000	60.000	0	0	0	0	0
1110570029	JOHN VENAVIDEZ LEIDY NATALIA	1	0			S																	230301	1.000.000	160.000	0	0	0	0	EPS017	1.000.000	40.000	14-11	1.000.000	5	69.600	CCF21	1.000.000	40.000	0	0	0	0	0
37510531	ROMERO LEAL TANIA ERIKA	1	0			S	X																230201	2.400.000	384.000	0	0	0	0	EPS002	2.400.000	96.000	14-11	2.400.000	5	167.100	CCF21	2.400.000	96.000	0	0	0	0	0
45530754	CABARCAS GOMEZ MARILUZ	1	0			S																	25-14	3.000.000	480.000	0	0	0	0	EPS001	3.000.000	120.000	14-11	3.000.000	5	208.800	CCF21	3.000.000	120.000	0	0	0	0	0
52084547	RUIZ OLAYA ZORAYA	1	0			S																	231001	3.000.000	480.000	0	0	0	0	EPS008	3.000.000	120.000	14-11	3.000.000	5	208.800	CCF21	3.000.000	120.000	0	0	0	0	0
52261850	PARRA JIMENEZ SANDRA LUCIA	1	0			S																	25-14	3.000.000	480.000	0	0	0	0	EPS017	3.000.000	120.000	14-11	3.000.000	5	208.800	CCF21	3.000.000	120.000	0	0	0	0	0
55131681	BOLAÑOS CRUZ INGRID ALEJANDRA	1	0			S																	231001	3.500.000	560.000	0	0	17.500	17.500	EPS037	3.500.000	140.000	14-11	3.500.000	5	243.600	CCF21	3.500.000	140.000	0	0	0	0	0
74381366	FONSECA VARGAS WILLIAM	1	0			S																	230301	2.500.000	400.000	0	0	0	0	EPS017	2.500.000	100.000	14-11	2.500.000	5	174.000	CCF21	2.500.000	100.000	0	0	0	0	0
79416148	GOMEZ GARCES FREDI	1	0			S																	25-14	5.000.000	800.000	0	0	25.000	25.000	EPS010	5.000.000	200.000	14-11	5.000.000	5	348.000	CCF21	5.000.000	200.000	0	0	0	0	0
79622037	ORTIZ GONZALEZ JOSE MAURICIO	1	0			S								X									25-14	990.116	158.500	0	0	0	0	EPS017	990.116	39.700	14-11	990.116	5	69.000	CCF21	990.116	39.700	0	0	0	0	0
86060271	FRANCO FIGUEREDO DARIO ALBERTO	1	0			S																	230301	4.200.000	672.000	0	0	21.000	21.000	EPS008	4.200.000	168.000	14-11	4.200.000	5	292.400	CCF21	4.200.000	168.000	0	0	0	0	0

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

/330

EMPRESA	TRABAJADOR	CEDULA	CENTRO DE TRABAJO	CARGO	PLANILLA SEPTIEMBRE
HIDROALFA	ALDAIR YARA ROA	1.022.991.883	LIEVANO	OFICIAL	38717637
HIDROALFA	GUILLERMO OSWALDO ROMERO PEDRAZA	80.410.588	TRANSVERSAL	OFICIAL	38717637
HIDROALFA	MENDEZ DUCUARA GUILLERMO ALFONSO	1.007.787.546	LIEVANO	ENCARGADO CUADRILLA	38715565
HIDROALFA	CRISHIAN CAMILO CONTRERAS GARCIA	1.013.647.686	LIEVANO	AYUDANTE	38715565
HIDROALFA	ASCENCIO VERGARA LUIS ALBERTO	1.100.395.224	LIEVANO	AYUDANTE	38715713
HIDROALFA	TABARES LOPEZ MARINO	16.680.215	LIEVANO	OFICIAL	38715713
HIDROALFA	MEDINA UL JAIRO	4.786.363	LIEVANO	OFICIAL	38715923
HIDROALFA	FAJARDO ANZOLA PEDRO JULIO	79.246.381	LIEVANO	OFICIAL	38715923
HIDROALFA	AVELINO AGUILAR JAIMES	1.090.437.286	LIEVANO	OFICIAL	38716993
HIDROALFA	JOSE GABRIEL GONZALEZ GARZON	80.068.070	LIEVANO	AYUDANTE	38716993
HIDROALFA	ALEXIS GARCIA MEDRANO	1.104.422.168	LIEVANO	OFICIAL	38717616
HIDROALFA	RUBEN ALBERTO GARCIA RAMIREZ	94.074.715	LIEVANO	OFICIAL	38717616
HIDROALFA	DIMATE DOMINGUEZ LUIS ORLANDO	79.414.421	LIEVANO	AYUDANTE	38717683
HIDROALFA	ALFONSO TORRES LUIS GABRIEL	79.913.617	LIEVANO	OFICIAL	38717683
HIDROALFA	MAURICIO ALEJANDRO CASTAÑO GIRALDO	71.277.693	LIEVANO	OFICIAL	38717867
HIDROALFA	JAIRO ANDRES ASCENCIO VERGARA	92.098.927	LIEVANO	OFICIAL	38717867
HIDROALFA	OSORIO SANCHEZ JUAN DAVID SEBASTIAN	1.032.480.463	LIEVANO	RESIDENTE	38718372
HIDROALFA	PALECHOR ITAZ ALVARO	4.698.485	LIEVANO	OFICIAL	38718372
HIDROALFA	PEREZ EDUARDO	1.040.745.530	LIEVANO	AYUDANTE	38716547
HIDROALFA	GARCIA HOSTIA DEIVIS	12.603.129	LIEVANO	OFICIAL	38716547

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	800230346-1	HIDROALFA S.A.S	CARRERA 46 N 152-46 LOCAL1-86	7006307	seguridadst@hidroalfases.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
SUCURSAL	B – menos de 200 c	Grupo 8 ope	Grupo 8OPE	BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	SI

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					2	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2019-11	2019-10	E	18/11/2019	38717637	$745.600	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD

Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS005	Sanitas EPS	800251440-6	48.000	0		0		0	4	200	0	48.200	1
EPS008	Compensar EPS	860066942-7	48.000	0		0		0	4	200	0	48.200	1

TOTALES PENSIÓN

Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
230301	Porvenir	800224808-8	192.000	0	0	0	0	4	600	0	192.600	1
25-14	Colpensiones	900336004-7	192.000	0	0	0	0	4	600	0	192.600	1

TOTALES RIESGOS LABORALES

Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-7	Seguros Bolivar S.A.	860002503-2	167.200				167.200	4	500	167.700			1.672	167.700	2

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF24	Compensar Caja	860066942-7	96.000	4	300	96.300	2

TOTALES PARAFISCALES

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

TOTALES POR SUBSISTEMA

Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	2	96.000	96.400
Pensión	2	384.000	385.200
Riesgos Laborales	1	167.200	167.700
CCF	1	96.000	96.300
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	6	743.200	745.600

PAGADA 38717637

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	800230346-1	HIDROALFA S A S		CARRERA 46 N 152-46 LOCAL1-86	7006307	seguridadst@hidroalfasas.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
SUCURSAL	B – menos de 200 c	Grupo 8 ope	Grupo 8OPE	BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		SI

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					2	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2019-11	2019-10	E	18/11/2019	39118537	$745.600	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE								INFORMACIÓN NOVEDADES												PENSIÓN						SALUD			RIESGOS LABORALES			CCF			PARAFISCALES				
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Extranjero	Colombiano en el exterior	Estudiante	IRP	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	SUSPENSIÓN	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	1022991883	YARA ROA ALDAIR	1	0			S	X															230301	1.200.000	192.000	0	0	0	0	EPS005	1.200.000	48.000	14-7	1.200.000	5	83.600	CCF24	1.200.000	48.000	0	0	0	0	0
2	CC	80410588	ROMERO PEDRAZA GUILLERMO OSWALDO	1	0			S	X															25-14	1.200.000	192.000	0	0	0	0	EPS008	1.200.000	48.000	14-7	1.200.000	5	83.600	CCF24	1.200.000	48.000	0	0	0	0	0

PAGADA

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

445
323

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	800230346-1	HIDROALFA S.A.S	CARRERA 46 N 152-46 LOCAL1-86	7006307	seguridadst@hidroalfases.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
SUCURSAL	B – menos de 200 c	Grupo 1 Ope	Grupo 1Ope	BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	SI

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					2	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2019-11	2019-10	E	18/11/2019	38715565	$707.600	

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					
EPS010	EPS Sura	800088702-2	53.900	0		0		0	4	200	0	54.100	1
EPS017	Famisanar EPS	830003564-7	37.300	0		0		0	4	200	0	37.500	1

TOTALES PENSIÓN

Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
230301	Porvenir	800224808-8	364.500	0	0	0	0	4	1.100	0	365.600	2

TOTALES RIESGOS LABORALES

Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-7	Seguros Bolivar S.A.	860002503-2	158.000				158.600	4	500	159.100			1.586	159.100	2

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF24	Compensar Caja	860066942-7	91.200	4	300	91.500	2

TOTALES PARAFISCALES

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

TOTALES POR SUBSISTEMA

Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	91.200	91.600
Pensión	1	364.500	365.600
Riesgos Laborales	1	158.600	159.100
CCF	1	91.200	91.500
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	5	705.500	707.800

PAGADA
38715565

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	DIRECCION	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
NI	800230346-1	HIDROALFA S.A.S	CARRERA 46 N 152-46 LOCAL1-86	7000307	seguridadst@hidroalfasas.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
SUCURSAL	B – menos de 200 c	Grupo 1 Ope	Grupo 1Ope	BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ D.C	SI

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	PECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					2	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2019-11	2019-10	E	18/11/2019	38715565	$707.800	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACION COTIZANTE								INFORMACIÓN NOVEDADES														PENSION						SALUD			RIESGOS LABORALES			CCF			PARAFISCALES				
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Colombia	Nulidad	Extranjero	Cotiza exterior	Extranjero	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCION	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntario Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Cotización UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Clase	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
1	CC	1007787346	MENDEZ DUCUARA GUILLERMO ALFONSO	1	0			S																230301	1.345.867	215.400	0	0	0	0	EPS010	1.345.867	53.900	14-7	1.345.867	5	53.900	CCF24	1.345.867	53.900	0	0	0	0	0
2	CC	1013647886	CONTRERAS GARCIA CRISTHIAN CAMILO	1	0			S	X															230301	931.787	149.100	0	0	0	0	EPS017	931.787	37.300	14-7	931.787	5	37.300	CCF24	931.787	37.300	0	0	0	0	0

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	800230346-1	HIDROALFA S.A.S	CARRERA 46 N 152-46 LOCAL1-86	7006307	seguridadst@hidroalfases.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
SUCURSAL	B – menos de 200 c	Grupo 2 Ope	GRUPO 2 Op	BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ D.C.	SI

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					2	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2019-11	2019-10	E	18/11/2019	38715713	$934.300	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD

Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS002	Salud Total EPS	800130907-4	63.000	0		0		0	4	200	0	63.200	1
EPS005	Sanitas EPS	800251440-6	57.400	0		0		0	4	200	0	57.600	1

TOTALES PENSIÓN

Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
230301	Porvenir	800224808-8	481.200	0	0	0	0	4	1.400	0	482.600	2

TOTALES RIESGOS LABORALES

Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-7	Seguros Bolivar S.A.	860002503-2	209.400				209.400	4	700	210.100			2.094	210.100	2

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF24	Compensar Caja	860066942-7	120.400	4	400	120.800	2

TOTALES PARAFISCALES

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

TOTALES POR SUBSISTEMA

Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	2	120.400	120.800
Pensión	1	481.200	482.600
Riesgos Laborales	1	209.400	210.100
CCF	1	120.400	120.800
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	5	931.400	934.300

PAGADA
38715713

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

446
/376

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	800230348-1	HIDROALFA S.A.E	CARRERA 46 N 152-46 LOCAL1-86	7006307	seguridadst@hidroalfasas.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
SUCURSAL	B – menos de 200 c	Grupo 2 Ope	GRUPO 2 Op	BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	SI

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					2	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2019-11	2019-10	E	15/11/2019	30715213	$934.300	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE								INFORMACIÓN NOVEDADES														PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES				
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Cotiza en exterior	Exonerado	Prg	INT	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	ESTUDIANTE	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	1100395224	ASCENCIO VERGARA LUIS ALBERTO	1	0			S																	230301	1.573.787	251.900	0	0	0	0	EPS002	1.573.787	63.000	14-7	1.573.787	I	199.600	CCF24	1.573.787	63.000	0	0	0	0	0
2	CC	1065827[illegible]	TAZARES LOPEZ MARINO	1	0			S																	230301	1.432.787	229.300	0	0	0	0	EPS005	1.432.787	57.400	14-7	1.432.787	I	99.800	CCF24	1.432.787	57.400	0	0	0	0	0

PAGADA

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

A4+
13-7

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	800230348-1	HIDROALFA S.A.S.	CARRERA 46 N 152-46 LOCAL1-66	7006307	seguridadst@hidroalfasas.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
SUCURSAL	B – menos de 200 c	Grupo tres	Grupo tres	BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	SI

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					2	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2019-11	2019-10	E	18/11/2019	38715923	$836.500	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD

Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS001	ALIANSALUD EPS S.A.	830113831-0	53.900	0		0		0	4	200	0	54.100	1
EPS017	Famisanar EPS	830003564-7	53.900	0		0		0	4	200	0	54.100	1

TOTALES PENSIÓN

Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
230201	Proteccion (ING + Proteccion)	800229739-0	430.800	0	0	0	0	4	1.300	0	432.100	2

TOTALES RIESGOS LABORALES

Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-7	Seguros Bolivar S.A.	860002503-2	187.400				187.400	4	600	188.000			1.874	188.000	2

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF24	Compensar Caja	860066942-7	107.800	4	400	108.200	2

TOTALES PARAFISCALES

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

TOTALES POR SUBSISTEMA

Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	2	107.800	108.200
Pensión	1	430.800	432.100
Riesgos Laborales	1	187.400	188.000
CCF	1	107.800	108.200
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	5	833.800	836.500

PAGADA 38715923

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

2437 46 94

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	800230346-1	HIDROALFA S.A.S	CARRERA 46 N 152-46 LOCAL1-86	7006307	seguridadst@hidroalfases.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
SUCURSAL	B – menos de 200 c	Grupo tres	Grupo tres	BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	SI

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					2	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2019-11	2019-10	E	19/11/2019	38715825	$836,500	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE								INFORMACIÓN NOVEDADES																PENSIÓN						SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES				
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Colilla	Salario	Extranjero	Colom. exterior	Exonerado	IRP	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	SOLIDARIDAD	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	4[illegible]363	MEDINA UL JAIRO	1	0			S																230201	1.345.787	215.400	0	0	0	0	EPS017	1.345.787	53.900	14-7	1.345.787	5	93.700	CCF24	1.345.787	53.900	0	0	0	0	0
2	CC	7924[illegible]41	FAJARDO ANZOLA PEDRO JULIO	1	0			S																230201	1.345.787	215.400	0	0	0	0	EPS001	1.345.787	53.900	14-7	1.345.787	5	93.700	CCF24	1.345.787	53.900	0	0	0	0	0

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	800230348-1	HIDROALFA S.A.S	CARRERA 46 N 152-46 LOCAL1-86	7006307	seguridadst@hidroalfasas.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
SUCURSAL	B – menos de 200 c	Grupo 5 Ope	Grupo 5 Op	BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	SI

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					2	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2019-11	2019-10	E	15/11/2019	34716993	$714.500	

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					
CCFC53	EPS-S Comfacundi	860045904-7	44.000	0		0		0	4	200	0	44.200	1
EPS005	Sanitas EPS	800251440-6	48.000	0		0		0	4	200	0	48.200	1

TOTALES PENSIÓN												
Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
230201	Proteccion (ING + Proteccion)	800229739-0	368.000	0	0	0	0	4	1.100	0	369.100	2

TOTALES RIESGOS LABORALES														
Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-7	Seguros Bolivar S.A.	860002503-2	160.200				160.200	4	500	160.700			1.602	160.700	2

TOTALES CAJAS							
Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF24	Compensar Caja	860068942-7	92.000	4	300	92.300	2

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

TOTALES POR SUBSISTEMA			
Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	2	92.000	92.400
Pensión	1	368.000	369.100
Riesgos Laborales	1	160.200	160.700
CCF	1	92.000	92.300
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	5	712.200	714.500

PAGADA 34716993

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

A30 080

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	800230346-1	HIDROALFA S.A.S	CARRERA 46 N 152-46 LOCAL1-86	7006307	seguridadst@hidroalfasas.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
SUCURSAL	B – menos de 200 c	Grupo 5 Ope / Grupo 5 Op	BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		SI

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
					2	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2019-11	2019-10	E	18/11/2019	38716993	$714.500	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE								INFORMACIÓN NOVEDADES																PENSIÓN						SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES					
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Cotiza en el exterior	Exonerado	IRP	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	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	1090437281	AGUILAR JAIMES AVELINO	1	0			S																230201	1.200.000	192.000	0	0	0	0	EPS005	1.200.000	48.000	14-7	1.200.000	II	83.000	CCF24	1.200.000	48.000	0	0	0	0	0
2	CC	800[illegible]71	GONZALEZ JOSE GABRIEL	1	0			S																230201	1.100.000	176.000	0	0	0	0	CCFC53	1.100.000	44.000	14-7	1.100.000	III	79.200	CCF24	1.100.000	44.000	0	0	0	0	0

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	800230346-1	HIDROALFA S.A.S	CARRERA 46 N 152-46 LOCAL1-86	7006307	seguridadst@hidroalfasas.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CODIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
SUCURSAL	B – menos de 200 c	Grupo 7 opera	Grupo 7 op	BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	SI

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					2	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2019-11	2019-10	E	16/11/2019	38717516	$791.000	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD

Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS005	Sanitas EPS	800251440-6	48.000	0		0		0	4	200	0	48.200	1
EPS037	Nueva EPS	900156264-2	53.900	0		0		0	4	200	0	54.100	1

TOTALES PENSIÓN

Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
230301	Porvenir	800224808-6	407.400	0	0	0	0	4	1.200	0	408.600	2

TOTALES RIESGOS LABORALES

Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-7	Seguros Bolivar S.A.	860002503-2	177.300				177.300	4	600	177.900			1.773	177.900	1

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF24	Compensar Caja	860066942-7	101.900	4	300	102.200	2

TOTALES PARAFISCALES

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

TOTALES POR SUBSISTEMA

Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	2	101.900	102.300
Pensión	1	407.400	408.600
Riesgos Laborales	1	177.300	177.900
CCF	1	101.900	102.200
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	5	788.500	791.000

PAGADA 38717616

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	800230346-1	HIDROALFA S.A.S	CARRERA 46 N 152-46 LOCAL1-86	7006307	seguridadst@hidroalfasas.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
SUCURSAL	B – menos de 200 c	Grupo 7 opera	Grupo 7 op	BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	SI

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					2	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2019-11	2019-10	E	15/11/2019	30717418	$791.000	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE								INFORMACIÓN NOVEDADES														PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES					
No.	Tipo	No. de identificación	Apellidos y Nombres	Colilla	Bolsillo	Extranjero	Cotiz. exterior	Exonerado	IRP	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	Cotiza a pensión	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	1064422165	GARCIA MEDRANO ALEXIS	1	0			S																230301	1.345.787	215.400	0	0	0	0	EPS037	1.345.787	57.900	14-7	1.345.787	II	93.700	CCF24	1.345.787	53.900	0	0	0	0	0
2	CC	94078731	GARCIA RAMIREZ RUBEN ALBERTO	1	0			S	X															230301	1.200.000	192.000	0	0	0	0	EPS005	1.200.000	48.000	14-7	1.200.000	II	83.600	CCF24	1.200.000	48.000	0	0	0	0	0

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	800230346-1	HIDROALFA S A S	CARRERA 46 N 152-46 LOCAL1-86	7006307	seguridadst@hidroalfasas.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
SUCURSAL	B – menos de 200 c	Grupo 9 ope	Grupo 9 OP	BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ. D.C.	SI

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					2	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2019-11	2019-10	E	18/11/2019	39747583	$863.600	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD

Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS002	Salud Total EPS	800130907-4	57.400	0		0		0	4	200	0	57.600	1
EPS010	EPS Sura	800088702-2	53.900	0		0		0	4	200	0	54.100	1

TOTALES PENSIÓN

Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
230301	Porvenir	800224808-8	215.400	0	0	0	0	4	700	0	216.100	1
25-14	Colpensiones	900336004-7	229.300	0	0	0	0	4	700	0	230.000	1

TOTALES RIESGOS LABORALES

Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-7	Seguros Bolivar S.A.	860002503-2	193.500				193.500	4	600	194.100			1.935	194.100	2

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF24	Compensar Caja	860066942-7	111.300	4	400	111.700	2

TOTALES PARAFISCALES

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

TOTALES POR SUBSISTEMA

Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	2	111.300	111.700
Pensión	2	444.700	446.100
Riesgos Laborales	1	193.500	194.100
CCF	1	111.300	111.700
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	6	860.800	863.600

PAGADA 7176 83

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

454 1884

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	800230346-1	HIDROALFA S.A.S	CARRERA 46 N 152-46 LOCAL1-86	7006307	seguridadst@hidroalfasas.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
SUCURSAL	B – menos de 200 c	Grupo 9 ope / Grupo 9 OP	BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		SI

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					2	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2019-11	2019-10	E	15/11/2019	58717683	$863.600	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE								INFORMACIÓN NOVEDADES												PENSIÓN						SALUD			RIESGOS LABORALES			CCF			PARAFISCALES					
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Colombia	Extranjero	Colom. exterior	Exonerado	IRP	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntari o Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
1	CC	79814423	DIMATE DOMINGUEZ LUIS ORLANDO	X	0			S															25-14	1.432.787	229.300	0	0	0	0	EPS002	1.432.787	57.400	14-7	1.432.787	V	86.800	CCF24	1.432.787	57.400	0	0	0	0	0
2	CC	79913617	ALFONSO TORRES LUIS GABRIEL	X	0			S	X														230301	1.345.787	215.400	0	0	0	0	EPS010	1.345.787	53.900	14-7	1.345.787	V	83.700	CCF24	1.346.787	53.900	0	0	0	0	0

PAGADA

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

455
/385

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	800230346-1	HIDROALFA S.A S	CARRERA 46 N 152-46 LOCAL1-86	7006307	seguridadst@hidroalfasas.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
SUCURSAL	B – menos de 200 c	Grupo 11 Ope	Grupo 11op	BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	SI

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					2	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2019-11	2019-10	E	18/11/2019	397117897	$907.200	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD

Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Dias Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS002	Salud Total EPS	800130907-4	116.900	0		0		0	4	400	0	117.300	2

TOTALES PENSIÓN

Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Dias Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
230301	Porvenir	800224808-8	467.300	0	0	0	0	4	1.400	0	468.700	2

TOTALES RIESGOS LABORALES

Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Dias Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-7	Seguros Bolivar S.A.	800002503-2	203.300				203.300	4	600	203.900			2.033	203.900	2

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Dias Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF24	Compensar Caja	860066942-7	116.900	4	400	117.300	2

TOTALES PARAFISCALES

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

TOTALES POR SUBSISTEMA

Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	116.900	117.300
Pensión	1	467.300	468.700
Riesgos Laborales	1	203.300	203.900
CCF	1	116.900	117.300
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	4	904.400	907.200

PAGADA
397117897

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

456
386

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	800230346-1	HIDROALFA S.A.S	CARRERA 46 N 152-46 LOCAL1-86	7006307	seguridadst@hidroalfasas.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
SUCURSAL	B – menos de 200 c	Grupo 11 Ope	Grupo 11oo	BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	SI

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					2	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2019-11	2019-10	E	[illegible]	[illegible]	$907.200	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE								INFORMACIÓN NOVEDADES														PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES					
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Colombiano	Holandés	Extranjero	Colom. exterior	Reconocido	IRP	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	Nivel de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
1	CC	71277693	CASTAÑO GIRALDO MAURICIO ALEJANDRO	1	0			S																	230301	1.345.787	215.400	0	0	0	0	EPS002	1.345.787	53.900	14-7	1.345.787	4	83.700	CCF24	1.345.787	53.900	0	0	0	0	0
2	CC	92098921	ASCENCIO VEGARA JAIRO ANDRES	1	0			S																	230301	1.573.787	251.900	0	0	0	0	EPS002	1.573.787	63.000	14-7	1.573.787	4	106.800	CCF24	1.573.787	63.000	0	0	0	0	0

PAGADA

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

451 1387

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	800230346-1	HIDROALFA S.A.S		CARRERA 46 N 152-46 LOCAL1-86	7006307	seguridadsl@hidroalfasas.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
SUCURSAL	B – menos de 200 c	GRUPO 12 OPE	Grupo 12 O	BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ. D.C.		SI

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					2	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2019-11	2019-10	E	15/11/2019	34716372	$487.100	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD

Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS005	Sanitas EPS	800251440-6	47.000	0		0		0	4	200	0	47.200	1
EPS008	Compensar EPS	860066942-7	40.000	0		0		0	4	200	0	40.200	1

TOTALES PENSIÓN

Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
230301	Porvenir	800224808-8	160.000	0	0	0	0	4	500	0	160.500	1

TOTALES RIESGOS LABORALES

Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-7	Seguros Bolivar S.A.	860002503-2	151.400				151.400	4	500	151.900			1.514	151.900	2

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF24	Compensar Caja	860066942-7	87.000	4	300	87.300	2

TOTALES PARAFISCALES

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

TOTALES POR SUBSISTEMA

Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	2	87.000	87.400
Pensión	1	160.000	160.500
Riesgos Laborales	1	151.400	151.900
CCF	1	87.000	87.300
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	5	485.400	487.100

PAGADA
34716372

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

48
1388

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	800230346-1	HIDROALFA S.A.S	CARRERA 46 N 152-46 LOCAL1-86	7006307	seguridadst@hidroalfasas.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
SUCURSAL	B – menos de 200 c	GRUPO 12 OPE / Grupo 12 O	BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		SI

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
					2	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2019-11	2019-10	E	18/11/2019	38718372	$487.100	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE								INFORMACIÓN NOVEDADES																PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES					
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Colilla	Bolsillo	Extranjero	Colom. exterior	Exonerado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	COTIZACIÓN	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	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
1	CC	1032480469	OSORIO SANCHEZ JUAN DAVID SEBASTIAN	1	0			S																	230301	1.000.000	160.000	0	0	0	0	EPS008	1.000.000	40.000	14-7	1.000.000	5	69.600	CCF24	1.000.000	40.000	0	0	0	0	0
2	CE	171*67**	AJARDO BERRATO ALVARO	1	E			S																		0	0	0	0	0	0	EPS006	1.174.525	47.000	14-7	1.174.525	5	81.900	CCF24	1.174.525	47.000	0	0	0	0	0

PAGADA

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

459 1289

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	800230346-1	HIDROALFA S A S	CARRERA 46 N 152-46 LOCAL1-86	7006307	seguridadst@hidroalfasas.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
SUCURSAL	B – menos de 200 c	Grupo 4 OPE	Grupo 3 Op	BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ. D.C.	SI

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				2	0
2019-11	2019-10	E	18/11/2019	3871654[illegible]	TOTAL A PAGAR	
					$579.200	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD

Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS005	Sanitas EPS	800251440-6	37.300	0		0		0	4	200	0	37.500	1
EPS008	Compensar EPS	860066942-7	37.300	0		0		0	4	200	0	37.500	1

TOTALES PENSIÓN

Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
230301	Porvenir	800224808-8	298.200	0	0	0	0	4	900	0	299.100	2

TOTALES RIESGOS LABORALES

Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-7	Seguros Bolivar S.A.	860002503-2	129.800				129.800	4	400	130.200			1.298	130.200	2

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF24	Compensar Caja	860066942-7	74.600	4	300	74.900	2

TOTALES PARAFISCALES

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

TOTALES POR SUBSISTEMA

Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, tRP y Mora	Total a Pagar
Salud	2	74.600	75.000
Pensión	1	298.200	299.100
Riesgos Laborales	1	129.800	130.200
CCF	1	74.600	74.900
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	5	577.200	579.200

PAGADA
3871654

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

460
/460

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	800230346-1	HIDROALFA S.A.S	CARRERA 46 N 152-46 LOCAL1-86	7006307	seguridadst@hidroalfasas.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
SUCURSAL	B – menos de 200 c	Grupo 4 OPE	Grupo 3 Op	BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	SI

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					2	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2019-11	2019-10	E	18/11/2019	3871054?	$579.200	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE								INFORMACIÓN NOVEDADES																PENSIÓN						SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES					
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Cotiz. exterior	Exonerado	INGRESO	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	SUSPENSIÓN	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	040745530	PEREZ EDUARDO	1	0			S																	230301	931.787	149.100	0	0	0	0	EPS006	931.787	37.300	14-7	931.787	5	64.900	CCF24	931.787	37.300	0	0	0	0	0
2	CC	2603129	GARCIA HOSTIA DEIVIS	1	0			S																	230301	931.787	149.100	0	0	0	0	EPS006	931.787	37.300	14-7	931.787	5	64.900	CCF24	931.787	37.300	0	0	0	0	0

PAGADA

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

461
1391

EMPRESA	TRABAJADOR	CEDULA	CENTRO DE TRABAJO	CARGO	PLANILLA SEPTIEMBRE
TESLACOL/INGENIERIA Y PROTECCION	HERRERA OSORIO FREDY FERNANDO	1.104.696.135	CENTRO MEMORIA PAZ Y RECONCILIACION	TECNICO	38527061
TESLACOL/INGENIERIA Y PROTECCION	HERRERA OSORIO JHON JAIDER	1.104.698.046	CENTRO MEMORIA PAZ Y RECONCILIACION	TECNICO	38527061

462

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	901282216-1	TESLACOL SAS	CALLE 42 G SUR # 97 B 11	3115178187	teslacolsas@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	C – MIPYME			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	SI

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					2	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2019-11	2019-10	E	07/11/2019	38527061	$463.400	

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					
EPS017	Famisanar EPS	830003564-7	66.400	0		0		0	0	0	0	66.400	2

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	265.000	0	0	0	0	0	0		265.000	2

TOTALES RIESGOS LABORALES

Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-23	Positiva Seguros	860011153-6	115.400				115.400	0	0	115.400			1.154	115.400	2

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF21	Cafam	860013570-3	16.600	0	0	16.600	2

TOTALES PARAFISCALES

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

TOTALES POR SUBSISTEMA

Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	66.400	66.400
Pensión	1	265.000	265.000
Riesgos Laborales	1	115.400	115.400
CCF	1	16.600	16.600
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	4	463.400	463.400

PAGADA
38527061

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	901282216-1	TESLACOL SAS	CALLE 42 G SUR # 97 B 11	3115178187	teslacolsas@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	C – MIPYME		BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		SI

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
					2	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2019-11	2019-10	E	07/11/2019	38527061	$463.400	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE								INFORMACIÓN NOVEDADES													PENSIÓN						SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES					
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Tipología	Extranjero	Cotiz. Exterior	Exonerado	INS	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 Aportante	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
1	CC	1104896136	HERRERA OSORIO FREDY FERNANDO	1	0			S																	230201	828.116	132.500	0	0	0	0	EPS017	828.116	33.200	14-23	828.116	5	57.700	CCF21	828.116	8.300	0	0	0	0	0
2	CC	1104899015	HERRERA OSORIO JHON JAIDER	1	0			S																	230201	828.116	132.500	0	0	0	0	EPS017	828.116	33.200	14-23	828.116	5	57.700	CCF21	828.116	8.300	0	0	0	0	0

PAGADA

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

464
395

EMPRESA	TRABAJADOR	CEDULA	CENTRO DE TRABAJO	CARGO	PLANILLA SEPTIEMBRE
GRUPO CONSTRUCTOR PRISMA	CASTAÑO BARRETO OSCAR	79.321.873	TRANSVERSAL	ADMINISTRADOR	38301014

465
1396

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	830110735-8	GRUPO CONSTRUCTOR PRISMA SAS	CALLE 98 N 70-91 OFI 812	7441529	asistente@prismaunivesal.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	B – menos de 200 c			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	SI

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
					4	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2019-11	2019-10	E	25/11/2019	58301014	$1.853.700	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD

Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS002	Salud Total EPS	800130907-4	36.000	0		0		0	13	400	0	36.400	1
EPS005	Sanitas EPS	800251440-6	220.000	0		0		0	13	2.100	0	222.100	2
EPS008	Compensar EPS	860066942-7	48.000	0		0		0	13	500	0	48.500	1

TOTALES PENSIÓN

Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
230301	Porvenir	800224808-8	144.000	0	0	0	0	13	1.400	0	145.400	1
25-14	Colpensiones	900336004-7	1.072.000	0	0	20.000	20.000	13	10.200	400	1.122.600	9

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	31.900				31.900	13	400	32.300			319	32.300	4

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF21	Cafam	860013570-3	244.000	13	2.400	246.400	4

TOTALES PARAFISCALES

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

TOTALES POR SUBSISTEMA

Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	3	304.000	307.000
Pensión	2	1.256.000	1.268.000
Riesgos Laborales	1	31.900	32.300
CCF	1	244.000	246.400
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	7	1.835.900	1.853.700

PAGADA 3010

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

7637 466

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	830110735-8	GRUPO CONSTRUCTOR PRISMA SAS	CALLE 98 N 70-91 OFI 812	7441529	asistente@prismaunivesal.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	B – menos de 200 c			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	SI

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					4	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2019-11	2019-10	E	25/11/2019	35301014	$1.853.700	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE								INFORMACIÓN NOVEDADES												PENSIÓN						SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES				
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Colilla	Bolsillo	Extranjero	Colombiano en exterior	Ing	Ret	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	COTIZACIÓN	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	1010204184	RODRIGUEZ ALVAREZ GERMAN CAMILO	1	0		S																	230301	900.000	144.000	0	0	0	0	EPS002	900.000	36.000	14-23	900.000	1	4.700	CCF21	900.000	36.000	0	0	0	0	0
2	CC	1013614046	ESCOBAR PINZON NATALIA ESPERANZA	1	0		S												X					25-14	1.500.000	240.000	0	0	0	0	EPS005	1.500.000	60.000	14-23	1.500.000	1	0	CCF21	1.500.000	0	0	0	0	0	0
3	CC	1014244109	ORTIZ LANDINEZ ANDREA CATALINA	1	0		S																	25-14	1.200.000	192.000	0	0	0	0	EPS008	1.200.000	48.000	14-23	1.200.000	1	8.360	CCF21	1.200.000	48.000	0	0	0	0	0
4	CC	7402183	CASTAÑO BARRETO OSCAR	1	0		S																	25-14	4.000.000	640.000	0	0	20.000	20.000	EPS005	4.000.000	160.000	14-23	4.000.000	1	28.000	CCF21	4.000.000	160.000	0	0	0	0	0

PAGADA

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

167
1398

EMPRESA	TRABAJADOR	CEDULA	CENTRO DE TRABAJO	CARGO	PLANILLA SEPTIEMBRE
UNIVERSAL SEC	CARRILLO ROJAS SAMUEL EDUARDO	7.717.488	TRANSVERSAL	REPRESENTANTE LEGAL	38951114

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	900460588-6	UNIVERSAL SEC SAS	CALLE 98 N 70-91 OFI 812	7441529	auxliargerencia14@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
SUCURSAL	B -- menos de 200 c	PRINCIPAL	PPAL	BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ. D.C.	SI

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					5	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2019-11	2019-10	E	27/11/2019	38981334	$1.907.300	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD

Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Dias Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
CCFC53	EPS-S Comfacundi	860045904-7	52.000	0		0		0	2	100	0	52.100	1
EPS002	Salud Total EPS	800130907-4	40.000	0		0		0	2	100	0	40.100	1
EPS005	Sanitas EPS	800251440-6	52.000	0		0		0	2	100	0	52.100	2
EPS010	EPS Sura	800088702-2	160.000	0		0		0	2	300	0	160.300	1

TOTALES PENSIÓN

Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Dias Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
230301	Porvenir	800224808-8	320.000	0	0	0	0	2	500	0	320.500	2
230901	Old Mutual	800256055-2	640.000	0	0	20.000	20.000	2	1.000	200	681.200	1
231001	Colfondos	800227940-6	208.000	0	0	0	0	2	400	0	208.400	1
25-14	Colpensiones	900336004-7	48.000	0	0	0	0	2	100	0	48.100	1

TOTALES RIESGOS LABORALES

Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Dias 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	39.900				39.900	2	100	40.000			399	40.000	5

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Dias Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF21	Cafam	860015570-3	304.000	2	500	304.500	5

TOTALES PARAFISCALES

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

TOTALES POR SUBSISTEMA

Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	4	304.000	304.600
Pensión	4	1.256.000	1.256.200
Riesgos Laborales	1	39.900	40.000
CCF	1	304.000	304.500
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	10	1.903.900	1.907.300

PAGADA 2295114

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

469 1400

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	900480588-6	UNIVERSAL SEC SAS	CALLE 98 N 70-91 OFI 812	7441529	auxiliargerencia14@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
SUCURSAL	B – menos de 200 c	PRINCIPAL	PPAL	BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	SI

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					5	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2019-11	2019-10	E	27/11/2019	38951114	$1.907.300	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACION COTIZANTE								INFORMACIÓN NOVEDADES														PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES				
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Colomb. en el exterior	Estudiante	IGE	IRL	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VST	SLN	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	1014262006	CASTILLO GOMEZ NATHALY DAYHANA	1	0			S																	230301	1.000.000	160.000	0	0	0	0	EPS002	1.000.000	40.000	14-23	1.000.000	1	5.300	CCF21	1.000.000	40.000	0	0	0	0	0
2	CC	1015466118	MESIAS MENESES ANA MARIA	1	0			S																	230301	1.000.000	160.000	0	0	0	0	EPS005	1.000.000	40.000	14-23	1.000.000	1	5.300	CCF21	1.000.000	40.000	0	0	0	0	0
3	CC	52798212	AVENDAÑO GONZALEZ SANDRA MILENA	1	0			S																	231001	1.300.000	208.000	0	0	0	0	CCFC53	1.300.000	52.000	14-23	1.300.000	1	6.800	CCF21	1.300.000	52.000	0	0	0	0	0
4	CC	7174MF	CARRILLO ROMAS EMANUEL EDUARDO	1	0			S																	230901	4.000.000	640.000	0	0	20.000	20.000	EPS010	4.000.000	160.000	14-23	4.000.000	1	20.900	CCF21	4.000.000	160.000	0	0	0	0	0
5	CC	80118150	GONZALEZ DUARTE JORGE ANTONIO	1	0			S	X																25-14	300.000	48.000	0	0	0	0	EPS006	300.000	12.000	14-23	300.000	1	1.600	CCF21	300.000	12.000	0	0	0	0	0

PAGADA

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

10f1 470

EMPRESA	TRABAJADOR	CEDULA	CENTRO DE TRABAJO	CARGO	PLANILLA SEPTIEMBRE
ASESOR HIDRAULICO	SUAREZ MAYORGA CARLOS AUGUSTO	7.185.013	TRANSVERSAL	ASESOR	38320798

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NUMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	7185013	CARLOS AUGUSTO SUAREZ MAYORGA	CALLE 161 #96-13	7006307	ausuarez@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I – Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	NO

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NUMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				1	0
					TOTAL A PAGAR	
2019-10	2019-10	I	05/11/2019	38320798	$240.800	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD

Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS005	Sanitas EPS	800251440-6	103.700	0		0		0	0	0	0	103.700	1

TOTALES PENSIÓN

Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
231001	Colfondos	800227940-6	132.700	0	0	0	0	0	0		132.700	1

TOTALES RIESGOS LABORALES

Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-7	Seguros Bolívar S.A.	860002503-2	4.400				4.400	0	0	4.400			44	4.400	1

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados

TOTALES PARAFISCALES

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

TOTALES POR SUBSISTEMA

Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	103.700	103.700
Pensión	1	132.700	132.700
Riesgos Laborales	1	4.400	4.400
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	240.800	240.800

PAGADA
38320798

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

A-2
1403

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	7185013	CARLOS AUGUSTO SUAREZ MAYORGA	CALLE 161 #96-13	7006307	susuarez@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente		BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		NO

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2019-10	2019-10	1	05/11/2019	38320798	$240.800	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE								INFORMACIÓN NOVEDADES															PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES				
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Colom. exterior	Extranjero	IRP	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	Cotiza en exceso	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	7185013	SUAREZ MAYORGA CARLOS AUGUSTO	59	0			N																231001	829.000	132.700	0	0	0	0	EPS005	829.000	103.700	14-7	829.000	I	4.400		0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

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

1404 473

EMPRESA	TRABAJADOR	CEDULA	CENTRO DE TRABAJO	CARGO	PLANILLA SEPTIEMBRE
ASESOR ESTRUCTURAL	PINILLA RODRIGUEZ JUAN JACOBO	80.073.609	TRANSVERSAL	ASESOR	849878685 1

474
105

DATOS GENERALES DE TANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 80073609		PINILLA RODRIGUEZ JUAN JACOBO	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	Calle 127 46 71	BOGOTA-BOGOTA D.E.	9261776	SI

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2019-10	2019-10	516518129	8498786851	I	2019/11/06	2019/11/05	BANCO CAJA SOCIAL	0	$391,900

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO				PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES			
No.	Identificación		Nombres	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Dias	IBC	Aporte
1	CC	80073609	PINILLA RODRIGUEZ JUAN JACOBO	25-14	30	$1,350,000	$216,000	EPS044	30	$1,350,000	$168,800		0	$0	$0	14-23	30	$1,350,000	$7,100	0	$0	$0
Total	**Afiliados(1)**					$1,350,000	$216,000			$1,350,000	$168,800			$0	$0			$1,350,000	$7,100		$0	$0

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$216,000	$0	$0	$216,000
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	1	$216,000	$0	$0	$216,000
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$7,100	$0	$0	$7,100
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	$7,100	$0	$0	$7,100
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$168,800	$0	$0	$168,800
MEDIMAS EPS	EPS044	901,097,473	5	1	$168,800	$0	$0	$168,800
TOTAL				1	$391,900	$0	$0	$391,900

PLANILLA PAGADA

4-5

EMPRESA	TRABAJADOR	CEDULA	CENTRO DE TRABAJO	CARGO	PLANILLA SEPTIEMBRE
ASESOR ELECTRICO	VALENCIA SANCHEZ CARLOS ALBERTO	75.064.933	TRANSVERSAL	ASESOR	1025085631

PAGOSIMPLE | Informe Histórico Resumido

Fecha de Creación del Informe: miércoles, 13 de noviembre de 2019 03:21:21 PM

Periodo del informe: Desde el 01 de noviembre de 2019 hasta el 30 de noviembre de 2019

Pagada 05/11/2019

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	INGERETIE SAS		
Documento	NI900735305	**Dirección**	DG 53C # 24 10 OFC 302
Tipo de Empresa		**Teléfono**	6408684
Tipo Persona		**Forma Presentación**	
Ciudad	BOGOTA D.C.	**Departamento**	BOGOTA D.C.
Representante Legal	VALENCIA SANCHEZ CARLOS ALBERTO	**Identificación**	CC75064933

II. DETALLE DEL APORTANTE

Datos del Afiliado		Información del Pago				Novedades																		Administradoras								IBC				Liquidación de Aportes									
Identificación del Cotizante	Apellidos y Nombres	Planilla asistida código ITIN / No. en la planilla	Fecha de Pago	Periodo de Cot.	Periodo Serv.	Ing	Ret	Ret P	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	COR	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	Días AFP	Días ARP	Días APOR	Días CCF	AFP	EPS	ARP	CCF	IBC Pensión	IBC Salud	IBC Riesgos	IDC Caja	Aporte Pensión	Aporte Salud	Aporte Riesgos	Aporte Caja	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte Ministerio	TOTAL
CC 75064933	VALENCIA SANCHEZ CARLOS ALBERTO	1025064931	05/11/2019	201910	201911																		30	30	30	30	25-14	EPS010	. 14-23	CCF24	$828.116	$828.116	$828.116	$828.116	$132.500	$99.700	$37.700	$33.200	$0	$0	$0	$0	$256.800

Líneas de Servicio FonoSIMPLE: Bogotá 343 2949 - Cali: 554 0515 - Medellín: 514 66 69 - Bucaramanga: 643 80 00 - Cartagena: 694 54 44 - Pereira: 340 25 82 - Barranquilla: 361 88 50 - Resto del País: 018000 971 971 - ¡Más que Fácil, SIMPLE!

¡El Poder de lo SIMPLE!

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

ANEXO No. 12

IMPLEMENTACION DEL SISTEMA DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

224 410

CONSORCIO PRUNI SEDES 04

PRISMA
GRUPO CONSTRUCTOR

UNIVERSAL SEC S.A.S.

DOCUMENTOS PERSONAL NUEVO

Calle 98 No. 70-91 Oficina 812
PBX 7441529
BOGOTÁ D.C.

228

141

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 1.030.661.986
JIMENEZ FAJARDO
APELLIDOS
SHIRLEYDIS
NOMBRES

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 23-DIC-1995
CERETE
(CORDOBA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.59 ESTATURA | O+ G.S. RH | F SEXO

21-ENE-2014 BOGOTA D.C
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

P-1500150-065-49423-F-1030661986-20140222 0037370555A 1 40685591

EPS: FAMisanar
ARL: SURA
Pensión: Protección
= Cra 96 B #-42 A 14 SUR Tel: 3133926354

229

1412

ARL | sura

Medellín, 12 de noviembre de 2019

LA DIRECCIÓN DE AFILIACIONES Y RECAUDOS

HACE CONSTAR:

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

A continuación se relacionan las fechas de afiliación

Número identificació	Nombre	Fecha inicio afiliación	Fecha fin afiliación	Código de transacción	Tipo Cotizante
Centro de trabajo:	0000000006 ALCALDIA	Clase: 5	Porcentaje Cotización:	6,96 %	
C103066198 6	JIMENEZ FAJARDO SHIRLEYDIS	13/11/2019		8r123325	DEPENDIENTE

null

Atentamente,

Dirección de Afiliaciones y Recaudos

Este certificado tiene validez para efectos de afiliación del trabajador a SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A así como para su desafiliación

Importante: La información contenida en este certificado puede ser validada en cualquier momento por SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A

Este certificado fue generado con la información registrada en la base de datos el 12/11/2019 21:20:00

Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.

Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 186.84.30.147, 172.16.42.57

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

NIT 830.003.564-7

9006247642

12 | 11 | 2019

230
413

I. DATOS DEL TRAMITE

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

6. Apellidos y nombres			
	JIMENEZ	FAJARDO	SHIRLEYDIS

7. Tipo de documento de identidad	8. Número del documento de identidad	9. Sexo	10. Fecha de nacimiento
CC	1030661986	F X	23 | 12 | 1995

III. DATOS COMPLEMENTARIOS (Datos personales)

11. Edad	12. Ocupación	13. Parentesco	14. Grupo de población	15. Nombre de la ARL	16. Actividad económica de la empresa
				SEGUROS DE RIESGOS PROFESIONALES SURAMERICANA	

17. Dirección de residencia	18. Ciudad	19. Departamento
$828.216 CARRERA 96 B N 42 A 14 SUR	BOGOTA	DISTRITO CAPITAL

NT

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

20. Apellidos y nombres

21. Tipo de documento de identidad	22. Número del documento de identidad	23. Sexo	24. Fecha de nacimiento
		F M	

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

	25. Apellidos y nombres		26. Tipo de documento de identidad	27. Número del documento de identidad	28. Sexo F M	29. Fecha de nacimiento	30. Parentesco
B1							
B2							
B3							
B4							

	31. Tipo de documento de identidad	32. Número del documento de identidad	33. Sexo F M	34. Fecha de nacimiento	Datos complementarios 35. Parentesco	36. Discapacidad
C						
B5						
B6						
B7						

	37. Discapacidad	38. Grado de dependencia	39. Tipo de afiliado	40. Ocupación	41. Tipo de cotizante	42. Fecha de ingreso o reingreso a la EPS
B8						
B9						
B10						
B11						

Cotizante de la(s) cónyuge

	43. Apellidos y nombres cónyuge o compañero(a) permanente	Código de la EPS
C		
B12		
B13		
B14		

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

44. Nombre o razón social	45. Tipo de documento de identificación	46. Número del documento de identificación	47. Tipo de aportante o pagador de pensiones o de la EPS	
ANCER CONSTRUCTOR SAS	NT	901206646		

48. Ubicación				
DG 151 136 A 80	7573874	ancerconstructor@gmail.	BOGOTA	DISTRITO CAPITAL

B. REPORTE DE NOVEDADES

42. Tipo de novedad

1. Inclusión de nuevo beneficiario [ ] 2. Corrección de afiliación de beneficiario [ ] 3. Cambio de categoría de beneficiario [ ] 4. Retiro de beneficiario [ ] 5. Inclusión de beneficiario por nacimiento [ ] 6. Retiro de beneficiario por fallecimiento [ ] 7. Traslado de beneficiario a otra EPS [ ] 8. Retiro de beneficiario por pérdida de condición [ ] 9. Traslado de beneficiario a otra EPS [ ] 10. Traslado de beneficiario por solicitud de portabilidad [X] 11. Traslado de beneficiario por orden judicial [ ] 12. Traslado de beneficiario por orden administrativa [ ] 13. Traslado de beneficiario por orden de la Superintendencia Nacional de Salud [ ] 14. Traslado de beneficiario por orden de la Superintendencia Nacional de Salud [ ] 15. Traslado de beneficiario por orden de la Superintendencia Nacional de Salud [ ] 16. Traslado de beneficiario por orden de la Superintendencia Nacional de Salud [ ] 17. Retiro de beneficiario por orden de la Superintendencia Nacional de Salud [ ] 18. Retiro de beneficiario por orden de la Superintendencia Nacional de Salud [ ]

VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

49. Datos básicos de la afiliación						
Tipo de documento de identificación	Número del documento de identidad	Sexo F M	Fecha de nacimiento	12	11	2019
50. EPS anterior	51. Motivo de retiro	52. Caja de Compensación Familiar o Pagador de Pensiones				

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

53. Declaración de veracidad y responsabilidad de los datos ingresados y de los soportes adjuntos.	X
54. Declaración de aceptación del Reglamento Contributivo, Tarifas y Beneficios.	
55. Declaración de entrega de copias de documentos de identificación y otros formatos que impongan la entrega de los documentos que se adjuntan a esta solicitud.	
56. Declaración de autorización para consultar, conocer, solicitar, tratar y actualizar información financiera y crediticia relacionada con el objeto del presente Servicio de Salud.	
57. Autorización para que la EPS solicite y consulte datos y copia de la historia clínica del cotizante o cónyuge del titular y de sus beneficiarios y afiliados adicionales.	X
58. Autorización para que la EPS realice notificaciones a través de correos electrónicos del registro de beneficiarios, afiliados adicionales y cónyuge, y demás canales digitales que para tal fin suministre el cotizante.	X
59. Autorización para que la EPS maneje los datos personales en bases o archivos electrónicos y físicos bajo estándares y políticas de seguridad de la información, en la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013.	X
60. Autorización para que la EPS envíe información de carácter informativo o de objeto comercial a través de correo electrónico.	X

VIII. FIRMAS

IX. ANEXOS

61. Anexa copia del documento de identidad	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)	(9)
Cantidad								Total

62. Copia de la factura de transacción permanente emitida por la autoridad competente.
63. Copia del registro civil de nacimiento o de la Tarjeta de identidad o cédula de ciudadanía.
64. Copia de la escritura pública o sentencia judicial que declare el divorcio, sentencia judicial que declare la separación de cuerpos y bienes o cesación de efectos civiles de matrimonio religioso, o cualquier otro documento que acredite la terminación de la unión marital.
65. Copia del certificado de adopción o acta de entrega del menor.
66. Copia de la sentencia judicial o de acta de conciliación de custodia.
67. Copia del documento en que conste la petición de la parte peticionaria o el certificado de defunción de los padres o la declaración escrita bajo la gravedad de juramento de los padres.
68. Copia del acta de visita de oficio ordenada por parte de la Superintendencia Nacional de Salud.
69. Copia del certificado de inscripción a una oficina de empleo para hijastros mayores.
70. Copia poder especial otorgado a apoderado de las diligencias cumplimiento de lo que consta la ley, o de cumplimiento o no existencia de afiliación en salud.

X. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL

66. Nombre de la Entidad Territorial	67. Datos del CRESPA			68. Fecha de radicación	69. Fecha de validación
Código departamento	Código del municipio	Número de folio	Prefijo	Total	

70. Datos del funcionario que realiza la validación

Tipo de documento de identidad	Número del documento de identidad	OBSERVACIONES

71. Firma del funcionario

CARGO: ASISTENTE ADMINISTRATIVO

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

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

AUTORIZACIÓN PREVIA PARA EL TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES Y DATOS PERSONALES SENSIBLES

En mi calidad de cotizante, manifiesto de manera clara, expresa, libre, inequívoca y espontánea que le otorgo a la Entidad Promotora de Salud FAMISANAR LIMITADA en su calidad de RESPONSABLE del tratamiento de mis datos personales, mi consentimiento previo para recolectar, almacenar, usar, circular, suprimir, reportar y en general para tratar los DATOS PERSONALES, DATOS PERSONALES SENSIBLES y demás información susceptible de tratamiento, registrada a mi nombre y/o de los beneficiarios de mi grupo familiar en sus Bases de Datos, con la finalidad de realizar las actividades propias del aseguramiento en salud y en los términos previstos en su POLÍTICA DE TRATAMIENTO DE LA INFORMACIÓN y AVISO DE PRIVACIDAD disponibles en *www.famisanar.com.co*, todo lo cual conforme lo establecido en la Ley Estatutaria 1581 de 2012 y demás normas que la sustituyan, adicionen, reglamenten, complementen o modifiquen.

Así mismo manifiesto que mis derechos como titular de los datos son los consagrados en la Constitución Nacional y la Ley, especialmente el derecho a conocer, actualizar, rectificar y, a suprimir mi información personal y revocar el consentimiento otorgado para el tratamiento de datos personales cuando ello fuera procedente (artículo 9° Decreto 1377 de 2013).

"Datos sensibles: Se entiende por datos sensibles aquellos que afectan la intimidad del Titular o cuyo uso indebido puede generar su discriminación, tales como aquellos que revelen el origen racial o étnico, la orientación política, las convicciones religiosas o filosóficas, la pertenencia a sindicatos, organizaciones sociales, de derechos humanos o que promueva intereses de cualquier partido político o que garanticen los derechos y garantías de partidos políticos de oposición, así como los datos relativos a la salud, a la vida sexual, y los datos biométricos." (Numeral 3° artículo 3° Decreto 1377 de 2013).

Firma del Afiliado:

Nombres y Apellidos: SHIRLEYDIS JIMENEZ FAJARDO

Identificación: CC 1030661986

AUTORIZACION DONACIÓN DE ÓRGANOS Y TEJIDOS - LEY 1805 DE 2016

De acuerdo a lo estipulado en el artículo 4° de la Ley 1805, manifiesto a continuación que mi voluntad de ser donante de órganos y tejidos es:

SI X NO

Firma del Afiliado:

Nombres y Apellidos: SHIRLEYDIS JIMENEZ FAJARDO

Identificación: CC 1030661986

"ARTÍCULO 13. Los menores de edad podrán ser donantes de órganos y tejidos, siempre y cuando sus representantes legales expresen su consentimiento informado para la donación de órganos y/o tejidos dentro de las ocho (8) horas siguientes a la ocurrencia de la muerte cerebral. El médico responsable deberá informarles sus derechos y los beneficios de la donación.

FIRMA A RUEGO

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

Como testigo, da fe de todo lo anterior y certifica que la huella aquí impuesta pertenece al señor (a) _____

Firmante a Ruego:

Nombres y Apellidos: _____

Identificación: _____

Edad: _____

Dirección de Domicilio: _____

Nombres y Apellidos de quien no sabe o no puede firmar: _____

SOCIEDAD ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES Y CESANTIAS
PORVENIR S.A.
NIT 800.144.331-3

CERTIFICA QUE:

El(la) Señor(a) **SHIRLEYDIS JIMENEZ FAJARDO**, identificado(a) con Cédula de Ciudadania **1,030,661,986**, se encuentra afiliado(a) al **AL FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR**

La presente certificación se expide a solicitud del interesado a los 12 días del mes de Noviembre de 2019.

Gerente de Clientes

Gustavo Espinel Garzón
Medico Cirujano Universidad Nacional - Especialista en Salud Ocupacional - Universidad Manuela Beltrán
Licencia 7580-0309 de la Secretaria de Salud de Bogotá
Medicina - Odontología - Laboratorio Clínico

9597



EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL
CONCEPTO DE APTITUD LABORAL

Empresa Ancer Constructor SAS / Nit: 900120664-1 Fecha 12/11/19

Nombre Shirledys Jimenez Fajardo Documento 1030661986

Cargo Servicios Generales EPS Famisanar ARL - Edad 23

Dirección Cr 96B # 42A - 14 Sur Teléfono 3133926354 Hemoclasificación O+

TIPO DE EXAMEN OCUPACIONAL

Trabajo en alturas	✓	Egreso		Periódico		Reubicación	
Ingreso Laboral	✓	Manipulación alimentos		Espacios Confinados			
otros							

EXAMENES REALIZADOS

Examen Físico	✓	Visiometría	✓	Glicemia	
Perfil lipídico		Énfasis músculo esquelético	✓	Audiometría	
Espirometría		Frotis faríngeo		KOH uñas	

CONCEPTO MEDICO

Apto para el cargo	✓	Apto con recomendaciones	
Apto con restricciones laborales		Aplazado	
Apto con patologías que no generan restricción		No apto	

RESTRICCCIONES LABORALES Y /O RECOMENDACIONES

Apta ingreso laboral y trabajo en alturas
Control de Sobrepeso

El trabajador examinado ha sido informado de cualquier hallazgo médico y las recomendaciones respectivas. La resolución 1918 de junio de 2009 del ministerio de protección social establece que el empleador solo pude conocer el concepto médico del examen .La historia clínica y exámenes paraclínicos deben ser puestos en custodia en IPS, médico especialista o enviados a EPS a que pertenezca el trabajador quien igualmente tiene derecho a tener copia del su historial . Se entregan para el trabajador examen físico y paraclínicos y se informa sobre los resultados de su evaluación médica.

Shirleydis
Firma del trabajador

Gustavo Espinel Garzón
Médico Cirujano Universidad Nacional
Especialista en Salud Ocupacional (SST)
Universidad Manuela Beltrán
Licencia en SST 8047 del 17 /09 / 2019
Secretaria de Salud de Bogotá
Firma y sello del profesional Medico

234

Botas 40 AA
Pantalon 36
Chaqueta L





SEGUROS BOLÍVAR

LA ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES
DE LA COMPAÑÍA DE SEGUROS BOLÍVAR S.A.

CERTIFICA QUE:

La empresa
HIDROALFA S A S
Identificada con NT No. 800230346

Se encuentra amparada en caso de accidente de trabajo y enfermedad laboral según lo dispuesto en la Ley 100 de 1993 y sus normas reglamentarias, a través del contrato de Riesgos Laborales número 2802508465210, a partir del 01 de Septiembre del año 2010.

La(s) persona(s) que se relaciona(n) a continuación se encuentran en nuestra base de datos de la siguiente manera:

TIPO IDENTIFICACIÓN	NÚMERO IDENTIFICACIÓN	NOMBRE TRABAJADOR	CARGO DESEMPEÑADO	CLASE	TASA	FECHA AFILIACIÓN EFECTIVA	SALARIO MENSUAL	TIPO TRABAJADOR	ESTADO
CC	1233435869	DANIEL AYALA	OPERATIVA	5	6.96%	18/11/2019		DEPENDIENTE	ACTIVO

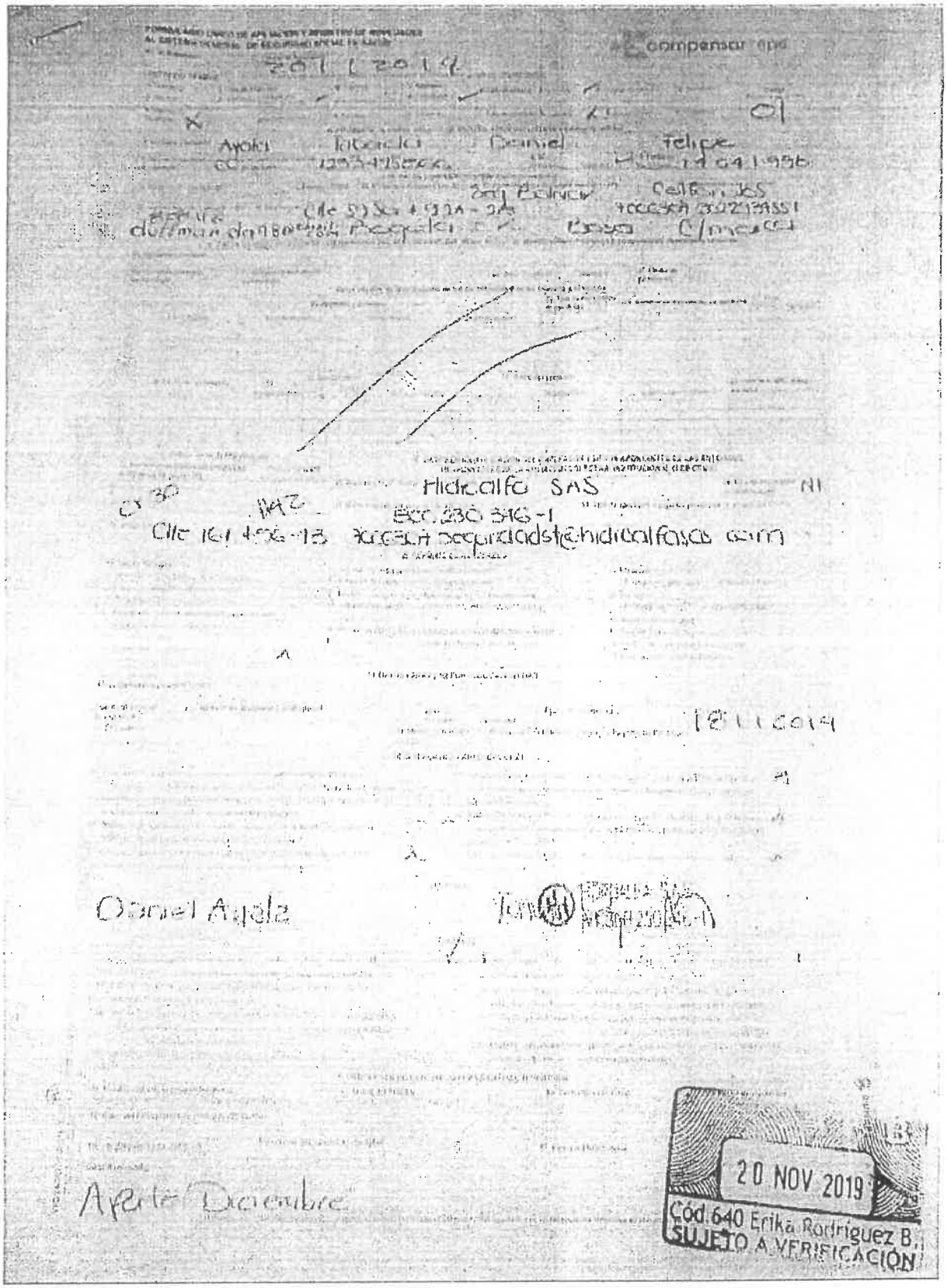
Se expide a solicitud del interesado el 15 de Noviembre del año 2019.

Firma Representante Legal

Compañía de Seguros Bolívar S.A.

236

A19



Hidralfa SAS

Ecr. 230 346-1

Cra 16A 156-13 Bogotá seguridadste@hidralfasas.com

Daniel Ayala

20 NOV 2019

Cód. 640 Erika Rodriguez B.

SUJETO A VERIFICACIÓN

254

1420

Colfondos

Pensiones y Cesantías

COLFONDOS S.A. PENSIONES Y CESANTIAS

CERTIFICA QUE:

El(la) Señor(a) DANIEL FELIPE AYALA TABORDA identificado(a) con C.C No. 1.233.495.866, se encuentra afiliado(a) al Fondo Pensiones Obligatorias NIT 800.227.940-6.

Se expide la presente certificación a solicitud del afiliado(a) el día 25 de noviembre del 2019.

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

Cualquier inquietud adicional no dude en escribirnos a través de nuestro portal transaccional www.colfondos.com.co opción contáctanos, o comuníquese con nuestro Contact Center a través de las siguientes líneas Bogotá 7484888, Barranquilla 386 9888, Bucaramanga 698 5858, Cali 489 9888, Cartagena 694 9888, Medellín 604 2888 y en el resto del país 604 2888.

Carolina Galvis Castellanos
Directora de Cuentas y Recaudo
Colfondos S.A Pensiones y Cesantías

I.P.S
H.S.E.Q UNIDAD MEDICA
Labor Vital

Código: HSEQ-FG-06
Rev. Fecha: 2017.02
Versión No. 1

421

Certificado de Aptitud Laboral

Ingreso Con énfasis Osteomuscular - Ingreso Con énfasis Para Trabajo En Alturas



Tipo Doc: CC **Nro Identidad:** 1233495866 **Sexo:** Masculino
Apellido: Ayala Taborda **Nombre:** Daniel Felipe **Edad:** 21 años
Empresa: Hidroalfa Sas **Nacim:** 14/Abr/1998
Cargo: Ayudante De Plomeria **Rh:** AB+
Direccion: Cll 59 Sur N 92 A 28
Telefono: **Celular:** 3022934551 **Email:**
Peso: 91 Kg **Estatura:** 175 Cm **IMC:** 29.7
EPS: Compensar **ARL:** . **AFP:** Colfondos
Escolaridad: Tecnologo **Estado Civil:** Soltero (a) **Jornada Laboral:** Diurna
Ciudad: Bogota
Fecha: 15/Nov/2019, **Hora:** 08:04:38 a.m. **Recepcion:** # 37722

Examenes Realizados

- [ ] Audiometria Clinica
- [x] Audiometria Tamiz
- [ ] Coprologico
- [ ] Espirometria
- [x] Glicemia
- [x] Optometria
- [ ] Perfil Lipidico
- [x] Vestibular
- [ ] Visiometria

Otros: Colesterol Total, Triglicéridos, Osteomuscular

Recomendaciones

Otros: M = Higiene Postural -pausas Activas - Control Periodico Ocupacional

Resumen Resultados

Examen	Resultado
Audiometria Tamiz	Control Anual, Uso De Epa En Caso De Exposición A Ruido Superior A Los 85 Db, Evitar Uso De Audifonos Para Escuchar Música (Recomendado 30 Minutos Al Dia), Reposo Auditivo Extra Laboral.
Audiometria Clinica	
Optometria	uso epp
Visiometria	
Osteomuscular	Examen Osteomuscular Normal, Movimientos Y Fuerza Conservados
Vestibular	Pruebas De Equilibrio Normal, Orientado En Las 3 Esferas
Cardiovascular	
Laboratorios	Dentro De Los Limites Normales
Altura	

Concepto

Otros: Apto Para Trabajo En Alturas, Apto Para El Cargo Asignado

Observaciones

Para dar cumplimiento a la resolución 2346 emanada del ministerio de protección social (hoy ministerio de trabajo), el trabajador; cuyos datos firma y constan en este documento, presta su consentimiento para someterse a las pruebas médicas y complementarias necesarias para valorar su aptitud laboral, conforme a los riesgos en su puesto de trabajo, y a que el contenido y resultado de las mismas esté a dispocisión del personal sanitario encargado de la vigilancia de salud de su empresa

Dr. Ivan Gaviria M.
Medico Cirujano
Especialista en Salud Ocupacional

Ivan Gaviria
Medico 1 Ocupacional
Lic. de S.O #: 7629/16

Daniel Ayala

Daniel Felipe Ayala Taborda
CC 1233495866

Huella Digital

1422

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 1.233.896.321
SANCHEZ VAQUERO
APELLIDOS
DAVID SANTIAGO
NOMBRES
Santiago Sánchez
FIRMA

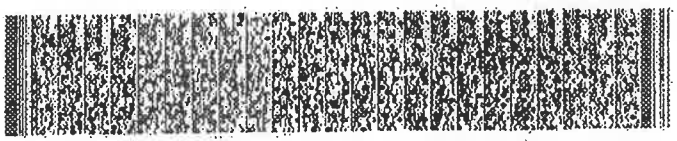




INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 21-FEB-1998
BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.74 A+ M
ESTATURA G.S. RH SEXO
23-FEB-2016 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA



P-1500150-00800131-M-1233896321-20160310 0048906562A 1 46439620

SEGUROS BOLÍVAR

LA ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES
DE LA COMPAÑÍA DE SEGUROS BOLÍVAR S.A.

CERTIFICA QUE:

La empresa
HIDROALFA S A S
Identificada con NT No. 800230346

Se encuentra amparada en caso de accidente de trabajo y enfermedad laboral según lo dispuesto en la Ley 100 de 1993 y sus normas reglamentarias, a través del contrato de Riesgos Laborales número 2802508465210, a partir del 01 de Septiembre del año 2010.

La(s) persona(s) que se relaciona(n) a continuación se encuentran en nuestra base de datos de la siguiente manera:

[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]
CC	1233[illegible]271	DAVID SANTIAGO SANCHEZ VAQUERO	OPERATIVA	5	6.96%	18/11/2019		DEPENDIENTE	ACTIVO

Se expide a solicitud del interesado el 15 de Noviembre del año 2019.

Firma Representante Legal

Compañía de Seguros Bolívar S.A., Nit 860.002.403-2
Avenida El Dorado N° 68 B - 39, piso 10, Cundinamarca CP 110671
Bogotá D.C., Colombia.
www.segurosbolivar.com

Compañía de Seguros Bolívar S.A.

241

A24

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

Famisanar

9006279325

9006279325

18780177

22 11 2019

SANCHEZ | VAQUERO | DAVID | SANTIAGO

CC | 1233896321 | 21 02 1998

COMPAÑIA DE SEGUROS BOLIVAR

$931.787

HIDROALFA SAS | NIT | 800230346

CARRERA 46 152 46 LOCAL 1 | 6150519 | BOGOTA | DISTRITO CAPITAL

19 11 2019

CARGO: AYUDANTE DE ALBAÑILERIA

Cambio Empleo

242

1425

porvenir

SOCIEDAD ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES Y CESANTIAS
PORVENIR S.A.
NIT 800.144.331-3

CERTIFICA QUE:

El(la) Señor(a) DAVID SANTIAGO SANCHEZ VAQUERO, identificado(a) con Cédula de Ciudadanía 1,233,896,321, se encuentra afiliado(a) al, AL FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR

La presente certificación se expide a solicitud del interesado a los 15 días del mes de Noviembre de 2019.

Gerente de Clientes

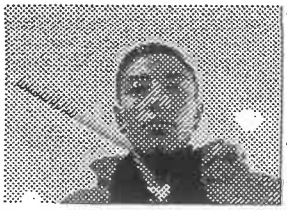
I.P.S
H.S.E.Q UNIDAD MEDICA

Código: HSEQ-FG-06
Rev: Fecha: 2017.02
Versión No. 1

245

1426

Certificado de Aptitud Laboral
Ingreso Con énfasis Osteomuscular - Ingreso Con énfasis Para Trabajo En Alturas



Tipo Doc: CC **Nro Identidad:** 1233896321 **Sexo:** Masculino
Apellido: Sanchez Vaquero **Nombre:** David Santiago **Edad:** 21 años
Empresa: Hidroalfa Sas **Nacim:** 21/Feb/1998
Cargo: Ayudante **Rh:** A+
Direccion: Cll 143 B N 149 B 12
Telefono: **Celular:** 3017594485 **Email:**
Peso: 69 Kg **Estatura:** 172 Cm **IMC:** 23.3
EPS: Famisanar **ARL:** . **AFP:** Porvenir
Escolaridad: Bachiller **Estado Civil:** Soltero (a) **Jornada Laboral:** Diurna
Ciudad: Bogota
Fecha: 15/Nov/2019, **Hora:** 07:10:27 a.m. **Recepcion:** # 37711

Examenes Realizados

☐ Audiometria Clinica ☑ Audiometria Tamiz ☐ Ceprologico ☐ Espirometria ☑ Glicemia ☑ Optometria
☐ Perfil Lipidico ☑ Vestibular ☐ Visiometria

Otros: Colesterol Total, Triglicéridos, Osteomuscular

Recomendaciones

Otros: M = Higiene Postural -pauses Activas - Control Periodico Ocupacional

Resumen Resultados

Examen	Resultado
Audiometria Tamiz	Control Anual, Uso De Epa En Caso De Exposición A Ruido Superior A Los 85 Db, Evitar Uso De Audifonos Para Escuchar Musica (Recomendado 30 Minutos Al Dia), Reposo Auditivo Extra Laboral.
Audiometria Clinica	
Optometria	USO EPP
Visiometria	
Osteomuscular	Arcos De Movimientos Dentro De Limites Normales
Vestibular	Pruebas De Equilibrio Dentro De Limites Normales
Cardiovascular	
Laboratorios	Dentro De Los Limites Normales
Altura	

Concepto

Otros: Apto Para Trabajo En Alturas, Apto Para El Cargo Asignado

Observaciones

Para dar cumplimiento a la resolución 2346 emanada del ministerio de protección social (hoy ministerio de trabajo). el trabajador; cuyos datos firma y constan en este documento, presta su consentimiento para someterse a las pruebas médicas y complementarias necesarias para valorar su aptitud laboral, conforme a los riesgos en su puesto de trabajo, y a que el contenido y resultado de las mismas esté a dispocisión del personal sanitario encargado de la vigilancia de salud de su empresa

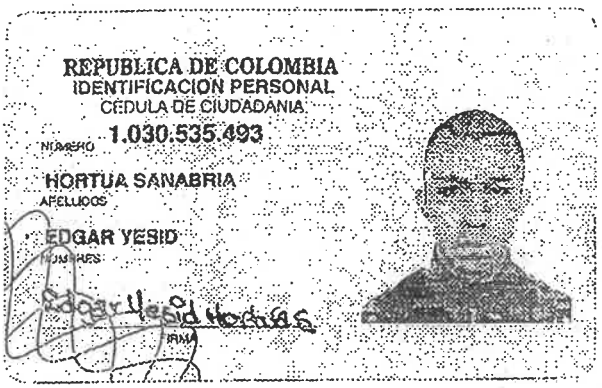
Dr. Ivan Gaviria M.
Medico Cirujano
Especialista en Salud Ocupacional

Ivan Gaviria
Medico 1 Ocupacional
Lic. de S.O #: 7629/16

David Santiago Sanchez Vaquero
CC 1233896321

Huella
Digital

1427


REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA
NUMERO
1.030.535.493
APELLIDOS
HORTUA SANABRIA
NOMBRES
EDGAR YESID
FIRMA


FECHA DE NACIMIENTO
28-MAR-1987
BOGOTA D.C.
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.73
ESTATURA
O+
G.S. RH
M
SEXO
31-MAR-2005 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
REGISTRADOR NACIONAL
INDICE DERECHO

245
1428

SEGUROS BOLÍVAR

LA ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES
DE LA COMPAÑÍA DE SEGUROS BOLÍVAR S.A.

CERTIFICA QUE:

La empresa
HIDROALFA S A S
Identificada con NT No. 800230346

Se encuentra amparada en caso de accidente de trabajo y enfermedad laboral según lo dispuesto en la Ley 100 de 1993 y sus normas reglamentarias, a través del contrato de Riesgos Laborales número 2802508465219, a partir del 01 de Septiembre del año 2010.

La(s) persona(s) que se relaciona(n) a continuación se encuentran en nuestra base de datos de la siguiente manera:

TIPO IDENTIFICACIÓN	IDENTIFICACIÓN	NOMBRE	CENTRO DE TRABAJO	CLASE	TASA	FECHA AFILIACIÓN	FECHA DE RETIRO	TIPO VINCULANTE	ESTADO
CC	1030638493	EDGAR YESID HORTUA SANABRIA	OPERATIVA	5	8.388%	20/11/2019		DEPENDIENTE	ACTIVO

Se expide a solicitud del interesado el 19 de Noviembre del año 2019.

Firma Representante Legal

Compañía de Seguros Bolívar S.A.

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

Coomeva EPS

RADICADO

No. 25624448

Fecha de Radicación: 2 0 1 1 1 2 0 1 9

I. DATOS DEL TRÁMITE (Lea las instrucciones antes de diligenciar el formulario)

2.Tipo de Trámite	2.Tipo de Afiliacion	3. Regimen
A. Afiliación [ ] B. Reporte de Novedades [X]	A.Individual: Cotizante o Cabeza de Familia [X] Beneficiario o afiliado adicional [ ] B. Colectiva [ ] C.Institucional [ ] D.De oficio [ ]	C. Contributivo [X] B. Subsidiado [ ]

4. Tipo de Afiliado	5.Tipo de Cotizante	Código (a registrar por la EPS)
A. Cotizante [X] B. Cabeza de Familia [ ] C. Beneficiario [ ]	A. Dependiente [X] B. Independiente [ ] C. Pensionado [ ]	0 1

A. AFILIACION

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

6. Apellidos y nombres			
HORTUA	SANABRIA	EDGAR	YESID
Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

7. Tipo documento de identidad	8. Número del documento de identidad	9.Sexo	10.Fecha de nacimiento
CC	1030535493	Femenino [ ] Masculino [X]	2 8 0 3 1 9 8 7

III.DATOS COMPLEMENTARIOS

Datos personales

11.Etnia	12. Discapacidad	13. Puntaje SISBÉN	14. Grupo de población especial
0 6	Tipo [F] [N] [M] Condición [T] [P]		0 0

15. Administradora de Riesgos Laborales - ARL	16. Administradora de Pensiones	17. Ingreso base de Cotización - IBC
CIA. DE SEGUROS BOLIVAR S	002 / PROTECCION	931,787

18. Residencia			
CRA 68 B # 28 - 21 SUR	3007405468	3007405468	
Dirección	Teléfono fijo	Teléfono Celular	Correo electrónico

Municipio/Distrito	Zona	Localidad/Comuna	Departamento
11001 / BOGOTA D.C.	Urbana [X] Rural [ ]		11 / BOGOTA D.C.

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR

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

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

20. Tipo de documento de identidad	21. Número del documento de identidad	22. Sexo	23. fecha de Nacimiento
		Femenino [ ] Masculino [ ]	

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

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

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

Datos complementarios

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

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

Selección de la IPS Primaria

	34. Nombre de la Institución Prestadora de los Servicios de Salud - IPS		Código de la IPS (a registrar por la EPS)	
C	SINERGIA UNIDAD BASICA LOURDES P P R	SISCOOP LOURDES - P P R	20101036	20100623
B				
B				
B				

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

35. Nombre o razón social	36. Tipo de documento de identificación	37. Número del documento de identificación	38. Tipo de aportante o pagador de pensiones (a registrar por la EPS)
HIDROALFA S A S	NI	800230346	0 1

39. Ubicación				
CR 46 NO 152-46 LOCAL 1-86	6482809	seguridadst@hidroalfasas.com	BOGOTA D.C.	BOGOTA D.C.
Dirección	Teléfono	Correo electronico	Municipio/Distrito	Departamento

24+
1430

Coomeva EPS

B. REPORTE DE NOVEDADES

40. Tipo de Novedad

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

VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

41. Datos básicos de identificación

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

Tipo documento de identidad	Número documento de identidad	Sexo	Fecha de nacimiento	42. Fecha
		Femenino [ ] Masculino [ ]		2 0 1 1 1 2 0 1 9

43. EPS anterior	44. Motivo de traslado	45. Caja de Compensación Familiar o Pagador de Pensiones
	Código [ ]	

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

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

VIII. FIRMAS

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

IX. ANEXOS

56. Anexo copia del documento de identidad:

	CN	RC	TI	CC	PA	CE	CD	SC	Total
Cantidad:	0	0	0	1	0	0	0	0	1

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

X. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL

66. Identificación de la entidad territorial		67. Datos del SISBÉN			68. Fecha de radicación	69. Fecha de validación
Código del municipio	Código del departamento	Número de ficha	Puntaje	Nivel		

70. Datos del 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: _____

Marque con una (X) en la casilla de respuesta correspondiente a las siguientes preguntas:	SI	NO
¿Previo al diligenciamiento del formulario de afiliación, la EPS le hizo entrega de la Carta de Derechos y Deberes del Afiliado y del Paciente?	( )	( )
¿Previo al diligenciamiento del formulario de afiliación, la EPS le hizo entrega de la Carta de Desempeño donde se presenta de manera clara su puesto en el ranking?	( )	( )
¿Leyó el contenido de la Carta de Derechos y deberes del afiliado y del paciente?	( )	( )
¿Leyó el contenido de la Carta de Desempeño de la EPS?	( )	( )
¿Si tuvo alguna duda sobre el contenido de la información fue asesorado adecuadamente por la EPS?	( )	( )

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

Protección

Fondo de Pensiones Obligatorias Protección

NIT 800.198.281

Hace constar que:

El(la) Señor(a) **HORTUA SANABRIA EDGAR YESID** identificado(a) con **CC** número **1.030.535.493** se encuentra afiliado(a) en Pensiones Obligatorias a PROTECCIÓN, desde el día 04 de julio de 2006 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 26 de noviembre de 2019.

Cordialmente,

Laura Patricia Merchan Metaute
Dirección servicios transaccionales para clientes
Protección S.A.

***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

I.P.S
H.S.E.Q UNIDAD MEDICA
Labor Vital

Código: HSEQ-FG-06
Rev. Fecha: 2017.02
Versión No. 1

1432

Certificado de Aptitud Laboral
Ingreso Con énfasis Osteomuscular - Ingreso Con énfasis Para Trabajo En Alturas



Tipo Doc: CC **Nro Identidad:** 1030535493 **Sexo:** Masculino
Apellido: Hortua Sanabria **Nombre:** Edgar Yesid **Edad:** 32 años
Empresa: Hidroalfa Sas **Nacim:** 28/Mar/1987
Cargo: Ayudante De Plomeria **Rh:** O+
Direccion: Cra 100 A N 61 15 S
Telefono: **Celular:** 3008402257 **Email:**
Peso: 61 Kg **Estatura:** 172 Cm **IMC:** 20.6
EPS: Sanitas **ARL:** . **AFP:** Proteccion
Escolaridad: Tecnico Laboral **Estado Civil:** Soltero (a) **Jornada Laboral:** Diurna
Ciudad: Bogota
Fecha: 16/Nov/2019, **Hora:** 08:41:30 a.m. **Recepcion:** # 37801

Examenes Realizados

☐ Audiometria Clinica ☑ Audiometria Tamiz ☐ Coprologico ☐ Espirometria ☑ Glicemia ☑ Optometria
☐ Perfil Lipidico ☑ Vestibular ☐ Visiometria

Otros: Colesterol Total, Trigliceridos, Osteomuscular

Recomendaciones

Otros: M = Higiene Postural -pausas Activas - Control Periodico Ocupacional

Resumen Resultados

Examen	Resultado
Audiometria Tamiz	Control Anual, Uso De Epa En Caso De Exposición A Ruido Superior A Los 85 Db, Evitar Uso De Audifonos Para Escuchar Música (Recomendado 30 Minutos Al Dia), Reposo Auditivo Extra Laboral.
Audiometria Clinica	
Optometria	USO EPP
Visiometria	
Osteomuscular	Examen Osteomuscular Normal, Movimientos Y Fuerza Conservados
Vestibular	Pruebas De Equilibrio Normal, Orientado En Las 3 Esferas
Cardiovascular	
Laboratorios	Normales
Altura	

H.S.E.Q

Concepto

Otros: Apto Para Trabajo En Alturas, Apto Para El Cargo Asignado

Observaciones

Para dar cumplimiento a la resolución 2346 emanada del ministerio de protección social (hoy ministerio de trabajo). el trabajador; cuyos datos firma y constan en este documento, presta su consentimiento para someterse a las pruebas médicas y complementarias necesarias para valorar su aptitud laboral, conforme a los riesgos en su puesto de trabajo, y a que el contenido y resultado de las mismas esté a dispocisión del personal sanitario encargado de la vigilancia de salud de su empresa

Dr. Ivan Gaviria M.
Medico Cirujano
Especialista en Salud Ocupacional
RM

Ivan Gaviria
Medico 1 Ocupacional
Lic. de S.O #: 7629/16

Edgar Yesid Hortua Sanabria
CC 1030535493

Huella
Digital

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 1.024.549.489

GARZON MONDRAGON

APELLIDOS

LUIS MIGUEL

NOMBRES

luis miguel Garzon m

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 20-FEB-1994

BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

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

22-FEB-2012 BOGOTA D.C
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

P-1500150-00370548-M-1024549489-20120420 0029682916A 1 37287756

SEGUROS BOLÍVAR

LA ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES
DE LA COMPAÑÍA DE SEGUROS BOLÍVAR S.A.

CERTIFICA QUE:

La empresa
HIDROALFA S A S
Identificada con NT No. 800230346

Se encuentra amparada en caso de accidente de trabajo y enfermedad laboral según lo dispuesto en la Ley 100 de 1993 y sus normas reglamentarias, a través del contrato de Riesgos Laborales número 2802508465210, a partir del 01 de Septiembre del año 2010.

La(s) persona(s) que se relaciona(n) a continuación se encuentran en nuestra base de datos de la siguiente manera:

[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]
CC	1023[illegible]	LUIS MIGUEL GARZON MONDRAGON	OPERATIVA	5	6.96%	16/11/2019		DEPENDIENTE	ACTIVO	

Se expide a solicitud del interesado el 15 de Noviembre del año 2019.

Firma Representante Legal

Compañía de Seguros Bolívar S.A.

252

1435

porvenir

SOCIEDAD ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES Y CESANTIAS
PORVENIR S.A.
NIT 800.144.331-3

CERTIFICA QUE:

El(la) Señor(a) LUIS MIGUEL GARZON MONDRAGON, identificado(a) con Cédula de Ciudadanía 1,024,548,489, se encuentra afiliado(a) al FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR Y AL FONDO DE CESANTIAS PORVENIR

La presente certificación se expide a solicitud del interesado a los 14 días del mes de Noviembre de 2019.

Gerente de Clientes

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

1436

EPS Sanitas

No. de Radicado

Fecha de Radicación

123443660

(Lea las instrucciones que se encuentran al respaldo antes de diligenciar este formulario)

Tipo de Formulario

Tipo de Afiliado

Ocupación

Código

A. AFILIACIÓN

Primer Apellido

Segundo Apellido

Primer Nombre

Segundo Nombre

Tipo de Documento de Identidad

Número del Documento de Identidad

Sexo

Fecha de Nacimiento

Datos Residencia

Dirección

Teléfono

Correo Electrónico

Municipio

Zona

Localidad / Comuna

Departamento

Datos Básicos de Identificación del Cónyuge o Compañero(a) Permanente

Primer Apellido

Segundo Apellido

Primer Nombre

Segundo Nombre

Tipo de Documento de Identidad

Número del Documento de Identidad

Sexo

Fecha de Nacimiento

Datos Básicos de Identificación de los Beneficiarios y de los Afiliados Adicionales

Primer Apellido

Segundo Apellido

Primer Nombre

Segundo Nombre

ESPACIO PARA VERIFICACIÓN POR LA EPS

Folio No.

Datos Complementarios

Tipo de Documento de Identidad

Número de Documento de Identidad

Sexo

Fecha de Nacimiento

Parentesco

4 de 4

Nombre o razón social

26. Tipo documento de identificación: RT / CE / PA / SD / CC

27. Número del documento de identificación

28. Tipo de cotizante y subtipo de cotizante

Dirección

Teléfono Fijo

Correo Electrónico

Departamento

29. REPORTE DE NOVEDADES

Tipo de Novedad

1. Inconsistencias de datos básicos de identificación
2. Corrección de datos básicos de identificación
3. Actualización del documento de identidad
   A. Identificación con cédula de ciudadanía
4. Terminación de la afiliación en la EPS
   Código
5. Reincorporación en la EPS
6. Reincorporación en la EPS
7. Inclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales
8. Exclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales
9. Inicio de relación laboral o adquisición de condiciones para ser cotizante
10. Terminación de la relación laboral o pérdida de las condiciones para ser cotizante
11. Vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas
12. Desvinculación de una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas
13. Movilidad: A. Ingreso por Portabilidad / B. Ingreso por Unificación
14. Traslado: A. Mismo Régimen / B. Diferente Régimen
15. Reporte de fallecimiento
16. Reporte de traslado de información al cobro
17. Reporte de la calidad de Pre pensionado
18. Reporte de la calidad de Pensionado

30. DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN

Primer Apellido / Segundo Apellido / Primer Nombre / Segundo Nombre

Tipo de documento de identificación: CC / TI / CE / PA / RC / MS / AS

Número de documento de identidad

Sexo: Femenino / Masculino

Fecha de nacimiento

País de Nacimiento

31. DATOS DE UBICACIÓN

Departamento de residencia

Municipio de residencia

Zona de residencia: Urbana / Rural

32. DATOS DE AFILIACIÓN

32. EPS a portar

33. Número de la Póliza

34. Caja de compensación familiar a la cual pertenece el cotizante

35. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

35. Declaración de dependencia económica de los beneficiarios y afiliados adicionales.

36. Declaración de la no obligación de aportar a ningún Convenio Especial de Salud.

37. Declaración de ausencia de relación laboral o vigencia del vínculo que impiden la entrega de los documentos que acreditan la condición de beneficiarios.

38. Declaración bajo la gravedad de juramento sobre la información suministrada para la afiliación al Régimen Subsidiado de Salud.

39. Autorización para que la EPS solicite y obtenga datos y copia de historias clínicas del cotizante o causante de cónyuge y de sus beneficiarios o afiliados adicionales.

40. Autorización para que la EPS reciba la información que se genere de la afiliación y del reporte de novedades a través de actos de afiliados vigente y a las entidades a las que se refiere el numeral 11.

41. Autorización para que la EPS maneje los datos personales del cotizante o causante de cónyuge y de sus beneficiarios o afiliados adicionales de acuerdo con lo previsto en la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013.

42. Autorización para que la EPS envíe información a través electrónicos o celular como mensajes de texto.

36. DOCUMENTOS ANEXOS

43. Copia del documento de identificación del cotizante ampliada al 150%

44. Copia del documento de identificación del cónyuge o compañero(a) permanente ampliada al 150%

45. Copia del documento de identificación de los padres ampliada al 150%

46. Copia del documento de identificación de los hijos mayores de 18 años ampliada al 150%

47. Copia del documento de identificación de los hijos menores de 18 años ampliada al 150%

48. Copia del documento de identificación de los hijastros ampliada al 150%

49. Copia del documento de identificación de los nietos ampliada al 150%

50. Copia del documento de identificación de los hermanos ampliada al 150%

51. Copia del documento de identificación de los padrastros ampliada al 150%

52. Copia del documento de identificación de los suegros ampliada al 150%

53. Copia del documento de identificación de los yernos o nueras ampliada al 150%

54. Copia del documento de identificación de los abuelos ampliada al 150%

55. Copia del documento de identificación de los bisnietos ampliada al 150%

56. Copia del documento de identificación de los tatarabuelos ampliada al 150%

57. Copia del documento de identificación de los tíos ampliada al 150%

58. Copia del documento de identificación de los sobrinos ampliada al 150%

59. Copia del documento de identificación de los primos ampliada al 150%

60. Copia del documento de identificación de los sobrinos nietos ampliada al 150%

61. Copia del documento de identificación de los tíos abuelos ampliada al 150%

62. Copia del documento de identificación de los primos hermanos ampliada al 150%

63. Copia del documento de identificación de los tíos nietos ampliada al 150%

64. Copia del documento de identificación de los primos segundos ampliada al 150%

65. Copia del documento de identificación de los sobrinos bisnietos ampliada al 150%

66. Copia del documento de identificación de los sobrinos tatarabuelos ampliada al 150%

67. Copia del documento de identificación de los primos terceros ampliada al 150%

68. Copia del documento de identificación de los primos hermanos segundos ampliada al 150%

69. Copia del documento de identificación de los primos segundos nietos ampliada al 150%

70. Copia del documento de identificación de los primos terceros nietos ampliada al 150%

71. Copia del documento de identificación de los primos hermanos terceros ampliada al 150%

72. Copia del documento de identificación de los primos terceros nietos ampliada al 150%

73. Copia del documento de identificación de los primos hermanos terceros nietos ampliada al 150%

74. Copia del documento de identificación de los primos hermanos terceros nietos ampliada al 150%

75. Copia del documento de identificación de los primos hermanos terceros nietos ampliada al 150%

76. Copia del documento de identificación de los primos hermanos terceros nietos ampliada al 150%

77. Copia del documento de identificación de los primos hermanos terceros nietos ampliada al 150%

78. Copia del documento de identificación de los primos hermanos terceros nietos ampliada al 150%

79. Copia del documento de identificación de los primos hermanos terceros nietos ampliada al 150%

80. Copia del documento de identificación de los primos hermanos terceros nietos ampliada al 150%

81. Copia del documento de identificación de los primos hermanos terceros nietos ampliada al 150%

82. Copia del documento de identificación de los primos hermanos terceros nietos ampliada al 150%

83. Copia del documento de identificación de los primos hermanos terceros nietos ampliada al 150%

84. Copia del documento de identificación de los primos hermanos terceros nietos ampliada al 150%

85. Copia del documento de identificación de los primos hermanos terceros nietos ampliada al 150%

86. Copia del documento de identificación de los primos hermanos terceros nietos ampliada al 150%

87. Copia del documento de identificación de los primos hermanos terceros nietos ampliada al 150%

88. Copia del documento de identificación de los primos hermanos terceros nietos ampliada al 150%

89. Copia del documento de identificación de los primos hermanos terceros nietos ampliada al 150%

90. Copia del documento de identificación de los primos hermanos terceros nietos ampliada al 150%

91. Copia del documento de identificación de los primos hermanos terceros nietos ampliada al 150%

92. Copia del documento de identificación de los primos hermanos terceros nietos ampliada al 150%

93. Copia del documento de identificación de los primos hermanos terceros nietos ampliada al 150%

94. Copia del documento de identificación de los primos hermanos terceros nietos ampliada al 150%

95. Copia del documento de identificación de los primos hermanos terceros nietos ampliada al 150%

96. Copia del documento de identificación de los primos hermanos terceros nietos ampliada al 150%

97. Copia del documento de identificación de los primos hermanos terceros nietos ampliada al 150%

98. Copia del documento de identificación de los primos hermanos terceros nietos ampliada al 150%

99. Copia del documento de identificación de los primos hermanos terceros nietos ampliada al 150%

100. Copia del documento de identificación de los primos hermanos terceros nietos ampliada al 150%

37. DATOS DEL APORTANTE

Tipo de Aportante

Código

Razón Social

Tipo de documento de identificación

Número de documento de identificación

Fecha de Radicación

Firma del Trabajador o Representante Legal

Huella

Nombre del Funcionario que recibe la información

Primer Apellido

Segundo Apellido

Primer Nombre

Segundo Nombre

Tipo de documento de identificación

Número de documento de identificación

Fecha de Radicación

Firma del Funcionario

Observaciones

Nombre, Identificación y Firma del Representante Legal de la Entidad Promotora de Salud o Entidad Adaptada o Administradora de Régimen Especial o de Excepción

Nombre, Identificación y Firma del Representante Legal de la Caja de Compensación Familiar

Nombre, Identificación y Firma del Representante Legal de la Empresa

1438

I.P.S
H.S.E.Q UNIDAD MEDICA
Labor Vital

Código: HSEQ-FG-06
Rev. Fecha: 2017.02
Versión No. 1

Certificado de Aptitud Laboral

Ingreso Con énfasis Osteomuscular - Ingreso Con énfasis Para Trabajo En Alturas



Tipo Doc: CC
Nro Identidad: 1024549489
Sexo: Masculino
Apellido: Garzon Mondragon
Nombre: Luis Miguel
Edad: 25 años
Empresa: Hidroalfa Sas
Nacim: 20/Feb/1994
Cargo: Ayudante En Plomeria
Rh: O+
Direccion: Cll 143 B N 149 B 12
Telefono: **Celular:** 3046609790 **Email:**
Peso: 65 Kg **Estatura:** 170 Cm **IMC:** 22.4
EPS: Salud Total **ARL:** . **AFP:** Porvenir
Escolaridad: Bachiller **Estado Civil:** Union Libre **Jornada Laboral:** Diurna
Ciudad: Bogota
Fecha: 15/Nov/2019, **Hora:** 07:08:50 a.m. **Recepcion:** # 37710

Examenes Realizados

☐ Audiometria Clinica ☑ Audiometria Tamiz ☐ Coprologico ☐ Espirometria ☑ Glicemia ☑ Optometria
☐ Perfil Lipidico ☑ Vestibular ☐ Visiometria

Otros: Colesterol Total, Triglicéridos, Osteomuscular

Recomendaciones

Otros: M = Higiene Postural -pauses Activas - Control Periodico Ocupacional

Resumen Resultados

Examen	Resultado
Audiometria Tamiz	Control Anual, Uso De Epa En Caso De Exposición A Ruido Superior A Los 85 Db, Evitar Uso De Audifonos Para Escuchar Música (Recomendado 30 Minutos Al Dia), Reposo Auditivo Extra Laboral.
Audiometria Clinica	
Optometria	USO EPP
Visiometria	
Osteomuscular	Examen Osteomuscular Normal, Movimientos Y Fuerza Conservados
Vestibular	Pruebas De Equilibio Normal, Orientado En Las 3 Esferas
Cardiovascular	
Laboratorios	Dentro De Los Limites Normales
Altura	

Concepto

Otros: Apto Para Trabajo En Alturas, Apto Para El Cargo Asignado

Observaciones

Para dar cumplimiento a la resolución 2346 emanada del ministerio de protección social (hoy ministerio de trabajo), el trabajador; cuyos datos firma y constan en este documento, presta su consentimiento para someterse a las pruebas médicas y complementarias necesarias para valorar su aptitud laboral, conforme a los riesgos en su puesto de trabajo, y a que el contenido y resultado de las mismas esté a disposición del personal sanitario encargado de la vigilancia de salud de su empresa

Dr. Ivan Gaviria M.
Medico Cirujano
Especialista en Salud Ocupacional
R.M. 76[illegible]

Ivan Gaviria
Medico 1 Ocupacional
Lic. de S.O #: 7629/16

Luis Miguel Garzon Mondragon
CC 1024549489

Huella
Digital

236

1439

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA
1.010.181.999
NUMERO

BELTRAN ARIAS
APELLIDOS

SERGIO DUVAN
NOMBRES

FIRMA





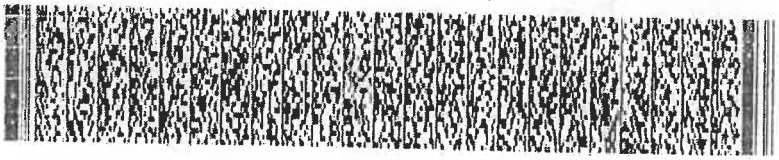
INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 21-MAR-1989
BOGOTA D.C.
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

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

29-MAR-2007 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA



P-1500117-47160051-M-1010181999-20070615 0062507166A 02 228527364

aportes en línea

Certificado de Aportes

Se certifica que CORTES CAÑON INGENIEROS CIVILES SAS identificado(a) con NI 830024221 realizó los siguientes aportes al Sistema de Seguridad Social para SERGIO DUVAN BELTRAN ARIAS identificado(a) con CC 1010181999

Clave Planilla	Clave Pago	Tipo Planilla	Fecha Pago	Riesgo	Código	Administradora	Concepto	Periodo	Días	Novedades																IBC	Tarifa	Cotización
										ing	ret	tde	tae	tdp	tap	vsp	cor	vst	sln	ige	lma	vac	avp	vct	irl	vip			
8498685157	517194177	E	2019-11-06	EPS	EPS005	SANITAS	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2019-11	30																		$1,000,000	4%	$40,000
8498685157	517194177	E	2019-11-06	AFP	230301	PORVENIR	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2019-10	30																		$1,000,000	16%	$160,000
8498685157	517194177	E	2019-11-06	AFP	230301	PORVENIR	FONDO DE SOLIDARIDAD PENSIONAL	2019-10	30																		$1,000,000		$0
8498685157	517194177	E	2019-11-06	AFP	230301	SUBCUENTA DE SUBSISTENCIA	SUBCUENTA DE SUBSISTENCIA	2019-10	30																		$1,000,000		$0
8498685157	517194177	E	2019-11-06	AFP	230301	PORVENIR	COTIZACIÓN VOLUNTARIA EMPLEADOR	2019-10	30																		$0	0%	$0
8498685157	517194177	E	2019-11-06	AFP	230301	PORVENIR	COTIZACIÓN VOLUNTARIA AFILADO	2019-10	30																		$0	0%	$0
8498685157	517194177	E	2019-11-06	ARL	14-25	COLMENA	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2019-10	30																		$1,000,000	6.96%	$69,600
8498685157	517194177	E	2019-11-06	CCF	CCF22	COLSUBSIDIO	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2019-10	30																		$1,000,000	4%	$40,000

Este certificado se expide el dia 2019-11-06 a las 07:46.

294
1440

144

BSL NORTE

CALLE 134 # 7-83 CONS 233, TELEFONO:2177630, FAX:, BOGOTA

Bienestar & Salud Laboral

CERTIFICADO DE APTITUD PARA EXAMEN INGRESO TRABAJO EN ALTURAS

BOGOTA, Febrero 8 de 2019



NOMBRE DEL ASPIRANTE	SERGIO DUVAN BELTRAN ARIAS
CEDULA	1010181999
CARGO	OPERADOR MAQUINARIA
HORA DE APERTURA HISTORIA CLINICA	08:07
HORA CIERRE HISTORIA CLINICA	08:59
EMPRESA CLIENTE/SUBCLIENTE	CORTES CAÑON INGENIEROS CIVILES S A S
EXAMENES	PERFIL LIPIDICO, GLICEMIA, ESPIROMETRIA, VESTIBULAR, AUDIOMETRIA, OPTOMETRIA, EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL CON ENFASIS OSTEOMUSCULAR, PSICOSENSOMETRICO
AYUDAS DIAGNOSTICAS PRACTICADAS	**PERFIL LIPIDICO**:ACEPTABLE PARA EL CARGO, **GLICEMIA**:NORMAL, **ESPIROMETRIA**:NORMAL, **VESTIBULAR**:NORMAL, **AUDIOMETRIA**:NORMAL, **OPTOMETRIA**:NORMAL, **PSICOSENSOMETRICO**:NORMAL

HACEMOS CONSTAR QUE, EN LA FECHA EXAMINAMOS AL TRABAJADOR, CON EL SIGUIENTE CONCEPTO FINAL, DE ACUERDO AL CARGO.

APTO (A) PARA TRABAJO EN ALTURAS Y PARA EL CARGO

Restricciones
NINGUNA

Observaciones
1. USAR ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL EN FORMA CORRECTA SEGÚN ÁREA DE TRABAJO
2. PAUSAS ACTIVAS DURANTE JORNADA LABORAL
3. CAPACITACIÓN EN HIGIENE POSTURAL Y MANEJO DE COLUMNA
4. MANEJO ADECUADO DE MAQUINARIA Y HERRAMIENTA
5. CUMPLIR NORMAS DE SEGURIDAD INDUSTRIAL
6. CAPACITACIÓN DE TRABAJO EN ALTURAS

FIRMA PACIENTE

JUAN JOSE REATIGA HERNANDEZ
REGISTRO MEDICO NO 14791
LICENCIA SALUD OCUPACIONAL 93712 MAYO 2010

De conformidad con lo contemplado en las resoluciones 2346 de 2007, 1918 de 2009 y 1409 de 2012, El presente documento, forma parte de la historia clínica ocupacional y su custodia y disponibilidad para los fines legales pertinentes será responsabilidad de nuestra institución.

DILIGENCIADO POR :BSL NORTE
PARA:BIENESTAR Y SALUD LABORAL S.A.S. Calle 134 # 7-83 cons 233, Bogotá D. C. Tel.6037468
Licencia de Salud Ocupacional No. 64 del 10-01-2017, Bogotá D. C.

HEIGHTS SAFETY TRAINING COMPANY SAS

ORGANISMO CERTIFICADOR
BUREAU VERITAS
CO13.01040 10 Abril de 2013

NIT: 900928416-9 LSST 5251 DE 2015

Aprobación Mintrabajo 08SE2018220000000013804 Del 25 de Abril de 2018

En Cumplimiento de la Res. 1409 De 2012, Res. 3368/2014, Res 1903/2013 Res 1178/2017 y NTC 6072

Hace constar que

BELTRAN ARIAS SERGIO DUVAN

C.C. 1010181999

Realizo el curso de entrenamiento en:

TRABAJO SEGURO EN ALTURAS, NIVEL REENTRENAMIENTO

Con una duración de 20 Horas, cumpliendo con todos los requisitos exigidos legales y normativos

En testimonio de lo anterior se firma en Bogotá D.C. a los 4 de agosto de 2019

HST-2019-11472

Certificado físico no valido sin sello seco y sello de tinta de la empresa

David Arturo Jaramillo Patrón
CC 79.966.917
Representante Legal
HST COMPANY SAS

HST COMPANY
Heights Safety Training Sas
NIT 900.928.416-9

Nicolas Calixto Morera
C.C. 74.811.791
Lic. S.O. 794/2012
Entrenador de TSA.DP2019003 de la
Escuela tecnologica del Oriente

PARA CORROBORAR LA AUTENTICIDAD DE LOS CERTIFICADOS Y FIABILIDAD COTEJE SIEMPRE LOS DATOS DEL CERTIFICADO CON LOS DE LA PLATAFORMA. EN CASO DE CUALQUIER IRREGULARIDAD DENUNCIE

Excavaciones Mecánicas
Demoliciones
Urbanismos
Transporte de Maquinaria Pesada
Compactación de Materiales

CORTES CAÑON
INGENIEROS CIVILES S.A.S
830024221-6

LA EMPRESA ARRIBA EN MENCION

CERTIFICA QUE:

El señor **SERGIO DUVAN BELTRAN ARIAS,** identificado con **C.C. No. 1.010.181.999,** labora en **CORTES CAÑON INGENIEROS CIVILES SAS,** desde el día 11 de FEBRERO del año 2019, durante el tiempo que ha laborado en nuestra empresa se ha caracterizado por poseer grandes conocimientos, destrezas y habilidades en su labor como **OPERADOR DE MAQUINARIA (RETROEXCAVADORA).**

Se expide el lunes, 05 de agosto de 2019.

Sin otro particular me remito.

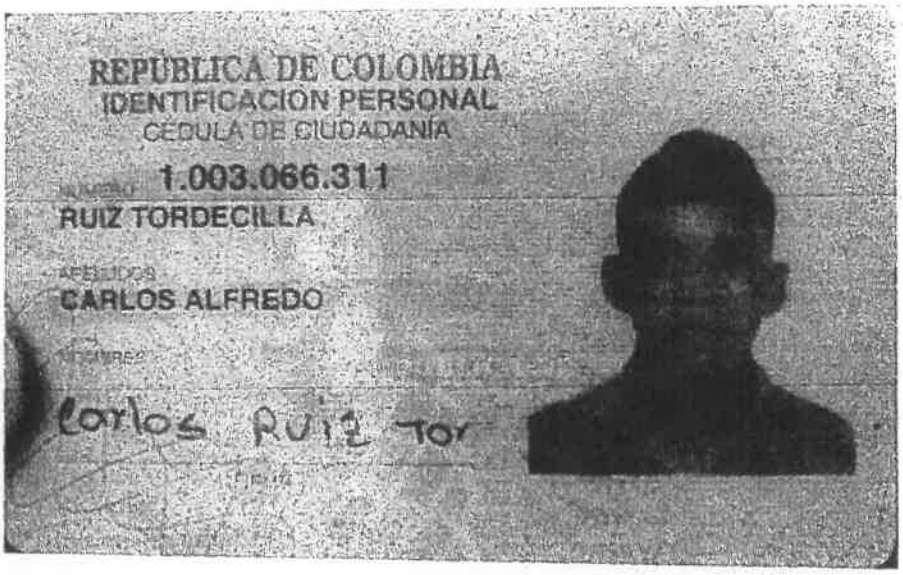
Cordialmente.

CORTES CAÑON INGENIEROS CIVILES

SEBASTIAN ANDRES CORTES Q.
DIRECTOR DE PROYECTOS

261
1444

OV AR





202

1445

ARL | sura

Medellín, 17 de Noviembre de 2019

LA DIRECCIÓN DE AFILIACIONES Y RECAUDOS

HACE CONSTAR:

Que la(s) persona(s) relacionada(s) en el siguiente listado, se encuentra(n) afiliada(s) en Riesgos Laborales desde las fechas indicadas, a la SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A. como trabajadores de CASTERRA INGENIEROS CIA SAS que se encuentra EN COBERTURA, en el centro de trabajo 0000000002 - CENTRO MEMORIA, clase de riesgo 5, porcentaje de cotización 6.96%.

A continuación se relacionan las fechas de afiliación

Número identificación	Nombre	Fecha inicio afiliación	Fecha fin afiliación	Código de transacción	Tipo Cotizante
C1003066311	RUIZ TORDECILLA CARLOS ALFREDO	16/11/2019		13619491	DEPENDIENTE

Si desea validar que este certificado haya sido realmente emitido por ARL Sura y la información aquí contenida sea real, visite www.arlsura.com.co / validar certificados e ingrese el siguiente código único de generación válido por un mes:C10324585041932176923

Atentamente,

Dirección de Afiliaciones y Recaudos

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

Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 190.84.132.106, 172.16.42.57

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Famisanar EPS

NIT 830.003.564-7

* 0 6 2 5 9 9 0 1 2 *

No. de Radicación SAT 1446

Fecha de Radicación

I. DATOS DEL TRÁMITE

Lea las instrucciones que se encuentran anexas al formulario antes de diligenciarlo

1. Tipo de trámite: A. Afiliación; B. Reporte de Novedades
2. Tipo de Afiliación: A. Cotizante o cabeza de familia; B. Colectiva; C. Institucional; D. De oficio; E. Beneficiario o afiliado adicional
3. Régimen: A. Contributivo; B. Subsidiado
4. Tipo de afiliado: A. Cotizante; B. Cabeza de familia; C. Beneficiario
5. Tipo de cotizante: A. Dependiente; B. Independiente; C. Pensionado
Código (a registrar p

A. AFILIACIÓN

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

6. Apellidos y nombres
7. Tipo de documento de identidad
8. Número del documento de identidad
9. Sexo: Femenino ☐ Masculino ☐
10. Fecha de nacimiento

III. DATOS COMPLEMENTARIOS (Datos personales)

11. Etnia
12. Discapacidad
13. Puntaje SISBEN
14. Grupo de población especial
15. Administradora de riesgos laborales - ARL
16. Administradora de pensiones
17. Ingreso base de cotización - IBC
18. Parentesco
Zona: Urbana ☐ Rural ☐

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

19. Apellidos y nombres
20. Tipo de documento de identidad
21. Número del documento de identidad
22. Sexo: Femenino ☐ Masculino ☐
23. Fecha de nacimiento

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

	24. Apellidos y nombres: Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre	25. Tipo de documento de identidad	26. Número del documento de identidad	27. Sexo (Femenino / Masculino)	28. Fecha de nacimiento	Datos complementarios: 29. Parentesco	30. El
B1									
B2									
B3									
B4									
B5									

	31. Discapacidad	32. Datos de residencia: Municipio / Distrito	Zona: Urbana	Rural	Departamento	Teléfono fijo y/o celular	33. Valor de la del afiliado ad (a registrar p
B1							
B2							
B3							
B4							
B5							

Selección de la IPS Primaria

	34. Nombre de la entidad prestadora de servicios de salud - IPS	Código de la IPS (a registrar por la EPS
C		
B		
B		
B		
B		

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

35. Nombre o razón social
36. Tipo de documento de identificación
37. Número del documento de identificación
38. Tipo de aportante o pagador de pe (a registrar por la EPS)
39. Ubicación

B. REPORTE DE NOVEDADES

40. Tipo de Novedad:
1. Modificación de datos básicos de identificación ☐ 2. Corrección de datos básicos de identificación ☐ 3. Actualización del documento de identidad ☐ 4. Actualización y corrección de datos complementarios ☐ 5. Terminación
6. Reactivación en la EPS ☐ 7. Inclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales ☐ 8. Exclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales ☐ 9. Inicio de relación laboral o adq
10. Suspensión temporal de la relación laboral o pérdida de las condiciones para seguir cotizando ☐ 11. Vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas ☐ 12. Desvinculación
13. Movilidad: A. Régimen Contributivo ☐ B. Régimen Subsidiado ☐ 14. Traslado: A. Mismo Régimen ☐ B. Diferente Regimen ☐ 15. Reporte de fallecimie
16. Reporte de la calidad de Pensionado ☐ 17. Retiro de la calidad de Pensionado ☐ 18. Reporte de la calidad de Pensionado ☐

VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

41. Datos básicos de identificación

Tipo de documento de identidad | Número del documento de identidad | Sexo: Femenino ☐ Masculino ☐ | Fecha de nacimiento | 42. Fecha novedad

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 o afiliados adicionales
47. Declaración de la manifestación de afiliación al Régimen Contributivo o Régimen de Excepción.
48. Declaración de [illegible] cuando [illegible] no residen la entrega de los documentos que acreditan la condición de beneficiarios.
49. Declaración [illegible] cabeza de familia [illegible] o afiliados adicionales en una Institución Prestadora de Servicios de Salud.
50. Autorización [illegible] historia clínica del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales.
51. Autorización [illegible] del reporte de la afiliación o del reporte de novedades, a la base de datos de afiliados vigentes y a las entidades publicas que por sus funciones la requieran
52. Autorización [illegible] del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales, de acuerdo con lo previsto en la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013.
53. Autorización [illegible] al correo electrónico o al celular como mensajes de texto.

GONZALO ALVAREZ 4049 Famisanar CAJA RECIBIDO PARA CONFIRMACIÓN 313 605 2445

VIII. FIRMAS

201
1447

SOCIEDAD ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES Y CESANTIAS
PORVENIR S.A.
NIT 800.144.331-3

CERTIFICA QUE:

El(la) Señor(a) **CARLOS ALFREDO RUIZ TORDECILLA**, identificado(a) con Cédula de Ciudadania **1,003,066,311**, se encuentra afiliado(a) al **AL FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR**

La presente certificación se expide a solicitud del interesado a los 17 días del mes de Noviembre de 2019.

Gerente de Clientes

Preventsalud IPS SAS

CONCEPTO MÉDICO DE APTITUD LABORAL

Cll 15 Sur No. 16 - 46 Tel: 757 53 28

Licencia IPS Resolución No 10519 de 24/08/2017
Nit: 900540214-0



EXAMEN DE: INGRESO ENFASIS ALTURAS

Control: 0 Bogotà, Noviembre 16 de 2019 Hora: 10,19

DATOS GENERALES

No Identificación: 1003066311 **Paciente:** RUIZ TORDECILLA CARLOS ALFREDO
Fecha Nacimiento: Octubre 21 de 1994 **Lugar:** CORDOBA **Edad:** 25
Estado Civil: UNION LIBRE **No Hijos:** 0 **Sexo:** Masculino
Escolaridad: SECUNDARIA COMPLETA

DATOS LABORALES

Empresa: CASTERRA INGENIEROS Y CIA SAS **Empresa Misión:** NO APLICA
EPS: FAMISANAR **Act.Económica:**
ARL: SURA **AFP:** NO RECUERDA
Cargo a Ocupar: AYUDANTE

EXAMENES PARACLINICOS

Audiometría: VALORACION DE BANDAS CONVERSACIONALES, AGUDAS Y CONDICION AUDITIVA (NORMAL)

Visiometría: VISION LEJANA, PROXIMA, DE COLOR, PROFUNDIDAD, FONDO DE OJO, OTROS (NORMAL)

.cometrico: NO APLICA

Espirometría: NO SE REALIZA

Optometría: NO SE REALIZA

Otros: TRIGLICERIDOS - COLESTEROL - GLICEMIA (NORMAL)

NCEPTO MEDICO: APTO PARA LABORAR EN ALTURAS

RESTRICCIONES
NINGUNA

RECOMENDACIONES
UTILIZAR LOS ELEMENTOS DE PROTECCION PROPIOS DEL CARGO

RECOMENDACIONES
Uso elementos protección personal indicados para la actividad
Pausas Activas para MMSS
Higiene postural y de columna

OBSERVACIONES

NINGUNO

EXAMEN MEDICO CON ENFASIS EN ALTURAS

Declaración del trabajador. Certifico que las respuestas dadas por mi en el examen médico están completas, son verídicasy permitieron la elaboración del presente certificado médico; otorgué mi consentimiento libre e informado para la realización de las evaluaciones médicas y pruebas complementarias por solicitud de la empresa empleadora arriba mencionada y me comprometo a seguir las recomendaciones dadas por el profesional.

Dr. Carlos A. Cuenca S. R.M. 4516 Especialista en Gerencia en Seguridad y Salud en el Trabajo Licencia: Resolución 753 18 de Enero del 2019 CARLOS [illegible] SANCHEZ		Carlos Ruiz
NOMBRE, FIRMA Y SELLO DEL MÈDICO		FIRMA DEL PACIENTE
REGISTRO MÈDICO: 4516		NOMBRE: RUIZ TORDECILLA CARLOS ALFREDO
[illegible] RESOLUCION 753		[illegible] 1003066311

1449


REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA
NÚMERO 1.003.066.621
MURILLO SANCHEZ
APELLIDOS
KEINER MANUEL
NOMBRES


FECHA DE NACIMIENTO 06-NOV-2000
LORICA
(CORDOBA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.69 O+ M
ESTATURA G.S. RH SEXO
14-NOV-2018 LORICA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN
REGISTRADOR NACIONAL

207
1450

ARL | sura

Medellín, 17 de Noviembre de 2019

LA DIRECCIÓN DE AFILIACIONES Y RECAUDOS

HACE CONSTAR:

Que la(s) persona(s) relacionada(s) en el siguiente listado, se encuentra(n) afiliada(s) en Riesgos Laborales desde las fechas indicadas, a la SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A. como trabajadores de CASTERRA INGENIEROS CIA SAS que se encuentra EN COBERTURA, en el centro de trabajo 0000000002 - CENTRO MEMORIA, clase de riesgo 5, porcentaje de cotización 6.96%.

A continuación se relacionan las fechas de afiliación

Número identificación	Nombre	Fecha inicio afiliación	Fecha fin afiliación	Código de transacción	Tipo Cotizante
C1003066621	MURILLO SANCHEZ KEINER MANUEL	16/11/2019		17037144	DEPENDIENTE

Si desea validar que este certificado haya sido realmente emitido por ARL Sura y la información aquí contenida sea real, visite www.arlsura.com.co / validar certificados e ingrese el siguiente código único de generación válido por un mes:C10324585041932176923

Atentamente,

Dirección de Afiliaciones y Recaudos

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

Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 190.84.132.106, 172.16.42.57

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

208

145

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

No. de Radicación

Fecha de Radicación

Marque con una X las casillas que se encuentran anexas al formulario antes de diligenciarlo

	2. Tipo de Cotizante: Cotizante o Cabeza de Familia ☐ Beneficiario o afiliado adicional ☐	3. Régimen	
	C. Pensionado ☐ D. Otro ☐	A. Contributivo ☐	B. Subsidiado ☐
	4. Tipo de afiliado: D. Dependiente ☐ P. Independiente ☐ C. Pensionado ☐	Código (a registrar por la EPS)	

	Primer Apellido	Primer nombre	Segundo nombre
	Número del Documento de Identidad	9. Sexo: Femenino ☐ Masculino ☐	10. Fecha de nacimiento

	Sisbén ☐	14. Puntaje SISBEN	16. Grupo de población especial
			17. Ingreso base de cotización - IBC

	Tipo: Vía ☐ Calle ☐	Teléfono Celular	Correo electrónico
		Localidad/Comuna	Departamento

	Primer Apellido	Primer nombre	Segundo nombre
	Número del Documento de Identidad	22. Sexo: Femenino ☐ Masculino ☐	23. Fecha de nacimiento

	Primer Apellido	Primer nombres	Segundo nombre
	26. Número del documento de identidad	27. Sexo: Femenino	Masculino
			28. Fecha de nacimiento

	30. Grado	31. Discapacidad: Tipo		Condición

	Municipio/Distrito	Zona: Urbana	Rural	Departamento

Teléfono

Código de la UPC del afiliado adicional (a registrar por la EPS)

	Código de la IPS (a registrar por la EPS)

2019 NOV. 15

RADICADO SUJETO A VERIFICACIÓN

201
1452

Protección

Fondo de Pensiones Obligatorias Protección

NIT 800.198.281

Hace constar que:

El(la) Señor(a) **MURILLO SANCHEZ KEINER MANUEL** identificado(a) con **CC** número **1.003.066.621** se encuentra afiliado(a) en Pensiones Obligatorias a PROTECCIÓN, desde el día 24 de abril de 2019 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 17 de noviembre de 2019.

Cordialmente,

Laura P. Merchán M.

Laura Patricia Merchan Metaute
Dirección servicios transaccionales para clientes
Protección S.A.

***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

SER

SET

RADICADO
SUJETO A
VERIFICACIÓN

Preventsalud

CONCEPTO MÉDICO DE APTITUD LABORAL

Cll 15 Sur No. 16 - 46 Tel: 75

Licencia IPS Resolución No 10519 de 24/08/2017
Nit: 900540214-0



EXAMEN DE: INGRESO ENFASIS ALTURAS

Control: 0 Bogotà, Noviembre 16 de 2019 **Hora:** 10,33

DATOS GENERALES

No Identificación: 1003066621 **Paciente:** MURILLO SANCHEZ KEINER MANUEL

Fecha Nacimiento: Noviembre 06 de 2000 **Lugar:** CORDOBA **Edad:** 19

Estado Civil: SOLTERO (A) **No Hijos:** 0 **Sexo:** Masculino

Escolaridad: SECUNDARIA COMPLETA

DATOS LABORALES

Empresa: CASTERRA INGENIEROS Y CIA SAS **Empresa Misión:** NO APLICA

EPS: OTRAS EPS **Act.Económica:**

ARL: SURA **AFP:** PROTECCION

Cargo a Ocupar: AYUDANTE DE OBRA

EXAMENES PARACLINICOS

Audiometría: VALORACION DE BANDAS CONVERSACIONALES, AGUDAS Y CONDICION AUDITIVA (NORMAL)

Visiometría: VISION LEJANA, PROXIMA, DE COLOR, PROFUNDIDAD, FONDO DE OJO, OTROS (NORMAL)

Psicometrico: NO APLICA

Espirometría: NO SE REALIZA

Optometría: NO SE REALIZA

Otros: TRIGLICERIDOS - COLESTEROL - GLICEMIA (NORMAL)

CONCEPTO MEDICO: APTO PARA LABORAR EN ALTURAS

RESTRICCIONES
NINGUNA

RECOMENDACIONES
UTILIZAR LOS ELEMENTOS DE PROTECCION PROPIOS DEL CARGO

RECOMENDACIONES
Uso elementos protección personal indicados para la actividad
Pausas Activas para MMSS
Higiene postural y de columna

OBSERVACIONES

NINGUNO

EXAMEN MEDICO CON ENFASIS ENJ ALTURAS

Declaración del trabajador. Certifico que las respuestas dadas por mí en el examen médico están completas, son verídicasy permitieron la elaboración del presente ce médico; otorgué mi consentimiento libre e informado para la realización de las evaluaciones médicas y pruebas complementarias por solicitud de la empresa empleadc mencionada y me comprometo a seguir las recomendaciones dadas por el profesional.

Dr. Carlos A. Cuenca S.
R.M. 4516
Especialista en Gerencia en Seguridad y Salud en el Trabajo
Licencia: Resolución 753
18 de Enero del 2019

CARLOS ARTURO CUENCA SANCHEZ
NOMBRE, FIRMA Y SELLO DEL MÈDICO

REGISTRO MÈDICO: 4516

Keiner Murillo
FIRMA DEL PACIENTE

NOMBRE: MURILLO SANCHEZ KEINER MANUEL

PROTECCION AV S.A.S

CERTIFICACION DE CAPACITACION Y ENTRENAMIENTO

Certifica que:

MURILLO SANCHEZ KEINER MANUEL

CC 1.003.066.621 de LORICA

Curso y aprobó la capacitación Teórico- Práctica en:

NIVEL AVANZADO TRABAJO SEGURO EN ALTURAS

Intensidad (40 HORAS)

En testimonio de lo anterior se firma en Bogotá El día 05 de Julio de 2019

Carmen Emilce Martinez Velasquez
Entrenador T.S.A
Licencia en S.O 7428

Verónica Alvarado Cepeda.
Representante Legal

FPNA123672019

SIG-FR-58

N. de aprobación
Ministerio de Trabajo
08SE2018220000000023457

CERTIFICACION BUREAU VERITAS
N. CO18.01947 / 18 DE JULIO DE 2018
ISO/IEC 17065: 2012
09-CPR-008

1456



REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 1.032.458.504
CASTELLANOS RAMOS

APELLIDOS
KEVIN

NOMBRES

FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 13-AGO-1993
BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.64 ESTATURA
O+ G.S. RH
M SEXO

26-AGO-2011 BOGOTA D.C
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL

INDICE DERECHO

P-1500150-00337946-M-1032458504-20110928 0026174204A 1 3684057

ARL | sura

Medellín, 17 de Noviembre de 2019

LA DIRECCIÓN DE AFILIACIONES Y RECAUDOS

HACE CONSTAR:

Que la(s) persona(s) relacionada(s) en el siguiente listado, se encuentra(n) afiliada(s) en Riesgos Laborales desde las fechas indicadas, a la SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A. como trabajadores de CASTERRA INGENIEROS CIA SAS que se encuentra EN COBERTURA, en el centro de trabajo 0000000002 - CENTRO MEMORIA, clase de riesgo 5, porcentaje de cotización 6.96%.

A continuación se relacionan las fechas de afiliación

Número identificación	Nombre	Fecha inicio afiliación	Fecha fin afiliación	Código de transacción	Tipo Cotizante
C1032458504	CASTELLANOS RAMOS KEVIN	16/11/2019		255207QY	DEPENDIENTE

Si desea validar que este certificado haya sido realmente emitido por ARL Sura y la información aquí contenida sea real, visite www.arlsura.com.co / validar certificados e ingrese el siguiente código único de generación válido por un mes:C10324585041932176923

Atentamente,

Dirección de Afiliaciones y Recaudos

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

Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 190.84.132.106, 172.16.42.57

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Famisanar EPS

NIT 830.003.564-7

* 0 6 2 5 9 9 0 1 3 *

No. de Radicación SAF 1458

Fecha de Radicación

I. DEL TRÁMITE

Lea las instrucciones que se encuentran anexas al formulario antes de diligenciarlo

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

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

6. Apellidos y nombres			

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

III. DATOS COMPLEMENTARIOS (Datos personales)

11. Estado civil	12. Discapacidad	13. Puntaje SISBEN	14. Grupo de población especial	15. Administradora de riesgos laborales - ARL	16. Administradora de pensiones
	Tipo ☐ Cuál ☐				

17. Ingreso base de cotización - IBC	18. Residencia		
		Zona Urbana ☐ Rural ☐	

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

19. Apellidos y nombres			

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

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

24. Apellidos y nombres

	Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre
24.1				
24.2				
24.3				
24.4				

	25. Tipo de documento de identidad	26. Número del documento de identidad	27. Sexo Femenino	27. Sexo Masculino	28. Fecha de nacimiento	Datos complementarios 29. Parentesco	30. Etnia
24.1							
24.2							
24.3							
24.4							

	31. Discapacidad Tipo			Condición		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)
	F	N	M	T	P						
24.1											
24.2											
24.3											
24.4											

Selección de la IPS Primaria

	34. Nombre de la institución prestadora de servicios de salud - IPS	Código de la IPS (a registrar por la EPS)
24.1		
24.2		
24.3		
24.4		

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

35. Nombre o razón social	36. Tipo de documento de identificación	37. Número del documento de identificación	38. Tipo de aportante o pagador de pensiones (a registrar por la EPS)

39. Ubicación				

B. REPORTE DE NOVEDADES

40. Tipo de Novedad

1. Modificación de datos básicos de identificación ☐ 2. Corrección de datos básicos de identificación ☐ 3. Actualización del documento de identidad ☐ 4. Actualización y corrección de datos complementarios ☐ 5. Terminación de la suspensión en la EPS ☐ Código ☐ 6. Reinscripción en la EPS ☐ 7. Inclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales ☐ 8. Exclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales ☐ 9. Inicio de relación laboral o adquisición de condiciones para cotizar ☐ 10. Terminación de la relación laboral o pérdida de las condiciones para seguir cotizando ☐ 11. Vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas ☐ 12. Desvinculación 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. Retiro del trámite de afiliación al cesante ☐ 17. Reporte de la calidad de Pre-pensionado ☐ 18. Reporte de la calidad de Pensionado ☐

VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

41. Datos básicos de identificación				

Tipo de documento de identidad	Número del documento de identidad	Sexo Femenino	Sexo Masculino	Fecha de nacimiento	42. Fecha novedad
		☐	☐		

43. EPS anterior	44. Motivo de traslado Código	45. Caja de Compensación Familiar o Pagador de Pensiones

GONZALO ÁLVAREZ 31549049 Famisanar CAJAMAG RECIBIDO PARA CONFIRMACIÓN 2020-06-15 16:52:43

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

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

VIII. FIRMAS

1459

Protección

Fondo de Pensiones Obligatorias Protección

NIT 800.198.281

Hace constar que:

El(la) Señor(a) **CASTELLANOS RAMOS KEVIN** identificado(a) con **CC** número **1.032.458.504** se encuentra afiliado(a) en Pensiones Obligatorias a PROTECCIÓN, desde el día 12 de octubre de 2012 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 17 de noviembre de 2019.

Cordialmente,

Laura P. Merchán M.

Laura Patricia Merchan Metaute
Dirección servicios transaccionales para clientes
Protección S.A.

***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

NIT 830.002.564

06 2599013

1460

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

9. DATOS COMPLEMENTARIOS (Datos personales)

C. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR (Datos básicos de identificación de

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

Selección de la IPS Primaria

DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL EMPLEADOR O PARA APORTANTES DE LAS ENTIDADES RESPONSABLES DE LA AFILIACIÓN (CONYUGAL O DE OFICIO

E. REPORTE DE NOVEDADES

VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

GONZALO ÁLVAREZ 4049 Famisanar CAFAM RECIBIDO PARA CONFIRMACIÓN 315 605 22 48

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

VIII. FIRMAS

1461

Preventsalud IPS SAS

CONCEPTO MÉDICO DE APTITUD LABORAL

Cll 15 Sur No. 16 - 46 Tel: 757 53 28

Licencia IPS Resolución No 10519 de 24/08/2017
Nit: 900540214-0



EXAMEN DE: INGRESO ENFASIS OSTEOMUSCULAR

Control: 1 Bogotà, Noviembre 16 de 2019 Hora: 11,11

DATOS GENERALES

No Identificación: 1032458504 **Paciente:** CASTELLANOS RAMOS KEVIN

Fecha Nacimiento: Agosto 13 de 1993 **Lugar:** BOGOTA **Edad:** 26

Estado Civil: SOLTERO (A) **No Hijos:** 0 **Sexo:** Masculino

Escolaridad: PROFESIONAL UNIVERSITARIO

DATOS LABORALES

Empresa: CASTERRA INGENIEROS Y CIA SAS **Empresa Misión:** NO APLICA

EPS: FAMISANAR **Act.Económica:**

ARL: SURA **AFP:** PROTECCION

Cargo a Ocupar: RESIDENTE

EXAMENES PARACLINICOS

Audiometría: VALORACION DE BANDAS CONVERSACIONALES, AGUDAS Y CONDICION AUDITIVA (NORMAL)

Visiometría: VISION LEJANA, PROXIMA, DE COLOR, PROFUNDIDAD, FONDO DE OJO, OTROS (NORMAL)

Psicometrico: NO APLICA

Espirometría: NO SE REALIZA

Optometría: NO SE REALIZA

Otros: NO SE REALIZA

CONCEPTO MEDICO: APTO PARA DESEMPEÑAR EL CARGO SIN PATOLOGIA APARENTE

RESTRICCIONES
NINGUNA

RECOMENDACIONES
UTILIZAR LOS ELEMENTOS DE PROTECCION PROPIOS DEL CARGO

RECOMENDACIONES
Uso elementos protección personal indicados para la actividad
Pausas Activas para MMSS
Higiene postural y de columna

OBSERVACIONES

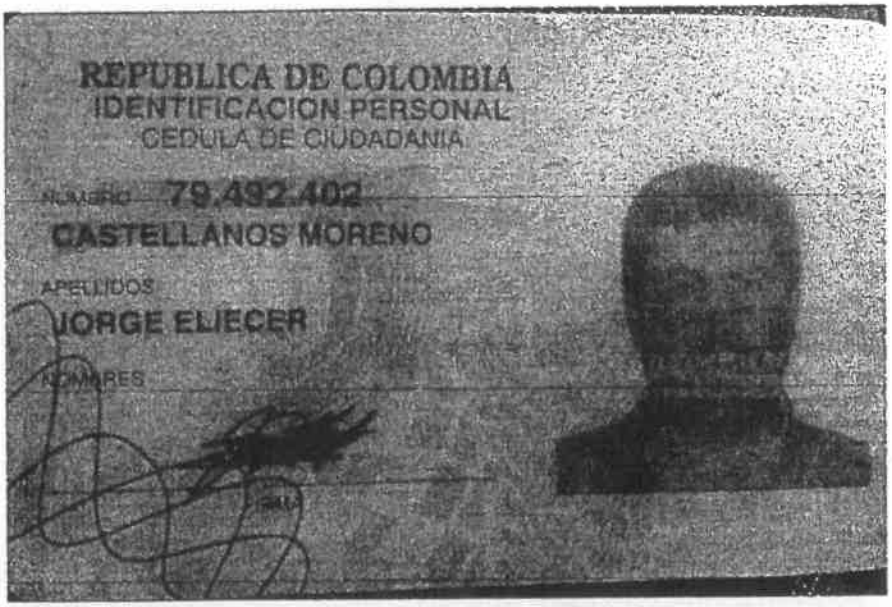
NINGUNO

EXAMEN MEDICO CON ENFASIS OSTEOMUSCULAR

Declaración del trabajador. Certifico que las respuestas dadas por mí en el examen médico están completas, son verídicasy permitieron la elaboración del presente certificado médico; otorgué mi consentimiento libre e informado para la realización de las evaluaciones médicas y pruebas complementarias por solicitud de la empresa empleadora arriba mencionada y me comprometo a seguir las recomendaciones dadas por el profesional.

Dr. Carlos A. Cuenca A. R.M. 46-46 Especialista en Gerencia en Salud Ocupacional Licencia: Resolución 753 16 de Enero del 2019		
CARLOS ARTURO CUENCA SANCHEZ		
NOMBRE, FIRMA Y SELLO DEL MÉDICO		FIRMA DEL PACIENTE
REGISTRO MÉDICO: 4516		NOMBRE: CASTELLANOS RAMOS KEVIN
RESOLUCION 753		

OLHR 1402



REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 79.492.402

CASTELLANOS MORENO

APELLIDOS

JORGE ELIECER

NOMBRES



FECHA DE NACIMIENTO 11-ABR-1969

BOGOTA D.C.
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.68 ESTATURA

A+ G.S. RH

M SEXO

15-JUN-1987 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SANCHEZ TORRES

INDICE DERECHO

A-1500150-00155807-M-0079492402-20090507 0011319106A 1 1810022171

1463

ARL | sura

Medellín, 17 de Noviembre de 2019

LA DIRECCIÓN DE AFILIACIONES Y RECAUDOS

HACE CONSTAR:

Que la(s) persona(s) relacionada(s) en el siguiente listado, se encuentra(n) afiliada(s) en Riesgos Laborales desde las fechas indicadas, a la SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A. como trabajadores de CASTERRA INGENIEROS CIA SAS que se encuentra EN COBERTURA, en el centro de trabajo 0000000002 - CENTRO MEMORIA, clase de riesgo 5, porcentaje de cotización 6.96%.

A continuación se relacionan las fechas de afiliación

Número identificación	Nombre	Fecha inicio afiliación	Fecha fin afiliación	Código de transacción	Tipo Cotizante
C79492402	CASTELLANOS MORENO JORGE ELIECER	16/11/2019		14024148	DEPENDIENTE

Si desea validar que este certificado haya sido realmente emitido por ARL Sura y la información aquí contenida sea real, visite www.arlsura.com.co / validar certificados e ingrese el siguiente código único de generación válido por un mes:C10324585041932176923

Atentamente,

Dirección de Afiliaciones y Recaudos

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

Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 190.84.132.106, 172.16.42.57

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

famisanar EPS

NIT 830.003.564-7

* 0 6 2 5 9 9 0 1 1 *

No. de Radicación SAT 1465

Fecha de Radicación

DATOS DEL TRÁMITE

Lea las instrucciones que se encuentran anexas al formulario antes de diligenciarlo

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

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

5. Apellidos y nombres			

6. Tipo de documento de identidad	8. Número del documento de identidad	9. Sexo Femenino / Masculino	10. Fecha de nacimiento

III. DATOS COMPLEMENTARIOS (Datos personales)

11. Grupo sanguíneo y RH	12. Discapacidad (Tipo / Condición)	13. Puntaje SISBEN	14. Grupo de población especial	15. Administradora de riesgos laborales - ARL	16. Administradora de pensiones

17. Ingreso base de cotización - IBC	18. Residencia				
		Zona Urbana / Rural			

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

19. Apellidos y nombres			

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

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

	24. Apellidos y nombres Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre
31				
32				
33				
34				

	25. Tipo de documento de identidad	26. Número del documento de identidad	27. Sexo Femenino	Masculino	28. Fecha de nacimiento	Datos complementarios 29. Parentesco	30. Etnia
31							
32							
33							
34							

	31. Discapacidad Tipo	Condición	32. Datos de residencia Municipio / Distrito	Zona Urbana	Rural	Departamento	Teléfono fijo y/o celular	33. Valor de la UPC del afiliado adicional (a registrar por la EPS)
31								
32								
33								
34								

Selección de la IPS Primaria

	35. Nombre de la institución prestadora de servicios de salud - IPS	Código de la IPS (a registrar por la EPS)
31		
32		
33		
34		

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

36. Nombre o razón social	36. Tipo de documento de identificación	37. Número del documento de identificación	38. Tipo de aportante o pagador de pensiones (a registrar por la EPS)

Ubicación			

B. REPORTE DE NOVEDADES

39. Tipo de Novedad

1. Actualización de datos básicos de identificación ☐ 2. Corrección de datos básicos de identificación ☐ 3. Actualización del documento de identidad ☐ 4. Actualización y corrección de datos complementarios ☐ 5. Terminación de la suspensión en la EPS ☐ Código ☐ 6. Reinscripción en la EPS ☐ 7. Inclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales ☐ 8. Exclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales ☐ 9. Inicio de relación laboral o adquisición de condiciones para cotizar ☐ 10. Terminación de la relación laboral o pérdida de las condiciones para seguir cotizando ☐ 11. Vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas ☐ 12. Desvinculación 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 tránsito de moderación al casado ☐ 17. Reporte de la calidad de Pre-pensionado ☐ 18. Reporte de la calidad de Pensionado ☐

VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

41. Datos básicos de identificación					
Tipo de documento de identidad	Número del documento de identidad	Sexo Femenino / Masculino	Fecha de nacimiento	42. Fecha novedad	

43. EPS anterior	44. Motivo de traslado Código	45. Caja de Compensación Familiar o Pagador de Pensiones

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

GONZALO ALVAREZ 1144049 RECIBIDO PARA CONFRONTACIÓN Famisanar CAJACOPI

46. Declaración de dependencia económica de los beneficiarios o afiliados adicionales. ☐

Declaración de la no obligación de afiliarse al Régimen Contributivo por excepción. ☐

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

47. Declaración de no información del cotizante, cabeza de familia o beneficiarios o afiliados adicionales en una Institución Prestadora de Servicios de Salud. ☐

Autorización para que la EPS solicite y obtenga de cualquier entidad la historia clínica del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales. ☐

Autorización para que la EPS reporte la información necesaria para el mantenimiento de la afiliación o del reporte de novedades a la base de datos de afiliados vigentes y a las entidades públicas que por sus funciones la requieran. ☐

Autorización para que la EPS maneje los datos personales del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales, de acuerdo con lo previsto en la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013. ☐

Autorización para que la EPS envíe información al correo electrónico o al celular como mensajes de texto. ☐

VIII. FIRMAS

282
1466

porvenir
sólo hay uno

SOCIEDAD ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES Y CESANTIAS PORVENIR S.A.
NIT 800.144.331-3

CERTIFICA QUE:

El(la) Señor(a) **JORGE ELIECER CASTELLANOS MORENO**, identificado(a) con Cédula de Ciudadania **79,492,402**, se encuentra afiliado(a) al **FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR Y AL FONDO DE CESANTIAS PORVENIR**

La presente certificación se expide a solicitud del interesado a los 17 días del mes de Noviembre de 2019.

Gerente de Clientes

NIT 830.003.564-7

* 0 6 2 5 9 9 0 1 1 *

105

1467

DATOS DEL PAGANTE

Lea las instrucciones que se encuentran adjuntas al formulario antes de diligenciarlo

2. Regimen

4. Tipo de afiliado

A

B

C

D

5. AFILIACIÓN I. DATOS BASICOS DE IDENTIFICACIÓN (del cotizante o cabeza de familia)

7. Primer apellido

8. Segundo apellido

9. Primer nombre

10. Segundo nombre

11. Tipo de documento de identidad

12. Número del documento de identidad

13. Sexo

14. Fecha de nacimiento

II. DATOS COMPLEMENTARIOS (Datos personales)

15. Parentesco

16. Ciudad

17. Dirección de residencia

18. Teléfono

III. DATOS DE IDENTIFICACION DE LOS MIEMBROS DEL NUCLEO FAMILIAR (Datos basicos de identificacion del conyuge y demas miembros del nucleo familiar)

20. Primer apellido

21. Segundo apellido

22. Primer nombre

23. Segundo nombre

24. Tipo de documento de identidad

25. Número del documento de identidad

26. Sexo

27. Fecha de nacimiento

Datos basicos de identificacion de los beneficiarios y de los afiliados adicionales

28. Parentesco

29. Primer apellido

30. Segundo apellido

31. Primer nombre

32. Segundo nombre

33. Tipo de documento de identidad

34. Número del documento de identidad

35. Sexo

36. Fecha de nacimiento

Datos complementarios

37. Ciudad

38. Dirección de residencia

39. Teléfono

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL EMPLEADOR (DATOS PONTALTOS DE LAS ENTIDADES RESPONSABLES DE LA AFILIACIÓN)

40. Tipo de documento de identificación

41. Número de identificación

42. Razón social o apellidos y nombres completos

43. Código

V. REPORTE DE NOVEDADES

VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

44. Tipo de documento de identificación

45. Número de documento de identificación

46. Primer apellido

47. Segundo apellido

48. Primer nombre

49. Segundo nombre

50. Fecha de nacimiento

51. Fecha de expedición

52. Motivo de traslado

53. Caja de Compensación Familiar o Pagador de Pensiones

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

GONZALO ÁLVAREZ
4049
Famisanar CAFAM
RECIBIDO PARA CONFIRMACIÓN
SOS EPS

VIII. FIRMAS

Preventsalud IPS SAS

CONCEPTO MÉDICO DE APTITUD LABORAL

Cll 15 Sur No. 16 - 46 Tel: 757 53 28

Licencia IPS Resolución No 10519 de 24/08/2017
Nit: 900540214-0



EXAMEN DE: INGRESO ENFASIS OSTEOMUSCULAR

Control: 1 Bogotà, Noviembre 16 de 2019 Hora: 10,53

DATOS GENERALES

No Identificación: 79492402 **Paciente:** CASTELLANOS MORENO JORGE ELIECER

Fecha Nacimiento: Abril 11 de 1969 **Lugar:** BOGOTA **Edad:** 50

Estado Civil: SOLTERO (A) **No Hijos:** 3 **Sexo:** Masculino

Escolaridad: PROFESIONAL UNIVERSITARIO

DATOS LABORALES

Empresa: CASTERRA INGENIEROS Y CIA SAS **Empresa Misión:** NO APLICA

EPS: FAMISANAR **Act.Económica:**

ARL: SURA **AFP:** PORVENIR

Cargo a Ocupar: INGENIERO DE OBRA

EXAMENES PARACLINICOS

Audiometría: VALORACION DE BANDAS CONVERSACIONALES, AGUDAS Y CONDICION AUDITIVA (NORMAL)

Visiometría: VISION LEJANA, PROXIMA, DE COLOR, PROFUNDIDAD, FONDO DE OJO, OTROS (NORMAL)

sicometrico: NO APLICA

Espirometría: NO SE REALIZA

Optometría: NO SE REALIZA

Otros: NO SE REALIZA

NCEPTO MEDICO: APTO PARA DESEMPEÑAR EL CARGO SIN PATOLOGIA APARENTE

RESTRICCIONES
NINGUNA

RECOMENDACIONES
UTILIZAR LOS ELEMENTOS DE PROTECCION PROPIOS DEL CARGO
CAMBIOS DE HABITOS ALIMENTARIOS ,REALIZAR EJERCICIOS

RECOMENDACIONES
Uso elementos protección personal indicados para la actividad
Pausas Activas para MMSS
Higiene postural y de columna
Recomendaciones Dietarias

OBSERVACIONES
NINGUNO

EXAMEN MEDICO CON ENFASIS OSTEOMUSCULAR

Declaración del trabajador. Certifico que las respuestas dadas por mi en el examen médico están completas, son veridicasy permitieron la elaboración del presente certificado médico; otorgué mi consentimiento libre e informado para la realización de las evaluaciones médicas y pruebas complementarias por solicitud de la empresa empleadora arriba mencionada y me comprometo a seguir las recomendaciones dadas por el profesional.

Dr. Carlos A. Cuenca S. R.M. 4516 Especialista en Gerencia en Licencia: Resolución 753 18 de Enero del 2019

CARLOS [illegible] SANCHEZ

NOMBRE, FIRMA Y SELLO DEL MÈDICO

REGISTRO MÈDICO: 4516

FIRMA DEL PACIENTE

NOMBRE: CASTELLANOS MORENO JORGE ELIECER

285
1469

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **74.330.096**

HUERTAS BOHORQUEZ
APELLIDOS

JUAN
NOMBRES

Juan Huertas Bohorquez
FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **27-SEP-1984**

UMBITA
(BOYACA)
LUGAR DE NACIMIENTO

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

20-JUN-2003 UMBITA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADORA NACIONAL
ALMABEATRIZ RENGIFO LOPEZ

P-0733400-33117361-M-0074330096-20030901 **00968**03244A 01 107536531

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE							
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
NIT 900640134	9	SONIA HUERTAS JCH COMPANY ING SAS	B - MENOS DE 200 COTIZANTES	PRINCIPAL	carrera 45 a n. 168 - 32	BOGOTA-BOGOTA D.E.	6560408	SI

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2019-10	2019-11	518260219	8498959798	E	2019/11/12	2019/11/08	BANCOLOMBIA	0	$716,500

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO					PENSION		SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES		
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Dias	IBC	Aporte
Sucursal: PRINCIPAL (3 Afiliados)					$2,484,348	$397,500			$2,484,348	$99,600			$2,484,348	$99,600			$2,484,348	$119,800		$0	$0
Centro de Trabajo: RIESGO CINCO (2 Afiliados)					$1,656,232	$265,000			$1,656,232	$66,400			$1,656,232	$66,400			$1,656,232	$115,400		$0	$0
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (2 Afiliados)					$1,656,232	$265,000			$1,656,232	$66,400			$1,656,232	$66,400			$1,656,232	$115,400		$0	$0
1	CC	1019012454	HERNANDEZ RAMIREZ CESAR AUGUSTO	25-14	30	$828,116	$132,500	EPS017	30	$828,116	$33,200	CCF24	30	$828,116	$33,200	14-11	30	$828,116	$57,700	30	$0	$0
2	CC	74330096	HUERTAS BOHORQUEZ JUAN	230201	30	$828,116	$132,500	EPS017	30	$828,116	$33,200	CCF24	30	$828,116	$33,200	14-11	30	$828,116	$57,700	30	$0	$0
Centro de Trabajo: RIESGO UNO (1 Afiliados)					$828,116	$132,500			$828,116	$33,200			$828,116	$33,200			$828,116	$4,400		$0	$0
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)					$828,116	$132,500			$828,116	$33,200			$828,116	$33,200			$828,116	$4,400		$0	$0
3	CC	1072645702	HUERTAS BOHORQUEZ SONIA	25-14	30	$828,116	$132,500	EPS005	30	$828,116	$33,200	CCF24	30	$828,116	$33,200	14-11	30	$828,116	$4,400	30	$0	$0
Total		**Afiliados(3)**				$2,484,348	$397,500			$2,484,348	$99,600			$2,484,348	$99,600			$2,484,348	$119,800		$0	$0

286
1470

rtes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
NIT 900640134	9	SONIA HUERTAS JCH COMPANY ING SAS	B - MENOS DE 200 COTIZANTES	PRINCIPAL	carrera 45 a n. 168 - 32	BOGOTA-BOGOTA D.E.	6560408	SI

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2019-10	2019-11	518260219	8498959798	E	2019/11/12	2019/11/08	BANCOLOMBIA	0	$716,500

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 2)				3	$397,500	$0	$0	$397,500
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	2	$265,000	$0	$0	$265,000
PROTECCION	230201	800,229,739	0	1	$132,500	$0	$0	$132,500
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				3	$119,800	$0	$0	$119,800
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	3	$119,800	$0	$0	$119,800
CCF (ADMINISTRADORAS: 1)				3	$99,600	$0	$0	$99,600
COMPENSAR	CCF24	860,066,942	7	3	$99,600	$0	$0	$99,600
EPS (ADMINISTRADORAS: 2)				3	$99,600	$0	$0	$99,600
FAMISANAR	EPS017	830,003,564	7	2	$66,400	$0	$0	$66,400
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	1	$33,200	$0	$0	$33,200
TOTAL				3	$716,500	$0	$0	$716,500

2019/11/07 07:27 PM

147

1472

IPS UNIDAD DE ATENCION MEDICA ESPECIALIZADA OLAYA

RESOLUCIONES 2346 DE 2007 Y 3673 DE 2008 MPS

EMPRESA:	SONIA HUERTAS JCH CPMPANY NIT.900640134	EPS FAMISANAR	**FECHA**	09/11/2019	
TRABAJOS EN ALTURAS	☑	**POS- OCUPACIONAL O EGRESO**	☐	**PERIÓDICO**	☐
NOMBRES Y APELLIDOS:	JUAN HUERTAS BOHORQUEZ		74,330,096		
EDAD:	35 AÑOS **SEXO:**	MASCULINO **CARGOA A DESEMPEÑAR:**		OPERARIO	

EXAMENES CLINICOS PRACTICADOS

Evaluacion medico Ocupacional	☑	Examenes Laboratorio	☑	SI	☐	NO	☐
Optometria	☑	Glicemia	☑	Colesterol	☑	Triglicerios	☑
Audiometria	☑		☐	Estatura	1.68	Peso	73.KG
Espirometria	☑	Osteomuscular	☐	RH	A +	F.CARDIACA	80/120

Se autoriza al trabajador para laborar en alturas y/o espacios confinados, según resultados del cuestionario, valorización médica ocupacional y paraclínicos según resolución Nº 1409 del 23 de julio del 2012: SI (X) NO ( )

APTO PARA TRABAJOS EN ALTURAS ☑ MOTIVO

NO APTO ☐ MOTIVO

OBSERVACIONES

EXÁMEN PERIODICO
Puede continuar con su labor SI ☐ NO ☐ Se sugiere reubicacion laboral SI ☐ NO ☐

EXÁMEN PERIODICO
Sospecha de enfermedad laboral SI ☐ NO ☐ Cual _____

Dr. Jorge Betancourth P.
Medico Especialista
Salud Ocupacional
10521868 - R.M. 1930

FIRMA DEL PACIENTE

FIRMA DEL ESPECIALISTA

RECOMENDACIONES DE SALUD OCUPACIONAL:
UTILIZAR LOS ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL
USAR PROTECCION VISUAL DURANTE LA JORNADA LABORAL
SEGUIR LAS RECOMENDACIONES ESTRICTAS DE MEDICINA OCUPACIONAL
HACER PERIODICAMENTE LOS EXAMENES DE VALORACION OCUPACIONAL

Declaración de CONFIDENCIALIDAD: el presente certificado se expide con fines exclusivos del programa de Salud Ocupacional de la empresa contratante del servicio. En concordancia con la RESOLUCION 2346 de julio de 2007, se respeta la confidencialidad de la historia clinica y no se emiten diagnósticos clínicos en este documento

cel 3154489189 centromedicoespecializadolaya@hotmail.com NIT No 830079896 - 3

201

1423



FECHA DE NACIMIENTO 10-ABR-1987

BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

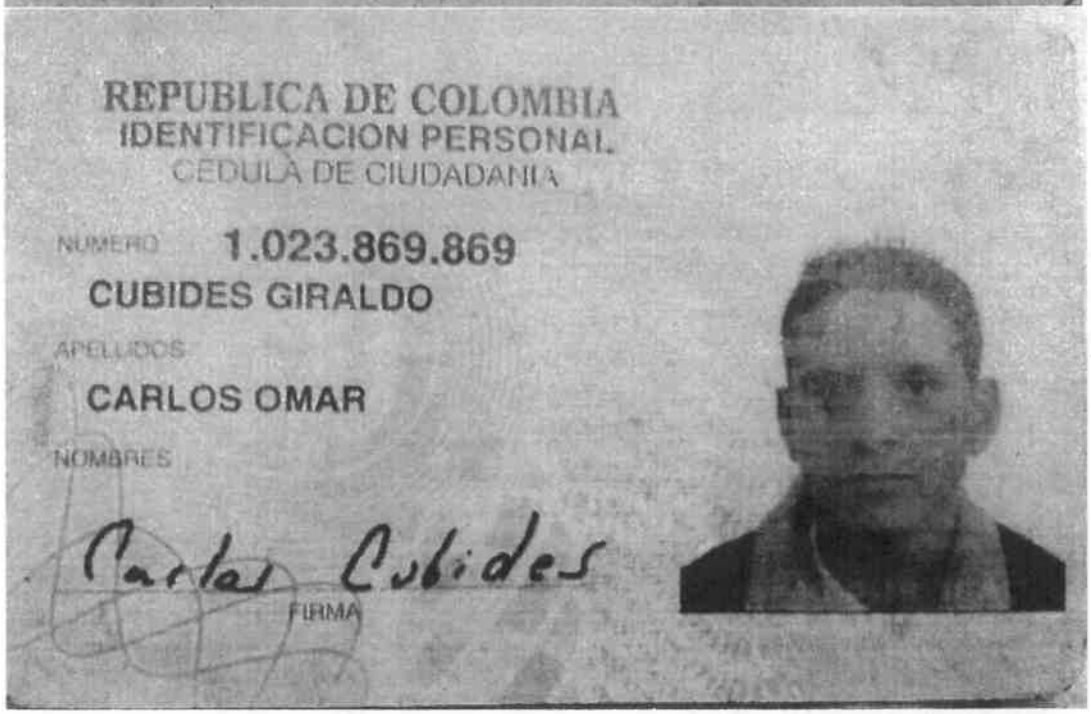
1.58 ESTATURA | O+ G.S. RH | M SEXO

14-ABR-2005 BOGOTA D.C
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

INDICE DERECHO

A-1500150-00244875-M-1023869869-20100715 0022783596A 1 1540766158



REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 1.023.869.869

CUBIDES GIRALDO
APELLIDOS

CARLOS OMAR
NOMBRES

Carlos Cubides
FIRMA

CERTIFICADO DE RADICACIÓN DE AFILIACIÓN DEL DIA 29/10/2019

DATOS DE LA EMPRESA

Tipo documento:	NI	**Número de documento:**	900804388	**Cédula Usuario:**	C 1014223566
Nombre:	INGENIERIA Y PROTECCION SAS				
Dirección:	CL 47 B SUR 13 B 69 ESTE				
Departamento:	BOGOTA D.C.	**Municipio:**	BOGOTA D.C.		
Correo electrónico:	ingenieriayproteccionsas@gmail.com				
Teléfono:	3192093420	**Tarifa:**	6.960		
Actividad Económica:	5454101 INSTALACIONES HIDRAULICAS Y TRABAJOS CONEXOS				

DATOS DEL USUARIO QUE REALIZA LA RADICACIÓN

Cédula Usuario	Nombres y Apellidos del Usuario
C 1014223566	DIEGO ALFREDO CUADRADO MARTIN

DATOS AFILIADOS RADICADOS

	Radicado	Cobertura	Documento	Nombre Trabajador	Riesgo	Tarifa	Tipo
1	3	30/10/2019	C 1023869869	CUBIDES GIRALDO CARLOS	5	6.96000	Dependiente

OBSERVACIONES

Si tiene alguna duda con respecto a la tarifa o actividad económica de sus afiliados por favor diríjase a la oficina de POSITIVA más cercana o comuniquese con nuestra linea gratuita de atención a nivel nacional 01-8000-111-170 y en Bogotá al 3307000.

Cordial saludo,

Gerencia de Afiliaciones y Novedades
Positiva Compañía de Seguros S.A.

3D1C0E36A0C0355B543CB66F58A37471

Certificado impreso el día 10/29/2019 8:08:23 PM por el portal de empresas Edesk

291
1475

Protección

Fondo de Cesantías Protección

NIT 800.170.494

Hace constar que:

El(La) Señor(a) **CARLOS OMAR CUBIDES GIRALDO** identificado(a) con **CC** número **1.023.869.869** se encuentra afiliado(a) al FONDO DE CESANTÍAS PROTECCIÓN, se encuentra en estado Inactivo en el FONDO DE CESANTÍAS PROTECCIÓN.

Esta constancia se expide a petición del interesado(a) el día 29 de octubre de 2019.

Cordialmente,

Laura P. Merchán M.

Laura Patricia Merchan Metaute
Dirección servicios transaccionales para clientes
Protección S.A.

***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

20191029144[illegible]

292
1476

NIT 830.003.564-7

9006216969

Fecha de diligenciamiento: 29 10 2019

I. DATOS DEL TRAMITE

Lea las instrucciones que se encuentran anexas al formulario antes de diligenciarlo

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

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

8. Apellidos y nombres			
CUBIDES	GIRALDO	CARLOS	OMAR

7. Tipo de documento de identidad	8. Número del documento de identidad	9. Sexo	10. Fecha de nacimiento
CC	1023869869	Femenino [ ] Masculino [X]	10 04 1987

III. DATOS COMPLEMENTARIOS (Datos personales)

11. Etnia	12. Discapacidad	13. Puntaje SISBÉN	14. Grupo de población especial	15. Administradora de riesgos laborales - ARL	16. Administradora de pensiones
	Tipo [ ] Condición [ ]			NINGUNA	

17. Ingreso base de cotización - IBC	18. Residencia			
$828.116			Zona Urbana [ ] Rural [ ]	

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

19. Apellidos y nombres			

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

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

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

	25. Tipo de documento de identidad	26. Número del documento de identidad	27. Sexo Femenino	Masculino	28. Fecha de nacimiento	Datos complementarios 29. Parentesco	30. Etnia
B1							
B2							
B3							
B4							
B5							

	31. Discapacidad Tipo	Condición	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								

Selección de la IPS Primaria

	34. Nombre de la Institución prestadora de servicios de salud - IPS	Código de la IPS (a registrar por la EPS)
C		
B1		
B2		
B3		

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

35. Nombre o razón social	36. Tipo de documento de identificación	37. Número del documento de identificación	38. Tipo de aportante o pagador de pensiones (a registrar por la EPS)
INGENIERIA Y PROTECCION SAS	NT	900804388	

39. Ubicación				
CL 47 B SUR 13 B ESTE 69	NT		BOGOTA	DISTRITO CAPITAL

B. REPORTE DE NOVEDADES

43. Tipo de Novedad

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

VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

41. Datos básicos de identificación					
Tipo de documento de identidad	Número del documento de identidad	Sexo Femenino [ ] Masculino [ ]	Fecha de nacimiento	42. Fecha novedad	
				29 10 2019	

43. EPS anterior	44. Motivo de traslado Código	45. Caja de Compensación Familiar o Pagador de Pensiones

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

46. Declaración de aquiescencia y aceptación de los beneficiarios o afiliados adicionales.
47. Manifestación de la no afiliación de afiliados al Régimen Contributivo, Especial o de Excepción.
48. Declaración de existencia de razones de fuerza mayor o caso fortuito que impiden la entrega de los documentos que amparan la condición de beneficiarios.
49. Declaración de no retención del cotizante, cabeza de familia, cónyuges o afiliados adicionales en una afiliación Institucional de Servicio de salud.
50. Autorización para que la EPS consulte y obtenga datos y/o copia de la historia clínica de cotizante, cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales.
51. Autorización para que la EPS reporte la información que se genere de la afiliación o del reporte de novedades a la base de datos de síntesis, soporte y a las entidades públicas que por sus funciones lo requieran.
52. Autorización para que la EPS maneje los datos personales del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales, de acuerdo con lo previsto en la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013.
53. Autorización para que la EPS envíe información a través de mensajes de texto o a través de correo electrónico.

VIII. FIRMAS

Firma del cotizante o cabeza de familia	Firma del representante legal o apoderado

IX. ANEXOS

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

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

X. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL

66. Identificación de la entidad Territorial Código de municipio	Código del departamento	67. Datos del SISBÉN Número de la ficha	Puntaje	Nivel	68. Fecha de radicación	69. Fecha de validación

70. Datos del funcionario que realiza la validación

Tipo de documento de identidad	Número del documento de identidad	OBSERVACIONES:
		CARGO: AYUDANTE DE OBRA

71. Firma del funcionario

PARA USO DE LA SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD

OCUPACIONAL IPS SAS

CONCEPTO DE APTITUD MÉDICA OCUPACIONAL



FECHA 30-oct.-2019 **HORA** 07:56:38
EMPRESA INGENIERIA Y PROTECCION S.A.S
TIPO DE EXAMEN: INGRESO
INFORMACIÓN GENERAL:
Nombre del Trabajador: Carlos Omar Cubides Giraldo
Edad 32 años 6 meses 20 dias
Documento de Identificación: CC Número: 1023869869
Cargo TECNICO

APTO PARA EL CARGO ASIGNADO Y PARA TRABAJO EN ALTURAS

Diagnóstico 1: Z100 Examen de salud ocupacional

Aptitud Especifica:
☑ Trabajos de altura

EXAMENES AUXILIARES DE DIAGNOSTICO

Audiometria: Conducta: Su capacidad auditiva es adecuada para la ocupación
Remisión: Ninguna
Recomendaciones: Uso protección auditiva (EPA)

Optometria
Vision Lejana: CUMPLE CON LAS CONDICIONES VISUALES PARA EL CARGO ,USAR MONOGAFAS,USAR FILTROS AR,CONTROL EN UN AÑO.
Vision Cercana: CUMPLE CON LAS CONDICIONES VISUALES PARA EL CARGO ,USAR MONOGAFAS,USAR FILTROS AR,CONTROL EN UN AÑO.

LABORATORIO: GLICEMIA: NORMAL COLESTEROL: NORMAL TRIGLICÉRIDOS: NORMAL

Otras Recomendaciones: HABITOS DE VIDA SALUDABLES, NO FUMAR NI BEBER, CONTROL MEDICO ANUAL EN SU EPS, USAR EPP, Y DE PROTECCION AUDITIVA
EXAMEN OSTEOMUSCULAR NORMAL
REMISION A EPS, NO.

"El examinado certifica que no omitió ningún dato relevante sobre sus antecedentes ocupacionales, personales y familiares que pudiesen influir sobre su estado de salud, y que toda la información expresada en este documento es cierta"
LOS RESULTADOS FUERON CONSIGNADOS EN UNA HISTORIA CLINICA OCUPACIONAL QUE REPOSA EN NUESTRA IPS

Médico			**Trabajador**		
Firma			Firma		Huella
Nombre:	JORGE ENRIQUE BETANCOURT PLAZA		Nombre:	Carlos Omar Cubides Giraldo	
RM.	15344	Lic.SO:	CC N°	1023869869	

CERTIFICADO DE CAPACITACIÓN Y ENTRENAMIENTO PARA TRABAJO SEGURO EN ALTURAS.

CERTIFICADOS DE ALTURAS Y SERVICIOS S.A.S

NIT: 900.992.376-4

Dando cumplimiento a las resoluciones 1409 del 2012, 3368 del 2014, 1903 del 2013 NTC 6072 del 2014 y Resolución 1178 del 2017. Teniendo en cuenta que la empresa Certificados de Alturas y Servicios s.a.s cuenta con: Licencia en salud ocupacional No 0028 del 2017, Certificación NTC 6072 No CO18.01301 del 2018 expedida por BUREAU VERITAS COLOMBIA y debidamente registrada y aprobada por el Ministerio de Trabajo bajo el código COR08SE2018220000000025133.

CERTIFICA QUE:

CARLOS OMAR CUBIDES GIRALDO

Identificado(a) con: CC: 1023869869

Asistió y aprobó la acción de formación y entrenamiento en el nivel REENTRENAMIENTO AVANZADO

Con una intensidad horaria de 20 horas.

Capacitación y entrenamiento realizados en la ciudad de Bogotá

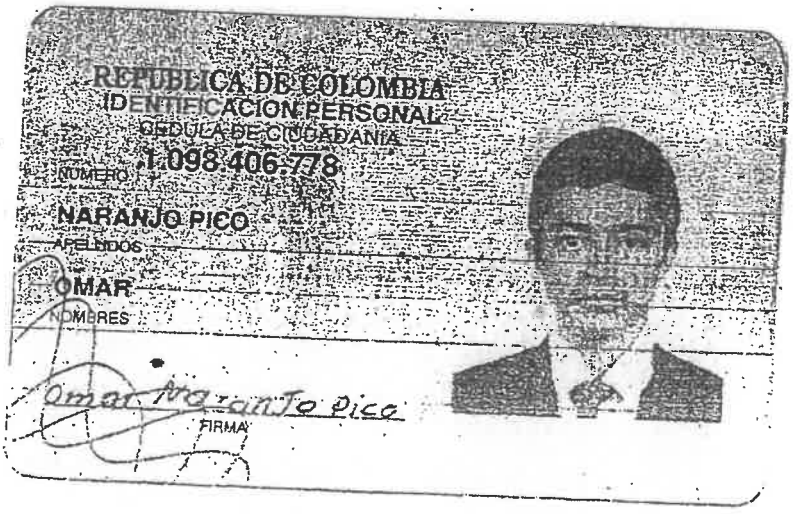
El presente certificado se expide en la ciudad de Bogotá el día 06 Y 07 DE FEBRERO DEL 2019

Código de Registro No PAC-2019-1027

Certificados de Alturas y Servicios s.a.s
Nit: 900.992.376-4
R.L: Dimas Salomón Quintero Chasqui
Certificación No CO18.01301 del 2018, LSO No 0028 del 2017

Juan Carlos Rodriguez Marino
Cédula No.79.986.201
LSO No RES. 14790 del 2013
Entrenador para Trabajo Seguro en Alturas

La veracidad de este documento se puede establecer a través de los siguientes medios: www.certificadosdealturasyservicios.com, al Correo electrónico TRABAJOSEGUROENALTURAS.C@GMAIL.COM, Celular: 314 452 3262, teléfono fijo 906 9998; Con el código PAC-2019-1027 o el respectivo número de identificación 1023869869





EPS. Famisanar.
Fondo de pensiones: porvenir
TLC. 320 846 7380 / 3708078097